



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

THAIS FERNANDA TORTORELLI ZARILI

**Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação da Atenção à
Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2020**

Thais Fernanda Tortorelli Zarili

Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação da Atenção à Deficiência
em Serviços de Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título
de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2020

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Zarili, Thais Fernanda Tortorelli.

Desenvolvimento de um modelo de avaliação da atenção à
deficiência em serviços de atenção primária à saúde /
Thais Fernanda Tortorelli Zarili. - Botucatu, 2020

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Avaliação de serviços
de saúde. 3. Pessoas com deficiência. 4. Revisão.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Avaliação em
saúde; Pessoas com deficiência; Serviços de saúde.

Dedico esse trabalho a alguns pacientes que tive a oportunidade de conhecer, os quais jamais esquecerei: Daniel, Evandro, Alisson e ao meu avô Humberto, o qual não tive a graça de estar ao seu lado, mas que sua história sempre me inspirou Amor.

“A deficiência não precisa ser um obstáculo para o sucesso.

Durante praticamente toda a minha vida adulta sofri da doença do neurônio motor. Mesmo assim, isso não me impediu de ter uma destacada carreira como astrofísico e uma vida familiar feliz. [...] Pude ter acesso à assistência médica de primeira classe.

Tenho o apoio de uma equipe de assistentes pessoais que me possibilita viver e trabalhar com conforto e dignidade. A minha casa e o meu lugar de trabalho foram tornados acessíveis para mim. Especialistas em informática puseram à minha disposição um sistema de comunicação de assistência e um sintetizador de voz que me permitem desenvolver palestras e trabalhos, e me comunicar com diferentes públicos. Mas sei que sou muito sortudo, em muitos aspectos. Meu sucesso em física teórica me assegura apoio para viver uma vida que vale a pena. É claro que a maioria das pessoas com deficiência no mundo tem extrema dificuldade até mesmo para sobreviver a cada dia, quanto mais para ter uma vida produtiva e de realização pessoal. [...] De fato, temos a obrigação moral de remover as barreiras à participação e de investir recursos financeiros e conhecimento suficientes para liberar o vasto potencial das pessoas com deficiência. Os governantes de todo o mundo não podem mais negligenciar as centenas de milhões de pessoas com deficiência cujo acesso à saúde, reabilitação, suporte, educação e emprego tem sido negado, e que nunca tiveram a oportunidade de brilhar.”

Stephen W Hawking

Relatório Mundial sobre a Deficiência, 2012.

Agradecimentos

Primeiramente devo agradecer à professora-amiga-orientadora Elen Castanheira pelos últimos sete anos de aprendizado, compartilhamentos, pela paciência na orientação, na comunhão em diversos espaços e incentivo, que tornaram possível a conclusão desta etapa tão sonhada em minha vida.

Agradeço à equipe QualiAB, Olivia, Carol, Patrícia, Nádia, Josiane, Fernando, por todos os momentos que vivenciamos juntos, e que nossas parcerias nunca acabem.

Agradeço também a todos os professores do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste trabalho e profissional.

Agradeço aos professores que participarão da banca de defesa como titulares ou suplentes por fazerem parte deste momento, por seus ensinamentos, paciência e confiança.

Agradeço imensamente aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro possibilitam melhorar e adocicar a vida. Raira, com sua amizade tão companheira e a quem eu muito tenho que agradecer e também a peça fundamental que me ajudou em momentos difíceis; Olivia, e nossos inúmeros momentos de parceria no trabalho depois de tantos anos, e que nossa relação ultrapassa os limites da universidade; Sinara, com sua colaboração com a análise dos dados; minha querida Soraia, irmã de alma desde a UFPR Litoral e que mesmo distante está sempre em meu coração e em meus pensamentos; Ariadne, minha amiga mineira que trouxe luz para minha vida com sua chegada; Léo França, com sua espontaneidade e parceria na reta final desse período; Érica, recém chegada ao meu círculo social e que constrói ao meu lado as fortalezas para esse processo

final de doutorado; Rosana e seu apoio e confiança; amigos do pilates, com amor.

Agradeço aos profissionais e pacientes do Centro Saúde Escola, onde atuei como tutora dos residentes multiprofissionais e aos queridos residentes que confiam em nós para auxiliá-los nesta fase de aprimoramento profissional.

Agradeço às estimadas professoras da Universidade de Cabo Verde Iniza, Odete e Elga que nos receberam e possibilitaram a missão de cooperação internacional que vivenciei em 2016.

Agradeço imensamente aos funcionários do Departamento de Saúde Pública Luciene, Lucilene e Wagner por tanta colaboração e gentileza e um cafezinho quentinho.

Agradeço à minha mãe pelo amor que guarda em seu coração tão fragilizado.

Agradeço a Deus pelas nossas controvérsias e seu xeque-mate nas horas de aflição.

Agradeço a mim mesma, que diante de tantas adversidades, encontrei nos estudos minha válvula de escape.

Agradeço, todos os dias, por ter ao meu lado o amor mais puro e genuíno, que acalanta meu coração, que conforta, que acalma, que me ensina a ser uma mãe, Dalila e Diana.

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

LISTA DE ABREVIATURAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPcD	<i>Care Network for People with Disabilities</i>
CONADE	Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DRS	Departamentos Regionais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PcD	Pessoa com Deficiência
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNE	Pessoas com Necessidades Especiais
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPD	Pessoas Portadoras de Deficiência
PwD	<i>Person with Disabilities</i>
QualiAB	Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1- Fluxograma de constituição da amostra.....	58
Figura 2- Modelo Teórico de Avaliação da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde.....	83
Figura 3- Modelo Lógico da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde.....	83
Figura 4- Mapa da cobertura da aplicação do Sistema QualiAB no estado de São Paulo em 2017 e 2018	115
Quadro 1 - Composição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	19
Quadro 2 - Principais marcos históricos e políticas nacionais e internacionais sobre a Pessoa com Deficiência.....	31
Quadro 3- Descritores e MeSH Terms associados a operadores booleanos aplicados nas bases de dados BIREME, PUBMED e SCOPUS.	43
Quadro 4 - Variáveis independentes sobre características dos serviços participantes, planejamento e educação permanente, avaliação e rede de serviços de apoio, segundo indicadores do QualiAB.	52
Quadro 5 - Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da deficiência na atenção à saúde da criança em serviços de APS”.	59
Quadro 6- Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da deficiência e incapacidade na atenção à saúde da pessoa idosa em serviços de APS”.	59
Quadro 7- Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da incapacidade devido a doenças crônicas ou acidentes de trabalho na APS”.	61
Quadro 8- Categorização dos artigos com base no eixo “Acesso e acessibilidade à APS por PcD”.	62
Quadro 9- Categorização dos artigos com base no eixo “Atenção integral à saúde à PcD”.	66
Quadro 10- Indicadores do QualiAB por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde.....	110
Quadro 11- Variáveis independentes relacionadas a ações de planejamento e avaliação em saúde dos serviços, segundo indicadores do QualiAB.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de pessoas com deficiência visual, auditiva, motora e mental/intelectual no Estado de São Paulo, Censo IBGE 2010	36
Tabela 2- Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal, Região Sudeste, 2012.....	37
Tabela 3- Proporção de nascidos vivos (%) por Número de consultas de pré-natal, Região Sudeste, 2011.	37
Tabela 4- Taxa de incidência de acidentes e doenças pelo trabalho por Faixa etária no estado de São Paulo e no Brasil, em 2011.	39
Tabela 5- Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios e indicadores da Dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017/2018 em 2739 serviços de APS do Estado de São Paulo.	86
Tabela 6- Correlações entre a Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde e cinco domínios avaliativos em 2017/2018, 2739 serviços do Estado de São Paulo.	94
Tabela 7- Desempenho dos serviços de APS do estado de São Paulo na Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde e nos cinco domínios avaliativos, QualiAB 2017/2018.....	117
Tabela 8- Resultados das regressões lineares múltiplas para os escores dos cinco domínios e da dimensão por variáveis sobre tipologia do serviço, planejamento, avaliação e rede apoio com $p < 0,05$, QualiAB 2017/2018.....	122

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) e deve desenvolver ações de prevenção primária, que antecedem a instauração de condições de deficiência; secundária, relativas à redução ou recuperação de comorbidades que podem resultar em deficiência; diagnóstico precoce; e atenção integral às pessoas com deficiência, além de trabalhar em conjunto com os serviços especializados em ações de reabilitação. O presente estudo apresenta uma metodologia de avaliação de serviços de saúde pautada na construção teórica e aplicabilidade de um modelo de atenção à deficiência em serviços de APS. A construção teórica e metodológica se deu a partir de uma revisão integrativa da literatura acerca do tema e da construção de um modelo teórico-lógico de avaliação. Em seguida, o modelo construído foi aplicado no banco de dados do inquérito de avaliação de serviços de APS realizado no Estado de São Paulo entre 2017 e 2018 com o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Os resultados são apresentados na forma de três artigos científicos a serem aplicados em periódicos indexados. Artigo 1: Revisão integrativa realizada a partir das bases Bireme, Scopus e Pubmed. Foram selecionados inicialmente 2644 artigos e 49 fizeram parte da amostra final a partir da análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Como resultado obteve-se uma concentração de artigos científicos acerca da prevenção da deficiência na saúde do idoso e da criança e do acesso e acessibilidade à PcD. As ações de atenção à PcD não são valorizadas como objeto de investigação pela literatura científica, denotando sua baixa visibilidade e incorporação nas ações dos serviços de APS. Artigo 2: Apresenta o modelo de avaliação da atenção à deficiência na APS e a proposição de indicadores a partir da análise das políticas nacionais, de literatura científica em relação à deficiência, e com base em variáveis presentes no instrumento QualiAB. A dimensão avaliativa elaborada *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* é composta por cinco domínios: “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” (15 indicadores), “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” (24 indicadores), “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” (32 indicadores), “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” (32 indicadores) e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” (23 indicadores). Foram realizadas análises para avaliar a correlação entre os domínios e a dimensão, e avaliação da confiabilidade das respostas, com base nos resultados do inquérito QualiAB. O modelo proposto apresenta potencial capacidade de avaliar as ações dos serviços para prevenção, diagnóstico e assistência à deficiência e pode ser replicado em diferentes contextos. Artigo 3: Aplicação do modelo de avaliação da *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* em 2739 serviços, a partir do banco de dados do inquérito QualiAB. As características institucionais dos serviços foram definidas a partir das questões descritivas, foram analisadas as medidas de desempenho e testes de associações com variáveis independentes extraídas do instrumento. Os serviços de APS participantes denotam fragilidades para a dimensão avaliada. As principais variáveis independentes associadas ao melhor desempenho foram: ser Estratégia de Saúde da Família, possuir equipes multiprofissionais de apoio matricial, ter participado de processos de avaliação e a partir destes realizar planejamento das ações nos serviços. Como resultado geral, este trabalho apresenta um modelo de avaliação de serviços da APS sobre a atenção à deficiência replicável e fomenta a discussão sobre práticas avaliativas que possam contribuir para a qualificação dos serviços e consolidação da implantação da RCPcD.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde, Pessoas com Deficiência.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Health Services; Disabled Persons

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
1 - INTRODUÇÃO	16
1.1. O SISTEMA DE SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	16
1.2. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) COMO OBJETO DE ESTUDO EM SAÚDE	22
1.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DA DEFICIÊNCIA	33
2. HIPÓTESE	40
3. OBJETIVOS	41
3.1. Objetivo Geral	41
3.2. Objetivos específicos	41
4. MATERIAIS E MÉTODOS	42
4.1. Etapa 1: Revisão Integrativa sobre atenção à deficiência	42
4.2. Etapa 2: Construção de modelo de avaliação sobre atenção à deficiência em serviços de APS	45
4.2.1. Dimensão <i>Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde</i>	47
4.2.2. Análise Estatística	51
4.3. Etapa 3: Aplicação do modelo de avaliação no universo de serviços de APS no Estado de São Paulo	51
5. RESULTADOS	54
5.1. ARTIGO 1- Estratégias para atenção à deficiência na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa	54
5.2. ARTIGO 2 - Modelo Teórico-lógico sobre avaliação da atenção à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde	77
5.3. ARTIGO 3 - Prevenção, detecção e assistência à deficiência na Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo	106
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
7. REFERÊNCIAS	143
8. APÊNDICE	154
8.1. Apêndice 1 - Parecer Consubstanciado do CEP	154
8.2. Apêndice 2 – Solicitação de mudança de título do projeto ao CEP	158
8.3. Apêndice 3 - Questionário QualiAB	159

APRESENTAÇÃO

Preliminarmente à exposição e desenvolvimento de tal pesquisa se faz fundamental expor o interesse para com a temática e fundamentalmente para com a caminhada acadêmica a qual me insiro. O presente estudo tem suas origens não somente em minha profissão de fisioterapeuta, mas também para com todos os pressupostos e anseios que me levam a dedicar-me a ser estudiosa e ter como princípio fundamental o manejo e a busca pela melhoria da qualidade de vida dos indivíduos na sociedade. Desde aspectos fundamentais de cidadania, condições de saúde de familiares, os quais tiveram que conviver por muitas décadas com a deficiência como algo que os limitava e os definia em uma sociedade pouco solidária para com eles, mas também, por fim e não menos importante, o anseio de contribuir na qualificação dos serviços prestados à população; tenho como norte neste trabalho três temas principais: o cuidado das pessoas com deficiência, a qualidade de serviços de saúde e a luta por direitos.

Para tal, primeiramente devo explanar sobre minha trajetória profissional, a qual iniciou-se em 2006 com a entrada no curso de Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná, concluído em 2010. Durante os quatro anos de graduação posso dizer que obtive uma experiência estudantil ímpar, fundamentada em Diretrizes Curriculares Nacionais atualizadas e com foco na atuação sobre o território do litoral paranaense, desde atividades em aula, projetos e estágios. Contudo, o campo da saúde pública tornou-se objeto de desejo ao participar de um projeto de extensão intitulado Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares, onde desempenhei um papel amplo de educação que abrangia não somente a saúde, mas também gestão pública, sociologia e meio ambiente, ao atuar com associações e cooperativas presentes em territórios de baixo desenvolvimento econômico e social, como grupos de mulheres costureiras e pescadoras, famílias de coletores de material reciclável, entre outros. Para além dessa vivência, o curso possibilitou atividades em diversos contextos sociais, iniciação científica, monitoria e a participação no Projeto Rondon, além de muitos eventos científicos em todo o país. Tais momentos foram fundamentais na construção do sonho da docência em ensino superior.

A aproximação com os serviços de Atenção Primária à Saúde foi fortalecida

durante a Residência em Saúde da Família pela Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho entre 2011 e 2013, permitindo para além da prática profissional, o reconhecimento desse campo da saúde pública e a integração com a equipe “Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica QualiAB”.

Desde 2013 participo dessa equipe, formada por diversas categorias profissionais e que, para além do campo da pesquisa científica, busca a qualificação do sistema de saúde por diversas estratégias, seja pelo instrumento produto de nosso trabalho, as diversas análises realizadas, mas também a devolutiva em material técnico e oficinas. Outras oportunidades relacionadas foram a atuação em projetos como o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica) e PNASS (Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde) do Ministério da Saúde.

Desde 2017 atuo como tutora e preceptora de residências multiprofissionais da instituição, o que também possui grande valor na prática docente, na qualificação de profissionais e do sistema de saúde, para além do fato de manter a aproximação com a prática fisioterapêutica.

Dando sequência ao projeto de mestrado, o qual realizou a descrição de etapas metodológicas de validação e atualização do instrumento de avaliação da qualidade organizacional da Atenção Primária à Saúde – o QualiAB - para aplicação nacional (ZARILI, 2015), o presente trabalho faz uso de tal instrumento com aprofundamento teórico e metodológico na atenção ofertada a um grupo populacional específico.

Este estudo possui o desafio de discutir uma temática inovadora, mas também “ancestral”: a atenção a pessoas com deficiência. Trata-se de um grupo populacional presente em toda a existência da humanidade, mas com diferentes representações e significados sociais ao longo de seu desenvolvimento. A existência humana é representada fortemente pela produção do trabalho para fim de sobrevivência, e assim, quem está fora deste contexto segundo a visão de “normalidade” de atuação no mundo acarreta, no mínimo, estranhamento (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Embora exista uma ampla literatura sobre a deficiência como objeto de práticas de saúde, os trabalhos abordam principalmente as diferentes tecnologias

direcionadas às condições de deficiência, com as especificidades de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação exigidas em cada caso. Redirecionando essa temática para o escopo das pesquisas voltadas para o campo da gestão e avaliação de serviços, quer-se investigar como as diferentes condições reconhecidas como deficiência vem sendo abordadas pelos serviços de APS. Interroga-se se há, de fato, uma organização de estruturas e processos que reconhecem as especificidades do cuidado e as estratégias de prevenção e diagnóstico necessárias a uma atenção integral, nos limites da APS e a partir desse nível de atenção para um trabalho integrado em rede.

1 - INTRODUÇÃO

1.1. O SISTEMA DE SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Almeja-se que o sistema de saúde garanta a integralidade a partir do acesso do usuário em uma lógica articulada de ações de cuidado e prestação de serviços, com diversos graus de complexidade, recursos humanos com capacidade técnica e científica, enfrentamento dos determinantes sociais em saúde e maior eficiência dos recursos empenhados (CAMPOS, 2005; OPAS, 2005; OMS, 2008; MENDES, 2011).

As características do Brasil em termos de território, questões e conflitos socioeconômicos, disputa de diferentes projetos e modelos assistenciais para a saúde, e inúmeras vertentes da desigualdade, dentre outras características, torna a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) um grande desafio (SOUZA; COSTA, 2010), o que requer uma integração locorregional, capaz de orientar a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir de um olhar sensível sobre as necessidades de saúde da população, com elevado grau de resolubilidade, e capacidade de articulação e cooperação entre os diferentes serviços e níveis assistenciais do sistema de saúde (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006; CASTANHEIRA et al, 2009; MENDES, 2011).

Para a consolidação do modelo assistencial no sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede de atenção à saúde, se faz necessária a superação das limitações dos serviços tradicionais e das dificuldades para responder às necessidades de saúde da população, integrando as diferentes dimensões do cuidado (ATUN, 2004; OPAS, 2005; OMS, 2008).

A descentralização é uma diretriz organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) e configura uma forma de organização da gestão do sistema, com a responsabilização dos municípios por ações de atenção à saúde e a regionalização como eixo organizador. Estabelece-se assim a necessidade de uma rede de atenção com a gestão do sistema organizada a partir dos municípios (SILVA; MENDES, 2004; BRASIL, 2006a; TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). O processo de municipalização da saúde no Brasil transfere a responsabilidade dos serviços locais

para os municípios, ampliando o acesso e o valor dos cuidados primários de saúde (BRASIL, 2011a; CUNHA; CARNUT, 2013).

Para a consolidação das RAS tendo a APS como principal porta de entrada do SUS aponta-se, entre os fatores determinantes, a existência de equipe multidisciplinar e o contínuo reconhecimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a). Entretanto, não basta a APS ser porta de entrada se não houver uma vinculação orgânica desta com o conjunto de serviços que compõem o sistema, de modo que possa assumir o papel de ordenar os fluxos e contrafluxos da rede de atenção. A integração de diferentes serviços exige a articulação em torno de um mesmo projeto e serviços qualificados para o trabalho em rede, o que ainda hoje se coloca de modo incipiente para o sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2015a).

A partir de 2011, o Ministério da Saúde (MS), estados e municípios ampliam esforços na implantação de RAS à saúde, optando por investir em redes temáticas. A Portaria nº 4.279 de 2010 estabelece cinco redes temáticas prioritárias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT): 1- Rede Cegonha, 2- Rede de Urgência e Emergência (RUE), 3- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), 4- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (RCPcD - Viver Sem Limites) e 5- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015a).

A proposta de organizar ações nos moldes da vigilância da saúde (PAIM, 2008), pressupõe a integração de práticas coletivas e individuais para atenção de diferentes dimensões das necessidades sociais de saúde, indo além do controle de riscos e danos, incluindo o enfrentamento dos determinantes ecossociais (ARREAZA; MORAES, 2010). Nesse sentido, quando se trata de Pessoas com Deficiência (PcD), a abordagem pressupõe uma integração de políticas transeitoriais de atenção à saúde com ações comunitárias que permeiem a atenção realizada no cotidiano das práticas dos serviços de saúde (MARTINS; BARSAGLINI, 2011; PAIM, 2008).

Em busca de assegurar o princípio da equidade, políticas públicas específicas para populações em situação de risco e vulnerabilidade almejam garantir a

universalidade do acesso e a igualdade de direitos. Para intervir sobre os determinantes, riscos e danos à saúde de populações, além da promoção do cuidado integral nos ciclos de vida, ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, e da saúde do trabalhador devem abranger a proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, bem como a promoção da saúde (BRASIL, 2018a).

Coerentemente com os princípios apresentados, a equidade e integralidade da atenção à saúde envolve direta ou indiretamente ações de prevenção da deficiência e de reconhecimento das especificidades na abordagem às PcD.

A RCPcD foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, e seu objetivo consiste em “ampliar o acesso e qualificar o atendimento às PcD temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS” (BRASIL, 2012b).

As diretrizes para seu funcionamento referem:

- I - Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- II - Promoção da equidade;
- III - Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X - Promoção de estratégias de educação permanente;
- XI - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e
- XII- Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2012b, p. 94).

O Quadro 1 a seguir contém a composição da RCPcD:

Quadro 1 - Composição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

NÍVEL DE ATENÇÃO	TIPO DE SERVIÇO
Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	Centros Especializados em Reabilitação (CER) Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação Oficinas Ortopédicas Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) Centros Especializados em Reabilitação (CER)
Atenção Básica	Núcleos de Apoio à Saúde da Família Unidades Básicas de Saúde Atenção odontológica
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	Leitos de cuidados prolongados Centros Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoas com deficiência

Fonte: BRASIL, 2012b.

Para elaboração e atualização do Plano de Ação Regional, o Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2017) sugere: 1. Conhecimento dos indicadores sociais e de saúde da região; 2. Conhecimento da população com deficiência com base nos dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 3. Mapeamento da rede de serviços da região em seus diversos níveis de atenção: quantidade e tipos de estabelecimento, localização no território e acessibilidade de cada um deles; 4. Estimativa da oferta e demanda para reabilitação e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares para Locomoção (OPM) por tipo de deficiência em cada município e na região; 5. Descrição de como se dá a articulação entre os pontos de atenção, bem como a regulação do acesso aos serviços desta rede; 6. Estabelecimento de ações, objetivos e metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo para organização dessa rede.

Segundo Magalhães Junior (2012) os desafios para implantação da RCPcD são: a instituição de grupos condutores em todos os Estados, a qualificação dos serviços, implementação das ações de reabilitação na APS, a elaboração dos Planos de Ações Regionais, o financiamento insuficiente, dificuldades da gestão para o monitoramento, descumprimento da pactuação, implantação de regulação frágil e burocrática, monitoramento e avaliação dos resultados e aprimoramento dos sistemas de informação em saúde.

Outros aspectos apontados são a criação de cultura e de práticas de trabalho

em rede, fortalecer a APS como coordenadora e ordenadora do cuidado, a capilarização das ações nos territórios e a implementação da educação permanente em saúde e planejamento territorial para a construção das RAS (MAGALHÃES JUNIOR, 2012; BRASIL, 2014a). Há também que se apontar que o fluxo entre os serviços por meio da pactuação estabelecida não é reconhecida por todos os envolvidos, assim como o fluxo do usuário entre os serviços, muitas vezes pautado em contatos não formais ou sem o devido direito ao acesso que o indivíduo deveria ter.

Em 2018, o Ministério da Saúde definiu diversas metas, dentre elas, a ampliação do acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de maternidades no país, habilitar novos serviços como Maternidade de Referência para Atenção à Gestação de Alto Risco, incentivar a adesão Centros de Especialidades Odontológicas à RCPcD, aumentar o número de CER em funcionamento e de oficinas ortopédicas, ofertar novos veículos adaptados acessíveis para transporte de PcD e elaborar e publicar novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limite (BRASIL, 2018a).

Dentre as ações relacionadas à APS, considera-se que esta deve desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. Assim como, alimentar sistemas de registro de informações que possam qualificar a gestão, ofertar educação em saúde, regulação e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2012b).

Cabe dizer que a APS deve ser composta por ações para além da do aspecto orgânico individual, incluindo as trocas sociais e a autonomia, o contexto histórico-social e com as dimensões subjetivas em torno do fenômeno da deficiência (OTHERO; DALMASO, 2009). Faz-se necessário um olhar sensível sobre a realidade considerando as questões relacionadas ao estigma e necessidade de cuidados especiais, e ao fato de que são indivíduos que em grande parte dos casos fazem uso de outros níveis de atenção do sistema para atender suas necessidades. Essas características colocam questões específicas para o estudo nos serviços de APS como: a visibilidade desse grupo no território, a necessidade de seguimento longitudinal, a atenção às famílias e cuidadores, além de da vigilância em saúde,

prevenção primária e secundária.

O processo de regionalização e a importância das RAS para a efetivação do modelo assistencial e consolidação dos princípios e diretrizes do SUS colocam em destaque estudos sobre a capacidade da APS como ordenadora do sistema. Para que os serviços concretizem os princípios da acessibilidade e da integralidade da atenção e efetivem a organização de RAS, faz-se necessário reconhecer os processos de integração existentes e avaliar a capacidade da APS de atenção e de articulação com os outros serviços.

Conforme o artigo 13 da Portaria nº 793 (BRASIL, 2012b), a APS na RCPcD realiza ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção, conforme explicitado abaixo:

- I - Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- II - Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;
- III - Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- IV - Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- V - Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;
- VI - Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;
- VII - Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- VIII - Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;
- IV - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;
- X - Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012b, p. 95)

Ainda que desde a Portaria nº 304, de 2 de julho de 1992 (BRASIL, 1992) estabeleça normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD¹ no SUS e traga como referência a APS como

¹ Nomenclatura utilizada na Portaria de 1992.

um dos pontos de atenção às PcD, sua implantação ainda permanece incipiente (OTHERO; DALMASO, 2009). Considera como atribuição da APS diversas atividades, seguindo os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população adscrita, conforme pactuação locorregional. Em especial, as atividades a serem desenvolvidas por equipes multiprofissionais, compondo atendimento individual e em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de habilitação/reabilitação), visita domiciliar por profissional de nível médio ou superior e atividades comunitárias.

Outro aspecto se trata em ter a APS como ordenadora “real” do sistema de saúde, com manutenção do seguimento de PcD no serviço de APS para todas as suas necessidades sob a perspectiva da integralidade da saúde, e em diálogo contínuo com os outros serviços os quais o usuário percorre. Visto que, os serviços de APS ainda realizam ações incipientes para a prevenção, vigilância e diagnóstico das deficiências, sem contar o protocolo de encaminhar esse usuário para a reabilitação, seja qual for, sem seguimento na unidade de saúde e abordagem familiar.

1.2. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) COMO OBJETO DE ESTUDO EM SAÚDE

O termo PcD - Pessoa com Deficiência - é utilizado para se referir a pessoas com um ou mais tipos de deficiência (física, sensorial ou intelectual) que pode acarretar barreiras para sua condição de vida com dificuldades de enfrentamento ao ambiente em que se insere (BRASIL, 2010a; 2015b).

O uso do termo PNE - Pessoa com Necessidades Especiais - é mais abrangente e inclui idosos, pessoas com distúrbios psicológicos, e qualquer outra patologia ou condição mesmo que temporária, que a deixe fora de sua plena capacidade de independência, ou que necessite de algum tratamento ou adaptação para manter tal independência (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Os termos portador de deficiência, portador de necessidades especiais e pessoa portadora de deficiência não são os mais adequados. No lugar deles, recomenda-se usar "pessoa com deficiência" ou "PcD". A sigla PcD é invariável. Por exemplo: a PcD, as PcD, da PcD, das PcD (BRASIL, 2010a). Portanto, "Pessoa com Deficiência" é a

nomenclatura utilizada atualmente definida na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 (BRASIL, 2009). Em espanhol: PcD – *persona con discapacidad*, em inglês: PwD – *person with a disability, persons with disabilities, people with disabilities*.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999) possui normas que visam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das PcD. Define, por meio do decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”; deficiência permanente como evento que “ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos”; e por fim, incapacidade como “redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais”. Para Shakespeare “*Disability is an interaction between impaired bodies and excluding environments*” (SHAKESPEARE, 2005, p. 147).

O conceito de incapacidade caracteriza-se como uma restrição para execução de uma atividade diante da deficiência, com redução efetiva e acentuada das capacidades da integração social, com necessidade de adaptações para desempenho de função ou atividade a ser exercida (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

A construção social da deficiência mantém uma trajetória repleta de preconceitos, marginalização e clausura social. Com a “imperfeição do corpo e da mente”, a História é marcada por diferentes porém semelhantes imagens desses indivíduos na sociedade: desde a Grécia que abandonava os indivíduos sob a própria sorte, já que a deficiência era um castigo divino, em Roma onde os patriarcas podiam matar seus filhos “defeituosos”, nas populações indígenas e africanas com diferentes interpretações, desde a deficiência como representação do Mal sobre a terra até o poder de liderança de uma tribo, no Cristianismo, com a cura religiosa por meio de milagres, na diversão para os nobres durante as monarquias, enquanto indivíduos que

sofreram advertências divinas merecidas diante do pecado próprio ou de um membro da família, e somente após a Revolução Francesa que diante do capitalismo e da divisão do trabalho, a deficiência torna-se objeto de atenção em saúde e educacional. Ainda com características de institucionalização do indivíduo e com a criação de órteses para facilitar a locomoção e meios de comunicação e leitura adaptados. Por fim, com as duas Guerras Mundiais e Guerra do Vietnã houve o fortalecimento das práticas de reabilitação para a cura ou na busca de inserção social (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006; FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

A deficiência atravessa todas as linhas étnicas e raciais, sexo, idade e status socioeconômico. Tradicionalmente, a deficiência é definida por meio de um modelo médico no qual uma ou mais funções do corpo ou estruturas estão interferindo na execução das atividades. Tal modelo reducionista não expressa a abrangência do tema em sua completude. Assim, modelos sociais e integrativos possuem diferentes abordagens, pois a deficiência, por si só, não gera incapacidade, mas sim as barreiras ambientais e atitudinais. O modelo social enfatiza a importância do acesso e da adaptação para facilitar a participação (OTHERO; DALMASO, 2009; BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é um modelo ecológico que utiliza a deficiência como um termo abrangente que considera todos os fatores que afetam a função: diagnóstico, deficiências e participação restrições como trabalho e funções sociais (OMS, 2012). Descreve a funcionalidade como uma “interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais” (OMS, 2013, p. 3).

De tal modo, adota-se uma perspectiva positiva, pois apesar das alterações funcionais presentes na PcD, não há impedimento para o desempenho, sendo condicionado pelo contexto ambiental em que vivem, com uma abordagem biopsicosocial sobre a mudança de paradigma, a qual fomenta políticas inclusivas que modificam o ambiente físico e social, percepções culturais e atitudinais em relação à deficiência e oferta de serviços (FARIAS; BUCHALLA, 2005; TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

O olhar sobre a deficiência deve estar pautado em primeira pessoa, com esforço de políticas e padronização de terminologias relacionadas, considerando construtos prévios sobre a doença, as reinterpretações durante o convívio com ela, o ambiente social em que o indivíduo se encontra e sua inserção na estrutura social. Para além do que já foi dito, inclui-se que a deficiência adquirida acarreta uma crise sobre a própria imagem corporal e a funcionalidade a partir das novas mudanças experienciadas. Apesar dos diversos avanços quanto aos direitos sociais, como benefícios sociais entre outros, as incapacidades para o trabalho ou adaptar-se a ele impactam sobre a expectativa do próprio indivíduo e da sociedade sobre as possibilidades de inserção social (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), 70% das deficiências poderiam ser evitadas. Portanto, o diálogo sobre práticas em saúde acerca da deficiência inicia-se pelo escopo da prevenção em saúde (OMS, 2002; 2012). Segundo a Unicef, as principais causas de deficiência em crianças no Brasil são nutrição inadequada de mães e crianças, condições pré e perinatais, doenças infecciosas e acidentes (RIBAS, 1997).

A prevenção da deficiência acarreta menores custos em saúde. A prevenção primária da deficiência consiste em um conjunto de ações que objetiva promover a melhoria na condição de vida da população por meio de políticas de saúde e sociais com a finalidade de garantir saúde, educação, trabalho e moradia, promovendo a redução da incidência de novos casos. Envolve a prevenção universal em prol de toda a população ou a uma população de alto risco com esforços e medidas que impeçam a concepção de um indivíduo deficiente; dentre essas ações pode-se citar aconselhamento genético, programas de imunização, melhora no cuidado de saúde pré-natal, peri-natal e pós-natal (BATISTA; ENUMO, 1996; BRASIL, 2006b; 2008a).

A prevenção secundária considera que já houve exposição às condições adversas e o objetivo das práticas em saúde é de reduzir e/ou eliminar a duração ou a severidade dos seus efeitos, por meio da identificação precoce da deficiência, tratando-a de modo a minimizar o seu desenvolvimento. A triagem neonatal com realização de exames em recém-nascidos é capaz de oferecer diagnósticos

preventivos e medidas imediatas que impeçam o desenvolvimento e/ou a complicação de agravos como, por exemplo, os causados pelo hipotireoidismo congênito (BRASIL, 2006b; 2008a).

Já a prevenção terciária consiste nos casos em que a condição de deficiência já está instalada e os investimentos são feitos para minimizar os agravos visando maior autonomia do indivíduo. O cuidado de uma condição crônica, neste caso, deve estar amparado pela reabilitação, intervenções cirúrgicas se necessário e promoção da inclusão social (BRASIL, 2006b; 2008a).

Pode-se citar alguns fatores de risco e causas pré-natais, como decorrentes de fatores genéticos e ambientais: doenças causadas por vírus (Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite, Varicela e Sarampo), doenças causadas por bactérias (Sífilis), doenças causadas por protozoários (Toxoplasmose, Doença de Chagas e Malária), doenças endócrinas (Diabetes mellitus e disfunções da Tireóide), desnutrição materna que gera desnutrição fetal, intoxicações pré-natais por medicamentos, tabagismo e uso de álcool e drogas psicotrópicas (BRASIL, 2006b; 2008a).

Há também fatores de risco e causas perinatais decorrentes de intercorrências no parto, como anóxia neonatal, traumatismo obstétrico ou prematuridade. Já no período pós-Natal há causas por doenças microbianas (Sarampo, Caxumba, Herpes e Meningite), a desnutrição ou carências nutricionais, intoxicações, traumatismos crânio encefálicos, fatores ambientais, familiares e condições socioeconômicas (BATISTA; ENUMO, 1996; BRASIL, 2010b).

Complicações obstétricas oriundas de violência doméstica contra a mulher, como gestações indesejadas, atraso em iniciar o pré-natal, abortamento e natimortalidade, baixo peso da criança ao nascer, trabalho de parto prematuro e perdas fetais, dor pélvica crônica, doença espástica dos cólons, depressão pós-parto, tentativa de suicídio, síndrome de estresse pós-traumático e uso de drogas são condições que podem ocasionar alterações embrionárias e fetais e nascimento de crianças com sequelas físicas, mentais e atrasos no desenvolvimento. A violência contra a mulher também pode interferir sobre a capacidade da mesma para o cuidado individual e do bebê quanto aos aspectos nutricionais e procura por atendimento à

saúde (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007).

Na primeira infância, a falta de estímulos para o desenvolvimento como privações sensoriais, familiares e sociais podem interferir no desempenho físico e cognitivo (BATISTA; ENUMO, 1996; BRASIL, 2006b; 2008a). A desnutrição, em especial nessa fase da vida, é um fator de risco para a ocorrência de déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, acomete principalmente famílias de baixa renda, sendo evitável a partir de políticas públicas para melhoria das condições gerais de vida da população (BRASIL, 2010b).

A deficiência adquirida na vida adulta produtiva consiste na perda de estrutura ou da função fisiológica, psicológica ou anatômica que acarreta em déficit funcional, exigindo adaptações em todas as nuances da vida do indivíduo, como uso de medicamentos, órteses, próteses, no modo como realiza suas atividades, entre outras. Tais eventos possuem diferentes etiologias, como doenças crônicas, acidentes de trabalho e de trânsito, violência, câncer, entre outras (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

As doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, demências, câncer e a osteoporose são em parte evitáveis pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento. Tais condições podem acarretar em amputações, perda da mobilidade, das funções sensoriais, da capacidade cognitiva e da capacidade de autocuidado (BRASIL, 2010b; SANTOS et al., 2014).

Eventos traumáticos e lesões por meio de violência, acidentes de trabalho e de trânsito e queimaduras, que podem acarretar lesão medular, amputações e trauma cranioencefálico, doenças osteomusculares, autoimunes e infectocontagiosas são também condições que crônicas que necessitam de vigilância e políticas públicas integradas (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006; BRASIL, 2010b; SANTOS et al., 2014; SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017).

A deficiência auditiva adquirida após o nascimento pode ter origem inflamatória, vascular, neurológica degenerativa, por ototoxicidade, tumores ou traumas (FRANCELIN; MOTTI; MORITA, 2010).

Com relação à deficiência visual após nascimento, estima-se que as principais

causas de cegueira em países como o Brasil seja tracoma, glaucoma, oncocercose, xeroftalmia, catarata e traumatismo (MONTILHA et al., 2000).

Para além do cuidado com os agravos relacionados à deficiência, o indivíduo apresenta outras demandas, como cuidar de uma doença aguda não relacionada à deficiência, encaminhamentos ou aconselhamento sobre questões relacionadas ao sexo, como controle de natalidade, entre outras situações. Tais necessidades de cuidado individual e/ou coletivo tendem a ser sobrepostas pelo enfoque exclusivo sobre a deficiência (SHARBY; MARTIRE; IVERSEN, 2015).

Vale apontar também que a deficiência é reconhecida como um fator que amplia a chance de ocorrência de outros agravos, como um risco quatro vezes maior de desenvolver diabetes, três vezes de suicídio, maior prevalência de sobrepeso e obesidade, duas ou quatro vezes maior propensão ao uso de álcool e outras drogas (SHARBY; MARTIRE; IVERSEN, 2015).

O desenvolvimento de processos inclusivos da deficiência consiste em difundir um conjunto de valores que busque proteger a dignidade humana e os direitos das PcD (DICHER; TREVISAM, 2015). As barreiras arquitetônicas, urbanísticas, nos transportes e nas comunicações precisam ser eliminadas. Para além dessas, a acessibilidade depende também da superação das barreiras atitudinais, que historicamente promovem a exclusão das PcD (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007; GIRONDI et al., 2014).

As PcD são crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres, negros, brancos, amarelos, pardos e indígenas, pertencentes a segmentos sociais e econômicos diversos. As políticas devem garantir o acesso ao transporte para a escola, trabalho, professores capacitados e materiais adequados e adaptados (BRASIL, 2010b).

Não obstante, o estigma sobre a PcD pela depreciação do mesmo, deteriorando sua identidade, pode gerar comportamentos sociais defensivos ou isolamento social, mesmo quando em uso das órteses e próteses, pela aparência robótica, não adaptada aos ambientes em que a PcD se insere. Os sujeitos são colocados sob a piedade alheia e necessidade de ajuda, com as incapacidades expostas, confrontando a ajuda, a qual nem sempre é vista por eles como adequada

(MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

Há uma percepção errônea de que as atividades voltadas a esse grupo cabem apenas aos serviços especializados, frequentemente fora do âmbito público. Há nos diferentes serviços uma tendência à desconsideração da inserção familiar, comunitária, no trabalho e outros espaços, levando a uma focalização e simplificação no cuidado das PcD. Esse posicionamento, desdobra-se numa fragilização do cuidado, comprometendo a integralidade nos aspectos biopsicossociais, laborais e de saúde sexual e reprodutiva, com ampliação da vulnerabilidade.

Existem garantias constitucionais dos direitos das PcD. Anteriormente, a assistência à PcD tinha o enfoque apenas na prevenção de doenças infectocontagiosas (OTHERO; DALMASO, 2009). A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) em seu artigo 5º, garante que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...)” (BRASIL, 1988, p. 5). O direito à saúde também é uma garantia constitucional definida no artigo 126, segundo o qual:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 33).

Especificamente em relação as PcD, o artigo 23 da Constituição coloca que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: “II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. E em relação aos direitos de crianças e adolescentes, o artigo 227 especifica no parágrafo 1º:

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação (BRASIL, 1988, p. 37).

O artigo 203 da Constituição também refere como objetivo da assistência social a habilitação e reabilitação das PcD e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 1988).

A Lei do Benefício de Atenção Continuada define que PcD é aquela que tem

impedimentos de longo prazo (pelo menos dois anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (BRASIL, 2011a).

Apesar da existência de aportes legais relativos à deficiência, fundamentais em uma sociedade democrática e solidária, ainda está presente em nossa sociedade a fragilidade da obtenção e manutenção desses direitos, o que reforça a pertinência de debate do tema, com subsídios de informações para valorização das ações já estabelecidas, fortalecimento das incipientes e rediscussão das possibilidades futuras.

A Portaria nº 1.060 do MS de 5 de junho de 2002 instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002a), voltada para a inclusão das PcD em toda a rede de serviços do SUS. Caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das PcD no Brasil. São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência:

- I- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- II- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- III- Prevenção de deficiências;
- IV- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- V- Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- VI- Capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2002, p. 8)

A Lei nº 10.436 de 2002, regulamentada pelo Decreto 5.626 de 2005 (BRASIL, 2005) define que a rede de serviços deve atender às PcD auditiva, além de apoiar a formação e capacitação dos seus profissionais para o uso de Libras e sua tradução e interpretação. Dentre as deficiências, a auditiva acomete o usuário de três formas: surdez bilateral, parcial ou total (esta considerada também surdez severa ou profunda). A comunicação não verbal é uma questão de saúde pública, para o acolhimento, inserção social e valorização do ser humano. Portanto, é um instrumento de trabalho do profissional.

A Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015 (BRASIL, 2015b) instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

O Quadro 2 apresenta uma breve síntese da evolução de marcos e políticas relacionados à deficiência.

Quadro 2 - Principais marcos históricos e políticas nacionais e internacionais sobre a Pessoa com Deficiência.

ANO	MARCOS
Internacionais	
1919	<u>Criação da Organização Internacional do Trabalho</u> Por meio do Tratado de Versailles foi criado um organismo internacional para tratar da reabilitação dos indivíduos que possuíam sequelas devido à 1ª Guerra Mundial para reinserção ao trabalho (SETUBAL; FAYAN, 2017).
1945	<u>Criação da UN ENABLE e da UNICEF</u> ENABLE - Órgão da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) para compromisso de defesa dos direitos e a dignidade das pessoas com deficiência e UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância para promover a defesa dos direitos das crianças (UNICEF, 2020).
1948	<u>Declaração Universal dos Direitos do Homem</u> Artigo 25 em relação à pessoa com deficiência: 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. 2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 2009).
2006	<u>Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU</u> com o objetivo de “proteger e garantir o total e igual acesso a todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, e promover o respeito à sua dignidade” (BRASIL, 2010c).
2011	<u>Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012)</u>
Nacionais	
1980	<u>I Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, em Brasília (CARDOZO, 2017).</u>
1981	<u>Ano Internacional das Pessoas com Deficiência (PEREIRA; SARAIVA, 2017)</u>
1984	<u>Criação da Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos, da Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos e da Federação Brasileira das Entidades de Cegos (JANUZZI, 2017).</u>
1988	<u>Constituição da República Federativa do Brasil</u> Atribui à União, Estados e Municípios o cuidado e assistência de PcD (BRASIL, 1988).
1989	<u>Lei 7.853</u> Refere a obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre a população portadora de deficiências nos censos nacionais (BRASIL, 1989)
1992	<u>Portaria Nº 304</u> estabelece normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde e traz como referência a Unidade Básica como um dos pontos de atenção às pessoas com deficiência (BRASIL, 1992).
1999	<u>Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência</u> possui normas que visam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1999).
1999	<u>Decreto Nº 3.298</u> definiu o conceito de pessoa com deficiência e as categorias de deficiências, além de tratar do acesso das pessoas com deficiência ao trabalho, indicar as modalidades de contratação, a participação das entidades beneficentes de assistência social e as regras para o concurso público (BRASIL, 1999).

ANO	MARCOS
2000	<u>Lei no 10.098</u> Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000).
2002	<u>Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência</u> inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002a).
2002	<u>Lei Nº 10.436, de 24 de abril de 2002</u> Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências (BRASIL, 2002b).
2004	<u>Decreto no 5.296</u> Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas regulamentou o direito à acessibilidade das PcD. mesmo com a atual legislação o processo de adesão às normas de acessibilidade aos locais públicos (BRASIL, 2004a).
2005	<u>Decreto Nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005</u> Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2005).
2008	<u>Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência</u> Compõe as diferentes estratégias de cuidado da PcD e a legislação vigente (BRASIL, 2008a).
2008	<u>Portaria Nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008</u> Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual (BRASIL, 2008a).
2009	<u>Decreto Nº 6.949</u> Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 (BRASIL, 2009).
2009	<u>Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade)</u> órgão de representação participativa da sociedade organizada, que também deve sugerir e fiscalizar as políticas públicas
2011	<u>Decreto Nº 7.612</u> Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (BRASIL, 2011b).
2012	<u>Portaria Nº 793</u> Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b).
2013	<u>Lei Complementar nº 142</u> Regulamenta o inciso 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS (BRASIL, 2013a).
2013	<u>Diretrizes de atenção à pessoa amputada.</u> Publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c).
2015	<u>Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)</u> Destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015b).

Fonte: a autora, a partir do conteúdo estudado.

Apesar do crescimento das políticas, ainda não há um programa instaurado, não há protocolos entre os serviços de saúde da rede e não há um reconhecimento adequado ou suficiente sobre o tema como objeto de trabalho em saúde. O abismo entre as políticas preconizadas e serem postas em prática no cotidiano dos serviços, os direitos humanos, os fluxos de encaminhamentos e a não responsabilização sobre o cuidado do paciente geram impactos graves sobre as condições de saúde do indivíduo e da família.

O cuidado das famílias e cuidadores é fundamental. Após um diagnóstico de deficiência, além das orientações iniciais, há necessidade de suporte e apoio posteriores. Serão novos desafios para essas famílias, como o aprendizado sobre a deficiência e o significado dos termos médicos utilizados; os novos encargos financeiros, como custos com equipamentos médicos e cuidados especiais, custos de transporte, eventual perda da renda de um dos cônjuges para exercer o cuidado integral em domicílio, custos com adaptações da casa como rampas para cadeira de rodas, reformas, entre outros (BRASIL, 2008b).

Os profissionais de saúde devem fornecer aos familiares e cuidadores todas as informações necessárias para promover à PcD a manutenção da funcionalidade, redução das incapacidades, garantia de atenção à saúde biopsicossocial, e orientar sobre a rede de serviços disponíveis para o apoio e ações de colaboração mútua em todos os níveis de atenção à saúde.

1.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ACERCA DA DEFICIÊNCIA

Segundo a OMS, com dados de 2011, 1 bilhão de pessoas vivem com alguma deficiência no mundo. Estima-se que 15% da população mundial atualmente tem alguma forma de deficiência que requer reabilitação e/ou assistência tecnológica e pelo menos 10% das crianças no mundo nascem ou adquirem algum tipo de deficiência física, mental, sensorial ou múltiplas com repercussão negativa no desenvolvimento (OMS, 2002; 2012).

Não existem no Brasil, estatísticas sobre a frequência das deficiências temporárias ou definitivas, ou seja, um diagnóstico preciso sobre as condições de vida e de saúde de indivíduos com redução da funcionalidade de forma crônica ou

temporária. Tais informações possibilitariam fortalecer as políticas e o planejamento da rede de saúde para assistir a esses indivíduos.

Em que pese esses avanços, o Brasil, a exemplo de outros países latino americano, ainda se ressentir da falta de informações específicas que possam sustentar e orientar o planejamento e a execução de programas e ações de saúde, dirigidas a realidades específicas, voltadas para a prevenção de deficiências e para a promoção à saúde, assistência e reabilitação das pessoas com deficiências, dirigidos a realidades específicas (BRASIL, 2004b, p. 16).

O Censo de 2000 apontou 24,6 milhões de pessoas não institucionalizadas que possuem um tipo ou mais de deficiência, o que correspondente a 14,5% da população brasileira e em 2010, esse número subiu para 45,6 milhões, o equivalente a 23,9% da população total (OLIVEIRA; CAVALLI; GUIDUGLI, 2017). Observou-se que no sexo masculino predominam as deficiências mentais, físicas e auditivas e no sexo feminino predominam as deficiências motoras e visuais.

A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013 (IBGE, 2015) aponta algumas informações sobre as PcD. Foram estimados dados a respeito de quatro tipos de deficiências: intelectual, física, auditiva e visual. A PNS referiu que há 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes. Desse total, 6,2% possuía pelo menos uma das quatro deficiências. No Brasil, são 12,4 milhões de PcD segundo dados de 2010 (IBGE, 2010).

Segundo a PNS, a Deficiência Intelectual consiste em 0,8% da população, não havendo diferença significativa entre as Grandes Regiões, as mulheres apresentaram proporção inferior (0,7%) em relação aos homens (0,9%); 0,5% da população total possuía deficiência intelectual desde o nascimento e 0,3% a adquiriu devido a doença ou acidente. Para pessoas de 60 anos ou mais há maior proporção adquirida por doença ou acidente (0,8%). Os percentuais mais elevados foram estimados para as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, tanto para quem nasceu com a deficiência (0,9%) como para quem a adquiriu devido a doença ou acidente (0,5%). 54,8% possuía grau intenso ou muito intenso de limitação e 30,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde, composto por equipes multiprofissionais e de assistência interdisciplinar (IBGE, 2015).

A Deficiência Física é presente em 1,3% da população brasileira, sendo a

proporção maior para os homens (1,6%) do que para as mulheres (1,0%), 0,3% da população nasceu com deficiência física e 1,0% a adquiriu em decorrência de doença ou acidente. As pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto apresentaram percentual superior, o equivalente a 1,9% (IBGE, 2015).

A Deficiência Auditiva - surdez nos dois ouvidos, surdez em um ouvido e audição reduzida no outro, ou ainda audição reduzida de ambos os ouvidos - acomete 1,1% da população, sendo 0,9% adquirida por doença ou acidente e 0,2% desde o nascimento (IBGE, 2015).

A Deficiência Visual - casos de cegueira de ambos os olhos, cegueira de um olho e visão reduzida do outro, cegueira de um olho e visão normal do outro e baixa visão de ambos os olhos - foi a mais representativa na população, com proporção de 3,6%, sendo 3,3% pessoas que a adquiriram por doença ou acidente e 0,3% a possuíam desde o nascimento. 16,0% da população com deficiência visual apresentou grau intenso ou muito intenso de limitações ou não conseguia realizar as atividades habituais e 6,8% das pessoas de 60 anos ou mais de idade tinham limitação funcional para realizar suas atividades de vida diária. (IBGE, 2015).

Outro aspecto abordado pela PNS é que a deficiência é muito vista na APS em indivíduos idosos, mas principalmente em crianças, outro dado relevante consiste na estimativa populacional desses grupos: a proporção de menores de 5 anos é de 6,5% e de idosos de 11,6% (IBGE, 2015).

A seguir, apresenta-se informações sobre o Estado de São Paulo, que consiste no universo deste estudo. Contém 645 municípios, com serviços municipais de APS com diferentes arranjos organizacionais (CASTANHEIRA et al., 2014), e extensa rede de serviços de apoio e suporte hospitalar e intersetorial, especialmente quando comparada a outros estados do país.

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de planejamento de médio prazo instituído pela Constituição Federal para as três esferas de governo: União, Estado e Municípios. Em São Paulo, o PPA é responsável por alocar mais de R\$ 637 bilhões em recursos orçamentários distribuídos em 136 programas de governo. Somados os recursos não orçamentários, o volume de recursos atinge R\$ 902,5 bilhões durante o quadriênio (SÃO PAULO, 2015).

O Programa “Gestão e implementação da política de inclusão social da pessoa com deficiência”, referente ao PPA 2016-2019, pela Secretaria do Direito das Pessoas com Deficiência possui um recurso de R\$ 362.149.206,00, com o objetivo de promover de forma intersetorial e transversal ações de acessibilidade, inclusão e melhoria da qualidade de vida da PcD e sua família, além de fomentar iniciativas de conscientização, visibilidade e garantia dos direitos da pessoa com deficiência. Já o Programa “Fomento à inclusão esportiva e lazer”, apresenta como recurso R\$ 40,00, com o objetivo do programa: assegurar o direito de participação das PcD nas atividades de esporte e lazer em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, promovendo a melhoria da qualidade de vida e sua integração na sociedade (SÃO PAULO, 2015).

O estado possui 9.344.109 (11,3%) de indivíduos com PcD (IBGE, 2010). A Tabela 1, refere-se ao número de PcD visual, auditiva, motora e intelectual e quanto à funcionalidade.

Tabela 1 - Número de pessoas com deficiência visual, auditiva, motora e mental/intelectual no Estado de São Paulo, Censo IBGE 2010

Tipo de deficiência permanente	N
Deficiência visual - não consegue de modo algum	143.426
Deficiência visual - grande dificuldade	1.059.927
Deficiência visual - alguma dificuldade	6.140.684
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	90.424
Deficiência auditiva - grande dificuldade	345.630
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	1.457.305
Deficiência motora - não consegue de modo algum	168.997
Deficiência motora - grande dificuldade	697.282
Deficiência motora - alguma dificuldade	1.695.577
Mental/intelectual	502.931

Fonte: IBGE, 2010

Apresenta-se, considerando o Estado de São Paulo, a proporção de internações hospitalares por afecções originadas no período perinatal em 2012 na Tabela 2 e o número de consultas de pré-natal na Tabela 3. Tais informações podem subsidiar o olhar sobre a prevenção de deficiências ou vigilância e diagnóstico precoce quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor do bebê.

Tabela 2- Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal, Região Sudeste, 2012.

GRUPOS DE DOENÇAS	Proporção de internações (%)
Feto recém-nascido afetado por fator materno complexo gravidade no parto	1,56
Retardo do crescimento por desnutrição fetal transtorno grave curt baixo peso	21,17
Trauma durante o nascimento	0,22
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	2,68
Outros transtornos respiratórios de origem no período perinatal	29,13
Doenças infecciosas e parasitárias congênitas	3,79
Outras infecções específicas do período perinatal	5,15
Doença hemolítica do feto e do recém-nascido	1,28
Outros transtornos hemorrágicos do feto e recém-nascido	0,85
Outras afecções originadas no período perinatal	34,17
Total	100

Fonte: DATASUS, 2018.

Tabela 3- Proporção de nascidos vivos (%) por Número de consultas de pré-natal, Região Sudeste, 2011.

NÚMERO DE CONSULTAS	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (%)
Nenhuma	1,20
De 1 a 3 consultas	3,51
De 4 a 6 consultas	16,89
7 ou mais consultas	78,40
Total	100

Fonte: DATASUS, 2018.

Os dados referidos na Tabela 2 demonstram que as condições perinatais como outras afecções do período, transtornos respiratórios e retardo do crescimento por desnutrição fetal são as principais causas das internações dos recém-nascidos, além das outras causas expostas na tabela.

As taxas de hospitalização segundo diagnóstico são importantes indicadores da qualidade de vida e da resolubilidade do sistema de saúde. A alta frequência de internações por doenças evitáveis reflete a inadequação da assistência a determinados grupos da população e suas condições de vida e saúde (OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012).

Portanto, a presença de complicações obstétricas perinatais (mortalidade fetal,

internação do recém-nascido após o nascimento, prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal e reinternação do recém-nascido pós-alta do parto) são monitoradas para também compor a avaliação da qualidade da assistência ofertada pela APS.

A taxa de cobertura da vacinação em 2017 no Estado de São Paulo foi de 67,29, muito aquém do esperado, e de necessidade de fortalecimento imediato.

Em diversas regiões brasileiras há o aumento de casos de incidência de sífilis congênita. No Estado de São Paulo, em 2012, os casos confirmados eram 1.935, e em 2017, 4.125 (DATASUS, 2018). A definição de caso de Sífilis Congênita deixou de considerar o tratamento da parceria sexual da mãe (BRASIL, 2018b).

Outras informações em saúde que podem complementar a análise sobre as necessidades em saúde acerca do tema, como: a incidência de doença meningocócica de 1.157 casos confirmados em 2011 (DATASUS, 2018) e a proporção quanto ao baixo peso ao nascer de 9,30%.

Quando se trata de deficiências adquiridas ao longo da vida, outras informações presentes nos sistemas de informação merecem destaque, como a taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral em 2011 foi de 6,26, o número de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi 75.767 (considerando que os danos à saúde da mulher podem resultar em consequências obstétricas e/ou complicações no desenvolvimento fetal, além da violência contra criança que pode gerar lesões traumáticas ou déficit no desenvolvimento neuropsicomotor).

A Saúde do Trabalhador permeia atenção para com esse tema pelo fato dos acometimentos por acidente de trabalho terem repercussão na incapacitação do indivíduo, em especial para a Deficiência Física, Auditiva e Visual. Conforme apresentado na Tabela 4, o Estado de São Paulo apresenta a maior taxa de incidência de acidentes e doenças pelo trabalho do Brasil, para todas as faixas etárias. Importante também destacar que as principais faixas acometidas estão entre 35 a 44 anos e 45 a 59 anos (DATASUS, 2018). Apesar de não ser um dado diretamente ligado às PcD, também nos possibilita aprofundar os estudos acerca da vigilância.

Tabela 4- Taxa de incidência de acidentes e doenças pelo trabalho por Faixa etária no estado de São Paulo e no Brasil, em 2011.

FAIXA ETÁRIA	SÃO PAULO	BRASIL
16 a 24 anos	210,88	191,59
25 a 34 anos	206,76	182,00
35 a 44 anos	219,78	194,46
45 a 59 anos	225,39	214,45
60 anos e mais	166,76	148,42
Total	213,25	192,19

Fonte: DATASUS, 2018.

2. HIPÓTESE

Diante da apresentação do objeto de investigação, com exposição da fundamentação histórica sobre a deficiência, das principais políticas nacionais que colocam para o sistema de saúde as atribuições de atenção integral à deficiência e sua organização em redes de atenção e, por fim, com base nos dados epidemiológicos nacionais disponíveis, considera-se como hipótese a ocorrência de uma implantação incipiente das ações em serviços de APS para a prevenção da deficiência em todos os ciclos de vida, para a promoção do diagnóstico precoce e para a assistência à PcD de forma integral.

Essa hipótese justifica a construção de um modelo avaliativo que possa orientar a implementação de ações na APS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Desenvolver um modelo de avaliação da atenção à deficiência na Atenção Primária à Saúde.

3.2. Objetivos específicos

1. Identificar e analisar as ações para prevenção, detecção e assistência à deficiência na APS descritas na literatura científica;
2. Elaborar um modelo teórico-lógico sobre atenção à deficiência na APS;
3. Identificar indicadores de qualidade da atenção à deficiência na APS;
4. Aplicar a matriz avaliativa em um universo de serviços de APS do Estado de São Paulo;
5. Avaliar as ações desenvolvidas nos serviços de APS do Estado de São Paulo para a prevenção, detecção e assistência à deficiência.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma pesquisa avaliativa (NOVAES, 2000), exploratória e transversal, que será desenvolvida em 3 fases sequenciais. A avaliação em saúde proposta fundamenta-se no conhecimento e julgamento das práticas desenvolvidas na atenção à deficiência. Consiste em uma avaliação de serviços com foco na qualidade organizacional do processo de trabalho em saúde.

Para construção e aplicação de um modelo de avaliação, fez-se necessária previamente uma aproximação teórica e uma análise na literatura. Para tal, a primeira fase é constituída por uma aproximação ao tema e aprofundamento teórico, de modo a instrumentalizar as etapas seguintes de construção de um modelo de avaliação da atenção à deficiência em serviços de APS e sua aplicação em um universo de serviços de APS.

A segunda etapa apresenta o modelo de avaliação da atenção à deficiência e a terceira e última é constituída pela aplicação do mesmo em serviços de APS do Estado de São Paulo.

A pesquisa segue a Resolução nº 446/2012 sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos para o doutorado em Saúde Coletiva e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o Parecer nº 2.425.176 em 8 de dezembro de 2017 (APÊNDICE 1 e 2).

4.1. Etapa 1: Revisão Integrativa sobre atenção à deficiência

O campo da saúde cada vez mais faz uso de métodos de revisão de literatura que possibilitem sintetizar os achados científicos e técnicos. A revisão integrativa possui a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, e promove um profundo entendimento de um determinado conhecimento ou fenômeno baseando-se em estudos anteriores, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Assim, o método proporciona discursar sobre conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos a lacunas do conhecimento científico (PERLOW,

2010; RODRIGUES et al., 2014). A revisão integrativa permite uma descrição detalhada e reflexiva que corrobora com as pesquisas e a prática em saúde.

Esse método faz uso de estratégias como ordenar, sistematizar e incluir pesquisas com diferentes enfoques metodológicos, permitindo uma compreensão aprofundada sobre o tema em estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura foi adotada como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento acerca da temática proposta por este estudo, tendo como questão para investigação: “Quais as ações desenvolvidas na prevenção, detecção e assistência à PcD em serviços de atenção primária?” Diante da relevância do tema e de sua complexidade, a busca por artigos publicados que possam auxiliar em compreender o objeto se deu em bases nacionais e internacionais, como BIREME, SCOPUS E PUBMED, com a inclusão de artigos publicados entre 2012 e 2019. O corte temporal inicial em 2012 se deu ao fato deste ser o período em que foi instituída no Brasil a RCpCD.

Os critérios de inclusão foram: o recorte temporal definido entre 2012 e outubro de 2019, artigos científicos que abordem ao tema investigado, periódicos com texto completo, idioma português, inglês ou espanhol. Os critérios de exclusão: artigos publicados antes de 2012 ou depois de 2019, que não estivessem completos na base de dados, que não estivessem escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol, dissertações de mestrado, teses de doutorado, notas editoriais, estudos que se repetem entre as bases de dados e que não contemplassem o tema em investigação.

Os descritores utilizados são “Atenção Primária à Saúde”, “Pessoas com Deficiência” e “Assistência à Saúde”, utilizadas em inglês na PUBMED e na SCOPUS e em português na BIREME e com *MeSH Terms* que possam trazer maior complexidade nos achados para aprofundamento teórico. Assim, a pesquisa possui a composição de descritores controlados combinados com operadores booleanos apresentada no Quadro 3:

Quadro 3- Descritores e *MeSH Terms* associados a operadores booleanos aplicados nas bases de dados BIREME, PUBMED e SCOPUS.

BASE DE DADOS	DESCRITORES E MESH TERMS
BIREME	("Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Básica de

	Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Primary Health Care") AND ("Pessoas com Deficiência" OR "Personas con Discapacidad" OR "Disabled Persons") AND ("Assistência à Saúde" OR "Cuidados de Saúde" OR "Cuidados de Assistência à Saúde" OR "Prestación de Atención de Salud" OR "Delivery of Health Care" OR "Prevenção" OR "Prevención" OR "Prevention")
PUBMED e SCOPUS	(Primary Health Care OR Care, Primary Health OR Health Care, Primary OR Primary Healthcare OR Healthcare, Primary OR Primary Care OR Care, Primary) AND (Prevention OR Delivery of Health Care OR Healthcare Delivery OR Deliveries, Healthcare OR Delivery, Healthcare OR Delivery of Healthcare OR Healthcare Deliveries OR Health Care Delivery) AND (Disabled Persons OR Disabled Person OR Disability Evaluation)

A coleta foi realizada entre fevereiro e outubro de 2019. A análise dos artigos obtidos inicialmente foi realizada por meio da leitura do título e dos resumos, com a exclusão daqueles que não correspondessem aos critérios de inclusão, houve em seguida a construção de um banco de dados em Microsoft Excel para sistematização dos artigos coletados nesta etapa. O instrumento para avaliação dos artigos foi baseado em Rocha, Bocchi e Godoy (2016) e Ursi (2005), com análise do local de estudo, natureza, desenho, objeto, objetivo, limitações, conceitos e principais resultados.

Foram excluídos textos que estivessem fora do escopo do tema sob investigação, ou que mesmo que alinhado com a APS, tratassem sobre acesso a serviços especializados, como de reabilitação, hospitais, tratamento para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), emergência, saúde mental ou sobre cuidado de crianças que necessitam de cuidados especiais não especificadas, já que representam uma pluralidade de diagnósticos médicos e não obrigatoriamente a deficiência.

Com a redução do número de artigos, foi feita a leitura crítica do texto completo, considerando características metodológicas, o rigor metodológico, a abordagem do tema e os resultados encontrados. Esse processo resultou na redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Finalmente, as informações coletadas dos artigos foram interpretadas, sintetizadas e foram formuladas conclusões por meio da combinação dos resultados extraídos de cada estudo.

4.2. Etapa 2: Construção de modelo de avaliação sobre atenção à deficiência em serviços de APS

A partir do aprofundamento teórico acerca do tema, houve a criação de um modelo de avaliação sobre a atenção à deficiência, considerando assistência, prevenção e a detecção. A construção da modelagem sobre o objeto de estudo – atenção à deficiência em serviços de APS – se faz importante por diversas razões, dentre as quais, pela sua capacidade de agregar conhecimento e correlaciona-lo com a prática da avaliação de serviços. A partir da teorização sobre o programa, se torna possível construir ou elencar indicadores de qualidade que podem mensurar o objeto. Assim, o modelo e a avaliação dialogam para a construção de explicações que consigam ser reaplicáveis para diferentes contextos.

Foi realizada a identificação e análise de documentos sobre este objeto de estudo, para em sequência avaliar cada questão e alternativas do instrumento QualiAB. A construção de um modelo lógico–teórico orientou a revisão dos indicadores e a categorização dos mesmos em domínios.

Para construir o modelo de avaliação, além da revisão integrativa, houve a análise das normas e políticas vigentes, como a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002a), a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015b), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (BRASIL, 2009), Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), e a Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 que instituiu a RCPcD.

Embora não haja um programa específico na literatura sobre a atenção à deficiência na APS, os documentos analisados permitem enunciar uma “teoria do programa” (CHEN, 1990), ou seja, um conjunto de diretrizes e valores que devem orientar as ações na APS relativas à deficiência. A construção da teoria do programa precisa incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos implicados na avaliação (*stakeholders*), contendo os insumos, componentes do programa, os resultados a curto e longo prazo (MEDINA et al., 2005). Segundo Medina e colaboradores (2005, p. 48) “o desenho do modelo lógico de um programa

é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, sendo muitos os caminhos que podem ser utilizados na sua construção”.

O instrumento utilizado neste trabalho consiste no questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica - QualiAB (APÊNDICE 3). Baseia-se na teoria do processo de trabalho em saúde, com foco na organização da atenção à saúde. Seu uso justifica-se por tratar-se de um instrumento abrangente e que avalia a organização do conjunto de ações realizadas pelos serviços de APS. Foi construído a partir de pesquisa avaliativa realizada no estado de São Paulo, em 2007 (CASTANHEIRA et al., 2011).

Esse instrumento foi revisado e atualizado em 2016, baseando-se em um processo iterativo com diferentes estratégias de validação de conteúdo e confiabilidade (ZARILI, 2015; CASTANHEIRA, 2016a), resultando num sistema composto por um questionário eletrônico de auto resposta dirigido aos gerentes dos serviços de APS e por um Caderno de Boas Práticas (CASTANHEIRA, 2016b) onde se explicitam os critérios e padrões de qualidade adotados.

O questionário possui acesso pelo site www.abasica.fmb.unesp.br no qual constam os formulários de adesão do gestor municipal, dos gerentes das unidades para então iniciar o processo de resposta. O sistema permite que o questionário seja salvo para continuar posteriormente a respondê-lo. Após os gestores se cadastrarem e verificarem o número e nome das unidades de seu município, as quais foram previamente registradas no sistema por pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2017), os gerentes fazem sua adesão preenchendo seus dados e criando um *login* e senha para responder ao instrumento. Há diversas estratégias para a adesão e preenchimento até o final, contatos telefônicos e por e-mail, estímulo por parte da equipe de Articuladoras da Atenção Básica, reuniões locais, quando solicitado, além do apoio da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP).

A versão atualizada e validada é composta por 115 questões que resultam em 102 indicadores de qualidade, predominantemente de processo, e descrição da organização do serviço, a qual consta no Apêndice 2 (CASTANHEIRA, 2016b).

O instrumento inclui questões vinculadas à gestão municipal e gerência local

e diferentes componentes da atenção à saúde na APS - ações de promoção, prevenção e educação em saúde; vigilância; atenção à demanda espontânea; organização geral da assistência, saúde bucal e a diferentes grupos que requerem seguimento na atenção primária, como mulheres, crianças e adolescentes, adultos e idosos. Tais componentes permitem variados recortes de análise a partir da eleição de subconjuntos de indicadores, como por exemplo, das ações dirigidas à saúde da criança utilizado por Sanine e colaboradores (2018), ao gerenciamento dos serviços feito por Nunes e colaboradores (2018), a atenção ao idoso utilizada por Ramos (2018) e saúde sexual e reprodutiva de Nasser e colaboradores (2017), assim como o recorte a ser utilizado nesta pesquisa.

Para além da avaliação normativa de julgamento técnico, o QualiAB permite uma avaliação formativa que possibilitam reflexão crítica e identificação e apropriação do processo de trabalho implicado no cotidiano dos serviços (NOVAES, 2000; CASTANHEIRA, 2016b).

Apesar do instrumento QualiAB possuir apenas uma questão que aborda especificamente as PcD (Questão 85), há outras questões que contém algumas alternativas sobre esse tema como, por exemplo, ações de prevenção relativas à saúde da criança, pré-natal, saúde do trabalhador, entre outros. E outras questões se aproximam da temática, como as ações realizadas para as pessoas acamadas. Portanto, o instrumento traz um conjunto de ações da APS que a colocam como componente da RCPcD. A seleção dessas variáveis permite construir uma dimensão específica para avaliar a atenção à deficiência na APS.

4.2.1. Dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*

Para conceber um modelo de avaliação da atenção à deficiência foi elaborada uma dimensão avaliativa denominada *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária*. As variáveis selecionadas do instrumento QualiAB para comporem esse modelo avaliativo configuram-se como novos indicadores ao considerar cada ação que o serviço deve realizar com relação à atenção à deficiência. Compondo a

dimensão, os indicadores foram reunidos em domínios, os quais foram definidos a partir das diretrizes da RCPcD.

A construção do modelo teórico-lógico orientou a seleção dos indicadores e a categorização dos mesmos nos domínios: “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”; “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”; “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”; “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas”; e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”.

Domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”

As condições de acesso são primordiais quando se trata de PcD, contudo diversos estudos referem a falta de estrutura dos serviços para atendimento desse grupo (SILVEIRA et al., 2009), as barreiras arquitetônicas ainda são situações vivenciadas pelas PcD diante de edifícios construídos e/ou não reformados com articulação do movimento social e as políticas de acessibilidade.

Domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”

O domínio refere-se às ações estratégicas de prevenção de deficiências durante a gestação. Os indicadores devem conter a prevenção à deficiência e identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, com a abordagem sobre os cuidados em saúde da gestante para prevenção da deficiência no feto e no recém-nascido durante o trabalho de parto. Devem abranger a infraestrutura e insumos necessários, além da organização do processo de trabalho. Assim como alimentar sistemas de registro de informações que possam qualificar a gestão, ofertar educação em saúde, regulação, promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2012b).

As ações de proteção como o aconselhamento para evitar doenças e o diagnóstico oportuno são importantes. As ações de vigilância são reforçadas nesse domínio, com enfoque sobre condições de risco materno infantil, e ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção.

Domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”

Assim como no domínio anterior, há que apontar os insumos e procedimentos para qualificação da atenção à infância, com enfoque voltado à saúde da criança, pela avaliação nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor, com vigilância sobre possíveis alterações, proporcionando diagnóstico precoce, incluindo ações intersetoriais na comunidade.

Domínio “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas”

É importante destacar o papel da APS para a prevenção da deficiência não somente relacionado à prevenção primária, mas também prevenção secundária, como definido no Caderno 29 da Atenção Básica:

ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce) (BRASIL, 2013b, p. 14).

As ações de vigilância e o registro de informações em saúde são ferramentas em saúde pública que oportunizam a prevenção e o cuidado. Destaca-se assim ações como registro de informações de vigilância à saúde, notificação de agravos, ações de educação em saúde, parceria com outros setores e convocação dos indivíduos considerados em situação de risco.

Domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”

A assistência pode ser compreendida como parte de ações de prevenção (integrando o nível secundário e terciário), e o cuidado com suas peculiaridades, buscou-se aproximar-se do cuidado que deve ser ofertado tal qual para indivíduos sem deficiência, porém as estratégias de comunicação entre os sujeitos devem ser singulares.

Para além de ações que promovam a proteção da saúde, a assistência específica ao indivíduo com deficiência em todos os ciclos da vida, a avaliação funcional e das comorbidades associadas integram um panorama mais específico sobre o tema.

Para além das ações de cuidado individual e coletivo, prevenção e diagnóstico, as medidas de identificação do uso abusivo de álcool e outras drogas estão contempladas diante do risco aumentado desse grupo populacional. Contudo, a questão não trata especificamente dessa população, o que implica num diferencial da resposta aos termos as ações serem executadas de forma diferenciada para as PcD. O mesmo ocorre na abordagem da violência, cuidados esses pouco enfrentados pelos profissionais de saúde e quando se trata dessa população sua invisibilidade pode estar maior.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) define e ratifica a importância da prestação de cuidados à PcD em domicílio, garantindo a singularidade do cuidado, com enfoque na gradativa autonomia funcional para o autocuidado.

A RCPcD atribui à APS a atenção domiciliar, assim como a Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que define tal estratégia como uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar, exercendo ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS à saúde. (BRASIL, 2013; MACHADO et al., 2018).

Diversos estudos apontam as condições de cuidadores de pessoas acamadas ou com deficiência, assim como referem as características sociais e as experiências vivenciadas por estes indivíduos. A vulnerabilidade do indivíduo cuidado é um fator agravante à saúde do cuidador, o qual muitas vezes está em exercício diário de responsabilização sobre o outro, causando situações de estresse e agravos em saúde. Para além desse fator há que considerar que o cuidador também é um usuário do serviço, o qual muitas vezes perde sua individualidade diante do evento da deficiência em um membro da família ou do domicílio (RAFACHO; OLIVER, 2010).

4.2.2. Análise Estatística

Para testar a consistência interna do modelo, os indicadores foram analisados a partir do banco de respostas do inquérito realizado pelo QualiAB em serviços públicos de APS no Estado de São Paulo entre 2017 e 2018. Foi feita a análise de correlação entre os domínios e entre os domínios e a dimensão, com uso do teste não-paramétrico de *Spearman*, adotando o nível de significância de 5%. Foi feita a análise do grau de confiabilidade das respostas por meio da estimação do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® e analisados com auxílio do SPSS, versão 20.0®, para Windows.

4.3. Etapa 3: Aplicação do modelo de avaliação no universo de serviços de APS no Estado de São Paulo

O instrumento QualiAB foi aplicado no estado de São Paulo entre maio de 2017 e fevereiro de 2018 por meio do Sistema QualiAB. A aplicação do QualiAB possui o apoio da SES/SP e representa parte de um projeto de pesquisa em andamento². A proposta de aplicação foi apresentada ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS SP) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) utilizando versão desse instrumento atualizada e validada em 2016.

Foram realizadas duas oficinas de capacitação para os profissionais que integram o programa Articuladores da Atenção Básica da SES/SP, uma realizada em São Paulo para todos os articuladores, em (29/03/2017), e outra no Departamento Regional de Saúde (DRS) de Bauru (18/04/2017) para os articuladores que não puderam comparecer na primeira oficina.

Houve a seleção de 126 variáveis que foram categorizadas como indicadores para composição da dimensão avaliativa *Atenção à deficiência em Serviços de*

² A aplicação do QualiAB no estado de São Paulo integra o projeto “Qualificação da Rede de Cuidados em DST, HIV/aids e Hepatites Virais em regiões prioritárias do Estado de Santa Catarina e de São Paulo” coordenado pela Profª Drª. Maria Ines B. Nemes, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a participação de docentes e pesquisadores da Unesp que integram a presente proposta.

Atenção Primária à Saúde, os quais são distribuídos em cinco domínios de análise: “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” (15 indicadores), “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” (24 indicadores), “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” (32 indicadores), “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” (32 indicadores), “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” (23 indicadores). São mensurados por meio de um sistema binário, em que “1” corresponde à resposta afirmativa para a ação preconizada. Para cada indicador há a soma de serviços que responderam positivamente. As frequências obtidas das respostas aos indicadores que compõem cada domínio são somadas e o valor obtido teve como denominador o número total de indicadores que compõem o domínio, calculando a porcentagem atingida, respeitando o número de serviços que participaram. O mesmo procedimento é feito para o conjunto de domínios para obter o escore referente à dimensão.

A análise estatística dos dados foi realizada no pacote IBM SPSS v. 20.0. A cada domínio foi atribuído um escore final equivalente a soma de respostas aos indicadores. Em seguida foi testada a associação entre os resultados obtidos para os cinco domínios e para a dimensão com as respostas relacionadas às características do serviço, ao planejamento e avaliação em saúde e à rede apoio, conforme informações obtidas nas respostas ao instrumento QualiAB. Foram ajustados modelos de regressões lineares múltiplas. A descrição das variáveis independentes é apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis independentes sobre características dos serviços participantes, planejamento e educação permanente, avaliação e rede de serviços de apoio, segundo indicadores do QualiAB.

Critérios	VARIÁVEIS INDEPENDENTES
Características dos serviços participantes	- Tipo de unidade por autotclassificação - Localização geográfica da unidade
Planejamento e educação permanente	- Reuniões de equipe da Unidade com frequência semanal ou quinzenal - Discussão de casos durante as reuniões de equipe E Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos) durante as reuniões de equipe - Planejamento das ações com base em dados assistenciais da Unidade Básica de Saúde - Planejamento das ações com base em dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde e do município - Planejamento das ações por meio de estudo sobre a realidade de saúde local

	realizado nos últimos três anos por meio de dados dos programas, perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados), cadastro das famílias ou estudos na comunidade - Planejamento local participativo com base nas discussões com o conjunto dos profissionais do serviço e com os usuários - Avaliação e organização do processo de trabalho durante as reuniões de equipe - Realização de atualizações técnicas durante as reuniões de equipe - Capacitação de médicos por meio de educação permanente - Capacitação da equipe de enfermagem por meio de educação permanente - Capacitação da equipe de saúde bucal por meio de educação permanente
Avaliação	- Participação em avaliações nos últimos três anos - A avaliação do serviço possibilitou relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde - A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de um plano anual de trabalho definido pela gestão municipal - A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais - A avaliação do serviço possibilitou a reorganização das estratégias de gerenciamento local
Rede de apoio	- Apoio matricial por equipe NASF ou multiprofissional - CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) ou CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social) - CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente - Serviços de referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e hepatites virais - Ambulatórios de especialidades ou AME (Ambulatório Médico de Especialidades) - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) - CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador) - ONG (Organização Não Governamental) ou Ações comunitárias ligadas grupos religiosos

5. RESULTADOS

Os resultados deste trabalho são apresentados em forma de propostas de artigos científicos, construídos conforme as normas das respectivas revistas escolhidas para submissão.

5.1. ARTIGO 1- Estratégias para atenção à deficiência na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa

Revista: Revista Ciência e Saúde Coletiva.

INFORMAÇÕES SOBRE A SUBMISSÃO: a submeter.

RESUMO:

Foi realizada uma revisão integrativa sobre as ações de atenção à deficiência na Atenção Primária à saúde (APS) com pesquisa nas bases de dados eletrônicas Bireme, Scopus e Pubmed de artigos nacionais e internacionais em inglês, português e espanhol publicados a partir de 2012 para responder à seguinte questão: “Quais as ações desenvolvidas na prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária?”. Foram utilizados os descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Pessoas com Deficiência”, “Serviços de Saúde”, “Prevenção Primária”, “Prevenção Secundária” e “Assistência à Saúde”. Foram encontrados 2664 artigos, os quais foram submetidos à avaliação dos resumos, e 144 foram lidos na íntegra. A amostra final contém 49 artigos a partir da análise e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os artigos foram categorizados baseando-se no tema principal abordado: atenção à saúde da criança e materno-infantil para prevenção da deficiência, atenção à saúde da pessoa idosa para prevenção da deficiência, prevenção da incapacidade devido a doenças crônicas e acidentes de trabalho na APS, acesso/acessibilidade à APS e atenção integral à PcD. A maioria dos artigos foram publicados em língua inglesa. As ações de prevenção da deficiência não são valorizadas como objeto de investigação pela literatura científica, denotando sua baixa visibilidade e incorporação nas ações dos serviços de APS. As ações em busca de uma atenção integral à PcD demonstram ser incipientes, pois além de dar acesso e acessibilidade a essa população, deve-se ter um olhar amplo para as necessidades de saúde e seus determinantes.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Atenção Primária à Saúde, Revisão

INTRODUÇÃO

A Deficiência pode acometer a capacidade física, sensorial e/ou intelectual do indivíduo, podendo acarretar em barreiras para o pleno exercício de sua cidadania e

convívio com o ambiente em que está inserido¹. A incapacidade caracteriza-se como uma restrição para execução de uma atividade diante da deficiência, com redução efetiva e acentuada das capacidades da integração social, com necessidade de adaptações para desempenho de função ou atividade a ser executada².

Segundo a Organização das Nações Unidas, 70% das deficiências poderiam ser evitadas³.

No Brasil, houve em 2012 a instituição da rede de atenção à saúde intitulada Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD), com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às PcD. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, além de porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro também deve ser o eixo organizador da rede de saúde, estabelecendo de forma contínua o vínculo entre os serviços e o usuário⁴.

De tal forma, para além dos desafios impostos ao próprio fenômeno da deficiência, a qualificação dos serviços requer diversos esforços de políticas públicas, formação de recursos humanos e constituição de diretrizes que possam auxiliar todos os atores no direcionamento da oferta de ações. Sendo assim, uma estratégia para a construção do saber científico e prático se faz pela análise das evidências, ou seja, uma revisão de literatura que possibilite sintetizar os achados científicos e técnicos.

A revisão integrativa, uma das estratégias possíveis, possui a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas e promove um aprofundamento sobre um tema ou fenômeno baseando-se em estudos anteriores, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Assim, o método proporciona discursar sobre conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde⁵.

Assim, o cuidado prestado à Pessoa com Deficiência (PcD), enquanto indivíduo sob condições de vulnerabilidade, deve garantir que este indivíduo receba cuidados primários para além do foco da deficiência, e sim de sua saúde como um todo, abrangendo para além do cuidado individual o contexto psicossocial em que se constroem suas necessidades de saúde. Muitos estudos referem como o cuidado é fragmentado e desigual para a PcD⁶, ou seja, as ações de cuidados primários são ofertadas de modo diferente para pessoas com e sem deficiência.

Nesse sentido, foi proposto um reconhecimento prévio das ações que compõem os serviços de APS como parte da RCPcD, por meio de revisão de literatura. Contudo, o olhar sobre a deficiência na APS não deve estar baseado apenas na atenção ofertada à PcD, e sim às estratégias que o serviço estabelece para prevenir a deficiência, em todos os ciclos de vida, promover o diagnóstico precoce, estabelecer estratégias de coordenação do cuidado, encaminhamentos a outros serviços e setores da sociedade. Sendo assim, abrange uma complexidade de ações na APS, como o Pré-Natal, puericultura, atenção ao adolescente, saúde do trabalhador, atenção ao idoso, entre outras vertentes.

Para responder à questão “Quais as ações desenvolvidas na prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária?”, realizou-se uma revisão integrativa com o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional referente à atenção à deficiência em serviços de APS.

METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura foi adotada como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento acerca da temática proposta por este estudo. A busca por artigos publicados se deu em bases nacionais e internacionais, no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), *SciVerse Scopus* (SCOPUS) e *Public MEDLINE* (PubMed) - com a inclusão de artigos publicados a partir de 2012, considerando este um marco temporal relevante devido à implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil.

Os critérios de inclusão foram: o recorte temporal definido a partir de 2012, artigos científicos que abordem o tema investigado, periódicos com texto completo, idioma português, inglês ou espanhol. Foram utilizados os descritores em ciência da saúde: “Atenção Primária à Saúde”, “Pessoas com Deficiência”, “Serviços de Saúde”, “Prevenção Primária”, “Prevenção Secundária” e “Assistência à Saúde”, de forma combinada e com MeSH Terms, conjugados com os operadores booleanos “and” e “or”. A estratégia de busca “(*Primary Health Care OR Care, Primary Health OR Health Care, Primary OR Primary Healthcare OR Healthcare, Primary OR Primary*

Care OR Care, Primary) AND (Prevention OR Delivery of Health Care OR Healthcare Delivery OR Deliveries, Healthcare OR Delivery, Healthcare OR Delivery of Healthcare OR Healthcare Deliveries OR Health Care Delivery) AND (Disabled Persons OR Disabled Person OR Disability Evaluation)” foi aplicada em inglês na PubMed e SCOPUS e em inglês, português e espanhol na BIREME.

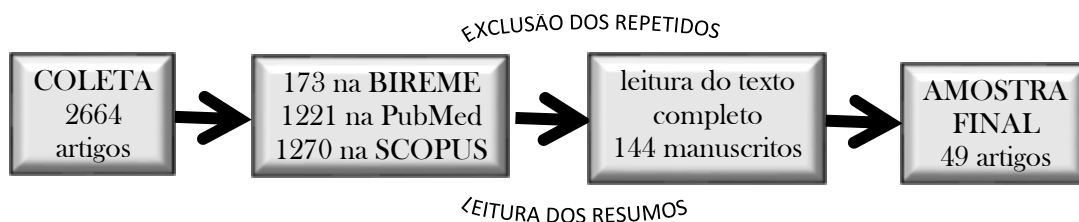
A coleta foi realizada entre fevereiro e outubro de 2019. Foram encontrados 2664 artigos científicos, sendo 173 na BIREME, 1221 na PubMed, e 1270 na SCOPUS. A análise dos artigos obtidos inicialmente foi realizada por meio da leitura do título e dos resumos, com a exclusão daqueles que se repetiam entre as bases e que não correspondessem aos critérios de inclusão. Foram excluídos textos que estivessem fora do escopo do tema sob investigação, ou que, mesmo que alinhado com a APS, tratasse do acesso a serviços especializados, como de reabilitação, hospitais, tratamento para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), emergência, saúde mental ou sobre cuidado de crianças que necessitam de cuidados especiais não especificadas, já que esses temas abordam uma pluralidade de situações e diagnósticos médicos e não enfocam a deficiência. Para análise dos estudos selecionados, foram observadas informações como análise do local de estudo, natureza, desenho, objeto, objetivo, limitações, conceitos e principais resultados.

De acordo com os critérios apresentados, foram identificados 144 manuscritos para leitura do texto completo. Com a leitura crítica do texto completo, considerando características metodológicas, a abordagem do tema e os resultados encontrados, houve a redução do número de estudos incluídos na fase final, o que resultou em 55 artigos. Finalmente, os dados foram interpretados, sintetizados e foram formuladas conclusões por meio da combinação de vários conceitos extraídos dos estudos.

RESULTADOS

A amostra final conteve 49 artigos publicados desde 2012, apresenta-se na Figura 1 o *corpus* de análise.

Figura 1- Fluxograma de constituição da amostra



Com relação às características dos artigos selecionados, são 37 em inglês, um em espanhol e 11 em português. As revistas em que foram publicados divergem entre específicas da área de pediatria, geriatria, deficiência e reabilitação e de APS. A maioria dos artigos são descritivos ou analíticos, a partir de pesquisas avaliativas, estudos de caso, de coorte, de base populacional ou revisões da literatura e diretrizes clínicas. Os Estados Unidos é o país com o maior número de publicações (18), seguido do Brasil (11), Canadá (4), Países Baixos (4), Austrália (3), Espanha (2), África do Sul (2), Reino Unido (1), França (1), Cuba (1), Noruega (1) e China (1).

Muitos artigos da coleta inicial foram excluídos, pois na maioria dos casos, os artigos se referiam a condições crônicas não identificadas, como quando abordam o cuidado de crianças que necessitam de cuidados em saúde (conceito que abrange outras condições complexas para além da deficiência), mas principalmente quando não abordam as ações de serviços de APS especificamente, e sim de serviços hospitalares e ambulatoriais que fornecem cuidados primários ou serviço de atenção domiciliar. Outros artigos foram excluídos por se tratarem de diretrizes (*guidelines*) sobre atenção à deficiência.

Foi realizada a categorização dos achados em cinco núcleos: 1- atenção à saúde da criança e materno-infantil para prevenção da deficiência; 2- atenção à saúde da pessoa idosa para prevenção da deficiência; 3- prevenção da incapacidade devido a doenças crônicas e acidentes de trabalho na APS; 4- acesso/acessibilidade à APS; e 5- atenção integral à PcD.

O Quadro 5, refere-se aos artigos que abordam questões relacionadas à saúde da criança e atenção ao pré-natal enquanto alvo de cuidados para prevenção da deficiência nas fases pré, peri e pós-natais.

Quadro 5 - Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da deficiência na atenção à saúde da criança em serviços de APS”.

ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS CONCEPÇÕES
Garg et al., 2018 Estudo longitudinal prospectivo de coorte, qualitativo Austrália ⁷	Incentivar o desenvolvimento da primeira infância e a identificação precoce de dificuldades no desenvolvimento é uma prioridade.	Vigilância do desenvolvimento usando questionários de triagem validados são difíceis de utilizar diante de barreiras como o tempo, conscientização das ferramentas, conhecimento e acesso aos serviços de referência. Diversos profissionais devem utilizar essas ferramentas, como enfermeiros de saúde da criança e da família e médicos, colaborando com a compreensão dos pais sobre o desenvolvimento de seus filhos.
Litt et al., 2015 Análítico e qualitativo Estados Unidos ⁸	Avaliar se a coordenação do cuidado diminui a ocorrência de incapacidade em crianças com necessidades especiais de cuidado	Crianças com necessidades especiais de saúde correm maior risco de incapacidades funcionais, o que torna necessário a coordenação do cuidado, especialmente quando entregues no ambiente de um lar médico centrado na família.

Para promover a vigilância do desenvolvimento das crianças durante os atendimentos da APS, Garg et al.⁷ referem que devem ser usadas ferramentas para triagem do desenvolvimento, o que empreende de treinamento da equipe para sua utilização.

Outro aspecto a ser colocado se dá pelo fato do crescente número de crianças com necessidades especiais de saúde, condições essas que não são apenas relacionadas à deficiência, mas sim condições complexas que necessitam de suporte integral. Tais crianças, as quais muitas vezes estão restritas ao ambiente domiciliar, tem maior risco de incapacidades funcionais, necessitando de serviços de APS com base domiciliar⁸.

O Quadro 6 se refere à prevenção da deficiência e da perda funcional em indivíduos idosos. Grande parte dos estudos encontrados possui o enfoque sobre essa população em específico.

Quadro 6- Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da deficiência e incapacidade na atenção à saúde da pessoa idosa em serviços de APS”.

ARTIGO	OBJETIVO	PRINCIPAIS CONCEPÇÕES
Metzelthin et al., 2013 Estudo controlado randomizado Países Baixos ⁹	Descrever abordagem para prevenção da deficiência em idosos	Equipe interdisciplinar envolvendo avaliações e intervenções individualizadas (atendimento personalizado), apoio à autogestão, engajamento em atividades significativas, gerenciamento de casos e acompanhamento de longo prazo. Abordagem com avaliação da fragilidade; visita do enfermeiro para o idoso e o cuidador informal, avaliação multidimensional com foco em avaliar se há dificuldade da execução das atividades de vida diária, se há risco de desenvolver deficiências, discussão com o clínico geral a necessidade de seguimento, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta ou necessidade de avaliação de outros profissionais; plano de tratamento envolvendo o enfermeiro

		e o clínico geral ou em conjunto com equipe multiprofissional; plano de tratamento é discutido e pactuado com o idoso e seu cuidador informal; execução do plano estabelecendo metas e responsáveis: atividades significativas (jardinagem, visitar familiares / amigos, ler um livro, passear, brincar com jogos e participar de atividades religiosas), desenvolvimento adaptativo de atividades e habilidades, atividade física diária, promoção da saúde; enfermeiro como gestor do caso; avaliações periódicas e reformulações ao longo do processo.
Metzelthin et al., 2013 Pesquisa avaliativa Países Baixos ¹⁰	Descrever a percepção dos pacientes sobre abordagem para prevenção da deficiência em idosos.	Avaliação e intervenções individualizadas (atendimento personalizado), gerenciamento de casos e acompanhamento a longo prazo. O enfermeiro clínico como parte de uma clínica geral é gerente de casos.
Bhasin et al., 2018 Coorte, quantitativo Estados Unidos ¹¹	Comparar a eficácia de uma estratégia multifatorial de prevenção de lesões por quedas centrada no paciente e baseada em evidências.	Estratégias para reduzir lesões e desenvolver confiança em idosos (STRIDE) é um grupo paralelo aleatório em cluster de 40 meses. O enfermeiro realiza avaliações de risco multifatoriais, desenvolve planos de cuidados individualizados, que incluem vigilância, acompanhamento, avaliação e estratégias de intervenção.
Fougère et al., 2017 Ensaio clínico, transversal França ¹²	Descrever uma estratégia de avaliação de idosos para prevenção da incapacidade.	O envelhecimento pode ser afetado por fragilidade e doenças crônicas que causam problemas físicos, cognitivos, sensoriais e declínio funcional evoluindo gradualmente para a incapacidade. Pessoas com 70 anos ou mais foram convidadas a se submeter a uma avaliação com enfermeira treinada.
Morgan et al., 2015 Ensaio clínico randomizado, método misto Reino Unido ¹³	Aumentar a atividade física na vida cotidiana de idosos em risco de incapacidade.	Promoção de qualidade de vida e de prevenção da deficiência por meio da atividade física orientada aos idosos, sendo uma estratégia avaliada pelo desempenho físico.
Metzelthin et al., 2015 Estudo randomizado Holanda ¹⁴	Avaliar o custo-efetividade de uma abordagem para prevenção da incapacidade em idosos frágeis.	Os idosos frágeis do grupo de intervenção receberam uma avaliação em casa e cuidados interdisciplinares com base em um plano de tratamento personalizado e avaliação e acompanhamento regulares. As práticas do grupo controle forneceram os cuidados habituais.
Ferrer et al., 2014 Estudo clínico randomizado Espanha ¹⁵	Avaliar a eficácia de uma intervenção multifatorial para reduzir quedas entre os idosos, incluindo indivíduos com comprometimento cognitivo ou comorbidades.	Essa intervenção multifatorial entre octogenários, incluindo indivíduos com comprometimento cognitivo ou comorbidades, não resultou em redução de quedas. Uma história de quedas anteriores, incapacidade e comprometimento cognitivo não teve efeito sobre o programa entre os sujeitos da comunidade deste estudo.
Stijnen et al., 2013 Estudo longitudinal, quase experimental Países Baixos ¹⁶	Investigar os efeitos e viabilidade da detecção precoce de problemas de saúde entre idosos residentes na comunidade e seu encaminhamento subsequente a instalações de cuidados e/ou bem-estar	Enfermeiros profissionais realizam visitas domiciliares aos idosos para uma avaliação abrangente de sua saúde e bem-estar, para realizar discussão de caso com os médicos clínicos gerais e realizar a elaboração de um plano de cuidados e tratamento quando necessário ou encaminhamento do paciente, fazendo o monitoramento e coordenação dos cuidados.

A síndrome da fragilidade em idosos é uma condição que pode gerar a deficiência, quedas e óbito⁹⁻¹⁶. Portanto, os estudos referem que são necessárias ações interdisciplinares^{9,15}, a partir de uma abordagem integrada entre a equipe para gerenciamento dos casos^{9,10} e promovendo a busca ativa, para promoção de qualidade de vida. Dentre as estratégias referidas, está a atuação do profissional de enfermagem em domicílio^{9-12,16}, promoção de atividade física¹³, projetos terapêuticos singulares^{11,14}, encaminhamentos oportunos¹⁶, discussões de casos¹⁶, pactuação com os pacientes sobre os cuidados atuais e futuros⁹.

O estudo de Metzelthin et al.¹⁴ avaliou o custo-efetividade e custo-utilidade de uma intervenção multifatorial para redução do número de quedas dos idosos usuários de serviço de APS na Espanha. Os dados não demonstraram que a intervenção ocasionou a redução do número de quedas, mas houve aumento na utilização de serviços de saúde e custos. O processo do envelhecimento e a experiência individual é multifatorial e a história clínica e funcional do idoso não depende exclusivamente das ações dos serviços de APS. Por essa razão, alguns estudos não obtiveram sucesso na proposta de intervenção, mas, mesmo assim, são ações que devem ser valorizadas enquanto componentes de uma atenção integral a esse grupo.

Quadro 7- Categorização dos artigos com base no eixo “Prevenção da incapacidade devido a doenças crônicas ou acidentes de trabalho na APS”.

ARTIGO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS CONCEPÇÕES
Thorpe et al., 2015 Descritivo, qualitativo Estados Unidos ¹⁷	Descrever a percepção de cuidadores de PcD sobre acesso a serviços de APS	Cuidadores informais sobrecarregados com suas próprias deficiências funcionais podem enfrentar desafios na facilitação do acesso a cuidados preventivos.
Mazza et al., 2015 Descritivo, qualitativo Austrália ¹⁸	Descrever a percepção dos clínicos gerais sobre os atestados para afastamento do trabalho	A maioria das pessoas com lesões compensáveis na Austrália é certificada como “imprópria para o trabalho” por seus médicos (clínicos gerais), com uma minoria de pacientes certificados para tarefas de trabalho modificadas. Os atestados são uma tarefa administrativa e clínica sustentada por uma série de fatores sociais e sistêmicos.
Schütze et al., 2012 Estudo controlado randomizado, qualitativo Austrália ¹⁹	Avaliar a aceitabilidade da implementação de intervenções para prevenir doenças vasculares na atenção primária à saúde australiana.	A doença vascular é uma das principais causas de morte e incapacidade. Embora seja evitável, são necessárias intervenções para prevenir doenças vasculares, como programa de modificação do estilo de vida.

A atenção ao trabalhador, seja ele o cuidador da PcD ou a população em geral foi pouco abordada nos artigos que foram incluídos na amostra, o que difere do esperado, considerando que diante do modo de produção capitalista e da abordagem biologicista da saúde do indivíduo, as lesões por acidente de trabalho deveriam ser mais propensas à discussão dentro do campo de atuação da APS. Contudo, ainda que haja muitos artigos que referem os agravos das lesões por esforço repetitivo entre outras razões, a incapacidade ou redução da funcionalidade por meio de eventos traumáticos no ambiente laboral é pouco explorado sob a ótica da prevenção na APS.

A saúde do trabalhador foi abordada apenas com base nos atestados médicos ofertados pelos clínicos gerais, especialmente considerando possíveis inadequações ou dificuldades no preenchimento¹⁸.

Os cuidadores informais de PcD foram sujeitos de estudo sobre suas percepções quanto ao acesso aos serviços de APS, e os resultados apontam que há dificuldade no recebimento de cuidados preventivos. O artigo¹⁷ foi mantido no estudo devido à discussão que faz sobre a qualificação do cuidado prestado aos cuidadores das PcD para qualificação da atenção recebida pelo próprio indivíduo com deficiência, ou seja, a saúde do cuidador reflete diretamente sobre a saúde da PcD.

Outro aspecto abordado foi sobre as ações para prevenção de doenças vasculares¹⁹. Existem muitos estudos na literatura que se referem às doenças vasculares e às diretrizes clínicas e políticas públicas para sua prevenção. Contudo, dentre os artigos encontrados, somente o estudo de Schütze et al.¹⁹ traz uma abordagem sobre intervenções para prevenção de doenças vasculares à luz da prevenção da incapacidade.

O Quadro 8 a seguir aborda o acesso aos serviços de saúde e acessibilidade.

Quadro 8- Categorização dos artigos com base no eixo “Acesso e acessibilidade à APS por PcD”.

ARTIGO	OBJETIVO	CONCEITOS DEFINIDOS
Amaral et al., 2012 Estudo observacional analítico transversal Brasil ²⁰	Avaliar as barreiras de acesso à APS por idosos com deficiência	As condições facilitadoras de acesso à APS por idosos com deficiência são: ausência de esgotos, bueiros, dejetos, sacos de lixo, ou pisos quebrados; ausência de degraus nas calçadas e existência de calçamento; presença de transporte; facilidade na marcação de consultas; e o baixo tempo de espera para ser atendido.

Martins et al., 2018 Descritiva, exploratória, de base populacional Brasil ²¹	Investigar a acessibilidade física de mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias em Unidades de Saúde de Família	Com base em checklist fundamentado na Norma Brasileira 9050, dos 90 prédios avaliados, 83,3% dos balcões e das mesas de trabalho e 85,6% dos assentos ambulatoriais estão adequados, como preconizado pela legislação. Entretanto, apenas 24,4% dos bebedouros estão instalados adequadamente. Nenhuma das unidades apresentou textos contendo orientações e instruções escritas em braille; 60,0% não têm sanitários adequados, e 92,2% não estão devidamente sinalizados. Se faz necessário e fortalecimento das políticas públicas para atender às leis.
Maragh-Bass et al., 2018 Analítico, transversal qualitativo Estados Unidos ²²	Analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre as mesas de exames adaptáveis	Os profissionais da equipe referem fazer uso diário das mesas de exame médico no atendimento de PcD, porém enfrentam desafios no uso deste equipamento, por exemplo com pacientes pediátricos.
Figueiredo et al., 2017 Qualitativo, descritivo, exploratório Brasil ²³	Compreender o acesso de crianças e adolescentes com deficiências aos serviços de Atenção Primária em Saúde a partir da experiência de familiares.	Os entrevistados referem a subutilização dos serviços de APS em consequência das suas fragilidades em relação à assistência e ao acesso de crianças e adolescentes com deficiências, como ausência de adaptações estruturais para essas pessoas e de profissionais de saúde qualificados. A Atenção Primária precisa passar por reestruturações, tanto em relação às suas condições físicas quanto à capacitação dos seus recursos humanos e criação de estratégias que contribuem para o acesso de infantes com necessidades especiais de saúde.
Stillman et al., 2017 Descritivo, qualitativo Estados Unidos ²⁴	Descrever a utilização de serviços de saúde entre usuários de cadeira de rodas e caracterizar as barreiras encontradas ao tentar obter acesso a serviços de saúde.	A maioria dos participantes referem que encontraram barreiras físicas ao acessar os serviços, receberam intervenções preventivas adequadas (com exceção dos exames de Papanicolaou). Durante avaliação, a maioria dos participantes refere que permaneceu vestidos e examinados sentados em cadeira de rodas. Mais da metade dos participantes consideraram que receberam atendimento incompleto e acreditavam que o médico não tinha entendimento sobre a deficiência.
Bussiêre et al., 2016 Quantitativo, transversal descritivo Estados Unidos ²⁵	Avaliar os cuidados de primários que as PcD recebem em serviços de APS	Há menor probabilidade de uso de cuidados de enfermagem entre pessoas com menor capacidade cognitiva. Falta de qualificação ou a disponibilidade de profissionais que “gerenciam” o caso, não houve diferença quanto aos cuidados dos médicos. Indivíduos com maiores capacidades sociais (atividades instrumentais de vida diária, lazer, emprego, vivendo como um casal) tem maior acesso. Há barreiras ambientais (por exemplo, atitudes negativas, transporte e edifícios públicos inacessíveis) tem apoio social limitado e referem a necessidade de recursos humanos/técnicos. A diminuição das capacidades cognitivas ou físicas teve reação negativa com rastreamento de câncer cervical, mamário e colorretal.
Vergunst et al., 2015 Descritivo, quantitativo, transversal África do Sul ²⁶	Avaliar os desafios enfrentados por pessoas com deficiência no acesso à saúde em Madwaleni, comunidade rural de Xhosa na África do Sul.	Os indivíduos enfrentam barreiras práticas, incluindo questões geográficas, como distâncias entre centros de saúde, as condições do terreno, falta de serviços de transportes e o custo para uso de táxis e a dificuldade para conseguir transporte de emergência e diante da arquitetura dos edifícios. Também referem que o tempo de espera nos serviços para receber atendimento e falta de insumos, ausência de muletas e de pessoal, e também enfrentam barreiras atitudinais, como estigma, insegurança do profissional, vergonha diante da condição de incontinência, ou quando o profissional não compreende que a PcD possa ter autonomia na busca de cuidados em saúde.

Girondi et al., 2014 Descritivo, transversal e qualitativo Brasil ²⁷	investigar a acessibilidade de idosos a serviços de APS	Ser idoso e deficiente consistem em duas condições de vulnerabilidade. As dificuldades de acesso consistem em: geográfico e ao transporte; equipamentos e insumos específicos; processo de trabalho organizado e o acolhimento (sinalização, acomodações e acessibilidade). O Agente Comunitário de Saúde representa um facilitador do acesso; construção da rede de atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física inclui um conjunto de estratégias e equipamentos integrados e vinculados no território. Os serviços devem atender as demandas de saúde, articular para que as PcD interajam com outras pessoas, participem de programas de educação em saúde e aprendam mais sobre o cuidado de si, acesso a exames de alta complexidade.
Lopes et al., 2014 Estudo de caso Brasil ²⁸	Avaliar a acessibilidade PcD	PcD referem que recebiam atendimento de saúde apenas em casos de emergência. Diante da dificuldade de locomoção, possuem dependência de terceiros para a realização de atividades da vida diária, o que dificulta o acesso ao serviço, pois não conseguem sair de casa para receber atendimento de saúde quando necessário. O que demonstra a necessidade de que os profissionais se desloquem até o domicílio.
Pharr, 2013 Métodos mistos convergentes Estados Unidos ²⁹	identificar como práticas médicas de cuidados primários nos Estados Unidos	As acomodações mais utilizadas para as PcD (equipamentos acessíveis) são cadeiras de rodas. Contudo, muitas vezes diante das barreiras o prestador de cuidados não realiza a atividade de cuidado. Algumas vezes solicitam a vinda de terceiros. Tais dificuldades na acessibilidade aos cuidados faz com que os pacientes sejam recusados.
Mudrick et al., 2012 Pesquisa avaliativa Estados Unidos ³⁰	Descrever a acessibilidade física geral do escritório de atenção primária e diferenças urbanas/não urbanas.	A avaliação da estrutura por revisores classificou os consultórios médicos quanto ao estacionamento, acesso externo, entrada do edifício, interior, espaços públicos, interior do consultório médico e a presença de equipamentos para exames acessíveis. Poucos serviços tem balança acessível e mesa de exame ajustável em altura, banheiros e salas de exames inadequados. Estacionamento, acesso externo, acesso ao prédio e espaços públicos internos geralmente atendiam aos critérios de acesso, exceto para estacionamento acessível em van.
Marques et al., 2018 Descritiva, quantitativa Brasil ³¹	Avaliar a acessibilidade de serviços de APS para PcD	Avaliação da acessibilidade dos serviços demonstra que a maioria não contém escadas apropriadas, rampas e piso adequado. Comparando zona urbana e rural, área de circulação, balcão, assento e bebedouros tiveram maior inacessibilidade na zona urbana. As barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias comprometem o acolhimento integral do usuário.
Morris et al., 2017 Descritivo, quantitativo Estados Unidos ³²	Avaliar a acessibilidade e a percepção de PcD sobre a qualidade do atendimento	Equipamento de diagnóstico acessível, incluindo mesas de exame de altura ajustável. Contudo, não houve diferenças entre as percepções sobre a qualidade do atendimento. O equipamento acessível por si só pode não ser suficiente para reduzir disparidades na experiência de cuidar.
Marrocco et al., 2017 Revisão da literatura Estados Unidos ³³	Analisar a literatura sobre as barreiras existentes para o acesso a cuidados preventivos.	Indivíduos com deficiências foram identificados como uma população com um uso significativamente menor de serviços preventivos devido às barreiras como ambiente físico e o acesso ao sistema de saúde, transporte, conhecimento e atitude do provedor e financeiro. As adaptações do espaço físico dos serviços muitas vezes não são possíveis, mas os profissionais podem ajustar para facilitar a oferta do cuidado.

Tedesco et al., 2013 Descritivo qualitativo Brasil ³⁴	Avaliar as barreiras enfrentadas pelos profissionais para atendimento de surdos	Os portadores de surdez que apresentam maior desafio no acolhimento de suas necessidades, porque a “escuta qualificada” apresenta a barreira da linguagem. Os profissionais buscam diferentes formas para explicar a dificuldade da comunicação com as PcD auditiva, normalmente sendo a postura dos profissionais e despreparo para atender às necessidades dos portadores de surdez.
Smith et al., 2018 Estudo transversal Canadá ³⁵	Avaliar o acesso aos cuidados preventivos de PcD intelectual e de desenvolvimento	Adultos com deficiência intelectual e de desenvolvimento recebem menos cuidados preventivos em serviços de APS, como exames de lipídios, glicose, câncer de mama, rastreamento de câncer de colo de útero, colorretal, triagem ocular e hemoglobina.
McMillan et al., 2016 Descritivo qualitativo Canadá ³⁶	Avaliar as perspectivas dos médicos de família sobre as barreiras profissionais, desafios e melhorias para prestação de cuidados de saúde pessoas com deficiência física.	Os participantes referem barreiras de transporte, lacunas de conhecimento e situações de constrangimentos que resultam em cuidados episódicos em vez de cuidados preventivos, incongruência entre acessibilidade percebida e real ao cuidado, departamentos de emergência usados como centros de atenção primária, desatenção questões de mobilidade entre serviços especializados e comunitários, falta de ferramentas práticas acessíveis, baixo volume de pacientes impactam a tomada de decisão, há uma diminuiu da motivação para expandir a capacidade clínica e problemas de remuneração.
Schaik et al., 2014 Pesquisa avaliativa Brasil ³⁷	Avaliar o acompanhamento por terapeutas ocupacionais com grupo de crianças com deficiência em um serviço de APS	A Terapia Ocupacional utiliza atividade lúdica como recurso para intervenção com crianças com deficiência, teve desfechos como redes de suporte entre pais, melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, maior número de crianças com deficiência utilizando o serviço e reflexão dos profissionais sobre o acesso desta população à APS.

A maioria dos artigos encontrados se referem ao acesso ou a acessibilidade das PcD. Primeiramente, se faz necessário conceituar esses dois termos: “acesso” e “acessibilidade”. Na literatura, há diferentes formas descritas em estudos científicos, já que ainda são campos de discussão que muitas vezes se esbarram com a prática e o saber. Pois bem, a acessibilidade vem sendo utilizada mais frequentemente e é entendida como o uso e permanência em ambientes, situações, para além das barreiras arquitetônicas ou físicas³⁸. Neste trabalho entende-se como acesso a possibilidade de uso de serviços do sistema de saúde.

As barreiras arquitetônicas, urbanísticas, nos transportes e nos equipamentos disponíveis são relatadas em diferentes estudos²⁰⁻³⁷, e para todos os ciclos de vida. E para além disso, muitos referem as barreiras atitudinais, que historicamente promovem a exclusão das PcD. Outro aspecto abordado e de extrema relevância são as estratégias de comunicação que devem ser utilizadas entre prestadores de cuidados e usuários²¹.

As dificuldades de acesso e de acessibilidade ocasionam a subutilização dos serviços de saúde²³. A prevenção secundária e terciária é alvo de precarização do

cuidado das PcD. Devido a todas as barreiras mencionadas, as PcD recebem menos cuidados preventivos^{23,24} e de enfermagem²⁵ e focalização apenas em queixas agudas²⁸.

As políticas devem garantir o acesso ao transporte para a escola, trabalho, professores capacitados e materiais adequados e adaptados¹.

O Quadro 9 se refere aos estudos que abordam a prestação de cuidados primários para PcD.

Quadro 9- Categorização dos artigos com base no eixo “Atenção integral à saúde à PcD”.

ARTIGO	OBJETIVOS	CONCEITOS DEFINIDOS
Ruiz-Pérez et al., 2018 Qualitativo, descritivo Espanha ³⁹	Compreender as experiências de mulheres com deficiência que são ou foram abusadas por seus parceiros e explorar os conhecimentos, pontos de vista e requisitos de treinamento da atenção primária profissionais.	Acesso avançado aos serviços para reabilitação de mulheres com deficiência que sofreram abuso necessita de treinamento dos profissionais da saúde para detectar, tratar e se comunicar com pessoas com deficiência e estabelecer uma rede de serviços envolvidos no cuidado. A abordagem sobre a violência contra mulheres com deficiência necessita de uma abordagem muito específica e ativa, pois enfrentam discriminação sexual e podem ser vítimas de abuso físico, psicológico e/ou sexual. Barreiras de comunicação dificultam a interação profissional e paciente. Dupla vulnerabilidade - ser mulher e ter uma deficiência aumenta o risco de sofrer abuso físico e sexual do parceiro. Essas mulheres necessitam de apoio para se desvincular do agressor. Profissionais devem se vincular à paciente, ter conhecimento, colaboração de outros equipamentos sociais, com elaboração de um plano de trabalho. O agressor é frequentemente presente durante as consultas, dificultando a abordagem sobre a violência para com a vítima.
Secor-Turner et al., 2017 Descritivo, métodos mistos Estados Unidos ⁴⁰	Descrever os desafios para a promoção de saúde sexual e reprodutiva para jovens com deficiência.	Adolescentes com deficiência com dificuldades de mobilidade enfrentam maiores desafios associados ao desenvolvimento sexual e à intimidade diante do uso de cadeira de rodas, incontinência urinária e fecal, espasticidade e/ou problemas neurológicos. adolescentes com deficiência física são frequentemente vistos como infantil e assexual. Mulheres com problemas de mobilidade geralmente retêm a fertilidade normal. Necessitam de informações sobre saúde sexual, incluindo informações básicas sobre sexo, controle de natalidade e doenças sexualmente transmissíveis. Muitos profissionais de saúde têm atitudes negativas, falta de habilidades ou conhecimento e falta de coordenação entre serviços de assistência. Jovens com deficiência física tem maior probabilidade de sofrer abuso sexual, portanto a vigilância sobre esses eventos é fundamental.
Durbin et al., 2016 Descritivo analítico, qualitativo Canadá ⁴¹	Descrever as dificuldades para atenção a indivíduos com deficiência intelectual e do desenvolvimento.	Comparado a outros adultos, aqueles com deficiência intelectual e de desenvolvimento têm mais problemas de saúde, mas são menos propensos a receber cuidados preventivos e a detecção precoce de doenças. Atenção primária sob modelo de atenção familiar ou clínicos gerais devem ser proativos para prevenção e gestão da saúde. O cuidado é, muitas vezes, reativo, respondendo a problemas levantados pelos pacientes. Atividades de prevenção (imunizações, detecção de câncer, detecção de doença tireóide, gastrointestinal, doenças psiquiátricas, detecção de outras condições, como problemas dentários ou da pele, por meio de exame físico.
Turcotte et al., 2015 Descritivo, análise de dados secundários Canadá ⁴²	Identificar intervenções de promoção e prevenção à saúde usadas com idosos com	A maioria das intervenções envolveu a otimização da independência em cuidados pessoais e mobilidade. As intervenções para promoção da saúde foram limitadas e incluíram a capacitação estilos de vida saudáveis, aumentando o conhecimento e a

	deficiência e explorar barreiras para integrar tais intervenções na prática.	capacitação em saúde. Atividades significativas (lazer, participação da comunidade) não foram direcionadas. As barreiras para integração da promoção da saúde eram as complexas condições de saúde dos pacientes, incompreensão do papel dos terapeutas ocupacionais.
Littman et al., 2012 Analítico, análise de dados secundários Estados Unidos ⁴³	Avaliar associações entre incapacidade e recebimento de medidas preventivas serviços em idosos.	Idosos com deficiência recebem vacinação contra influenza, vacinas pneumocócicas, aconselhamento sobre controle de peso, acesso à endoscopia gastrointestinal inferior acesso à mamografia, triagem de colesterol sérico, exame de sangue, teste de vírus da imunodeficiência humana e triagem de câncer cervical. Ter uma deficiência não parece ser uma barreira para receber cuidados preventivos apropriados.
Ursine et al., 2018 Descritivo qualitativo (etnometodológico) Brasil ⁴⁴	Analisar as percepções dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde da pessoa com deficiência que vive no campo.	Os resultados evidenciam que as políticas desenvolvimentistas e a inserção das políticas públicas estão incidindo sobre a saúde das populações do campo. O tema deficiência não surgiu espontaneamente durante as entrevistas. A deficiência física foi mais frequentemente abordada pelos trabalhadores, seguindo das deficiências auditiva e intelectual. A deficiência é percebida pelos trabalhadores com estranhamento. Vigilância sobre abuso dos pais ou do responsável mobiliza a equipe a intervir com o Conselho Tutelar no atendimento às pessoas em situação de risco, ofertando assistência com equipe multidisciplinar, e articulando os serviços de saúde para atender as necessidades dos usuários nas condições e tempo adequados.
Macêdo et al., 2018 Descritivo, transversal, quantitativo Brasil ⁴⁵	Verificar a percepção dos cirurgiões dentistas sobre o acesso e a resolubilidade dos serviços de saúde bucal.	Os entrevistados demonstram que realizam encaminhamento a um centro especializado de atenção odontológica caso seja de última necessidade, realizam visita domiciliar, orientação da higiene bucal, e alguns dentistas referem não atender PcD. Tem dificuldade de descrever os procedimentos que realizam na atenção à PcD pois muitos deles não são feitos. Referem a necessidade de alteração do currículo de formação para qualificar as ações voltadas a esse público.
Schamess et al., 2017 Analítico, análise de dados secundários Estados Unidos ⁴⁶	Avaliar se a inscrição de pacientes com incapacidade e múltiplas condições crônicas em um programa de atenção primária domiciliar está associada a uma diminuição subsequente nas visitas ao pronto-socorro e internações.	A atenção primária domiciliar foi proposta como uma maneira de melhorar o manejo da doença e prevenir crises de saúde, o que se associa à redução de hospitalização.
Morris et al., 2015 Observacional Estados Unidos ⁴⁷	Avaliar pacientes e seus médicos na definição de suas preferências por estratégias de comunicação centradas no paciente e avaliamos o uso das estratégias identificadas durante os encontros clínicos observados.	A comunicação durante os encontros clínicos pode ser um desafio para pacientes com deficiências de comunicação. Estratégias-chave para a comunicação incluíam uso de recursos visuais, escrever palavras-chave enquanto fala e o uso de gestos, considerando as especificidades individuais do paciente e da sua condição de deficiência, pactuando com o paciente segundo a sua preferência de comunicação.

Courtney-Long et al., 2017 Analítico, análise de dados secundários Estados Unidos ⁴⁸	Avaliar as características do prestador de cuidados primários e as barreiras percebidas e os fatores relacionados ao conhecimento de recomendar atividade física a pacientes adultos com deficiência	Adultos com deficiência são mais propensos a serem fisicamente inativos do que aqueles sem deficiência. Os prestadores de cuidados primários devem recomendar atividade física para pacientes com deficiência.
Lorenzo et al., 2015 Descritivo, qualitativo África do Sul ⁴⁹	Compreender as competências profissionais de trabalhadores comunitários para prestação de serviços inclusivos de deficiência nas áreas rurais.	Trabalhar de forma intersetorial e interdisciplinar, prestação de serviços em áreas remotas e rurais, baixo número de serviços nessas áreas; coordenação entre prestadores de serviços; capacitação de trabalhadores comunitários; gestão integrada das condições de saúde e deficiências com um forte foco familiar; identificação precoce e triagem de habilidades funcionais; educação do indivíduo e/ou da família sobre mobilidade, autocuidado, desenvolvimento da linguagem e comunicação, adesão à medicação, fabricação de dispositivos auxiliares, encaminhamentos.
Hernandez et al., 2015 Pesquisa avaliativa Estados Unidos ⁵⁰	Avaliar a prestação de cuidados em domicílio para PcD intelectual e de desenvolvimento	A casa médica centrada no paciente consiste em uma abordagem inovadora da atenção primária para atender às necessidades exclusivas de pacientes com deficiência intelectual e de desenvolvimento, que promove acesso aos serviços, continuidade do cuidado, gerenciamento da realidade local da população, planejamento e gerenciamento dos cuidados, proporciona o autocuidado e apoio comunitário e avaliação dos resultados das práticas de cuidado. Os assistentes sociais complementam o cuidado para abordar assuntos não médicos que contribuem para a saúde geral dos pacientes.
Myrhaug et al., 2016 Descritivo, qualitativo Noruega ⁵¹	Avaliar a experiência dos pais de pré-escolares com paralisia cerebral sobre serviços centrados na família da Noruega	Os dados referem baixa orientação familiar em serviços de APS e coordenação dos cuidados e a satisfação dos pais. O conhecimento dos profissionais da APS com relação ao cuidado da PcD apresenta-se menor do que em serviços especializados. Necessita-se de facilitadores e barreiras da partilha de informação e formas de fornecer esta informação nos serviços de APS. Houve altas pontuações para o cuidado respeitoso do paciente e da família
Liebel et al., 2012 Estudos de caso Estados Unidos ⁵²	Analisar os resultados da intervenção da enfermeira em visita domiciliar para prevenção da incapacidade.	A intervenção da enfermeira em visita domiciliar auxilia na prevenção da incapacidade e na redução ou atraso do agravamento da incapacidade. O cuidado prestado deve ser centrado no paciente, com equilíbrio entre as necessidades de cuidados agudos e crônicos dos pacientes, auxiliando na comunicação e na interdisciplinaridade como orientação para o cuidado. Possibilita também a vigilância sobre as barreiras associadas ao agravamento da incapacidade, como demência, depressão e doenças agudas recorrentes.
Huang et al., 2019 Descritivo analítico China ⁵³	Explorar os fatores associados à adesão aos medicamentos entre as pessoas com deficiência	A adesão aos medicamentos entre as pessoas com deficiência depende em muitos casos do suporte familiar e das estratégias promovidas pelos serviços de atenção primária à saúde.
Díaz Guzmán et al., 2017 Analítico, qualitativo Cuba ⁵⁴	Descrever a implementação do processo de reabilitação visual estendido para Atenção Primária à Saúde	A reabilitação visual permite que PcD visual se reintegre à sociedade, com a implementação desse processo na Atenção Primária à Saúde melhora-se o acesso à detecção de doenças oftalmológicas, aos serviços de outros níveis e realização de reabilitação visual no próprio serviço fornecendo auxiliares para baixa visão.

Gil et al., 2016 Transversal, descritivo, qualitativo Brasil ⁵⁵	Investigar as dificuldades de profissionais da saúde para a realização da consulta com a PcD	As dificuldades para prestação de atendimento à PcD são a má formação acerca do tema durante a graduação, frustração para o profissional, inacessibilidade aos ambientes e o despreparo, a falta de comunicação entre o paciente e o profissional obrigando a mediação de um cuidador, o que retira a autonomia do paciente, a falta de formação em LIBRAS e de materiais ilustrativos, vídeo-aulas, cartazes, peças anatômicas e brinquedos.
Liebel et al., 2012 Pesquisa avaliativa Estados Unidos ⁵⁶	Avaliar a associação da visita domiciliar por enfermeiro com a manutenção ou redução da incapacidade de PcD	As visitas domiciliares proporcionam vinculação entre o paciente e a equipe, com educação em saúde, gerenciamento de doenças, estabelecimento de metas e atividades de gerenciamento de medicamentos, o que corrobora com a manutenção ou melhoria da capacidade de execução das atividades da vida diária.

Alguns estudos refletem a dificuldade dos profissionais de saúde na APS para exercer o cuidado das PcD. Para além das próprias questões pessoais, muitas vezes eles não tiveram capacitação, ou não recebem apoio para educação permanente ou de serviços de referência. Como já abordado anteriormente, as barreiras atitudinais e de comunicação dificultam o processo de trabalho^{41,50,55}. As estratégias de comunicação devem ser pactuadas com o indivíduo, promovendo a inclusão dele no planejamento de seu cuidado^{47,52} com foco dos cuidados para apoio familiar⁵¹.

A abordagem sobre a violência contra a PcD ganha destaque diante da vulnerabilidade maior dessa população, ainda que o enfrentamento sobre a violência seja um desafio atual e em todos os setores da sociedade, ser mulher e ser deficiente, ou ser criança e ser deficiente etc, acarreta em um agravamento múltiplo do risco. A deficiência é frequentemente utilizada nestes casos como forma de controle, e um desafio para a detecção por parte dos profissionais está no fato de que muitas vezes a vítima vai ao serviço acompanhada pelo agressor³⁹.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes com deficiência foi objeto de análise no estudo de Secor-Turner et al.⁴⁰. Diante das condições físicas e psicossociais que esse indivíduo se encontra o desafio é gigante. Contudo, é uma população que, em grande parte, possui sua fertilidade preservada e almeja estar em condições de vida, se não iguais, equitativas. Portanto, necessitam de orientações para uma vida sexual saudável por meio do conhecimento do próprio corpo e de estratégias de adaptação, quando necessário.

Os idosos com deficiência necessitam de aprimoramento da capacidade funcional⁴² e recebimento de cuidados preventivos como vacinação para influenza, prevenção e assistência de síndromes metabólicas, acesso a exames especializados,

rastreamento de câncer, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis⁴³, atenção à saúde bucal⁵, promoção de atividade física⁴⁸, assistência domiciliar proativa e não somente sob solicitação dos cuidadores^{46,55}, reabilitação visual na APS⁵⁴ e vigilância e apoio para adesão aos medicamentos⁵³.

Por fim, outros aspectos abordados se referem às diferenças de cuidado para PcD que moram em áreas rurais^{44,49} que apesar de algumas vezes terem equipamentos acessíveis para atendimento, as condições arquitetônicas e geográficas dificultam a prestação de cuidados e o vínculo com o serviço.

DISCUSSÃO

Portanto, com base nos estudos avaliados, para além do cuidado com os agravos relacionados à deficiência, o indivíduo apresenta outras demandas, como cuidar de uma doença aguda não relacionada à deficiência. Tais necessidades de cuidado individual e/ou coletivo tendem a ser sobrepostas pelo enfoque exclusivo sobre a deficiência⁵⁷.

Vale apontar também que a deficiência é reconhecida como um fator que amplia a chance de ocorrência de outros agravos, como um risco quatro vezes maior de desenvolver diabetes, três vezes de suicídio, maior prevalência de sobrepeso e obesidade, duas ou quatro vezes maior propensão ao uso de álcool e outras drogas⁵⁷.

Pode-se concluir que o campo da prevenção da deficiência tem como foco principal a saúde da criança e do idoso segundo os estudos encontrados neste trabalho, como explicitado pelos eixos “Atenção à saúde da criança e materno infantil para prevenção da deficiência” e “Atenção à saúde da pessoa idosa para prevenção da deficiência”.

Obviamente, é fundamental incentivar o desenvolvimento da infância e a identificação precoce, além do diagnóstico oportuno da demência. Ainda que estejam mais presentes nos serviços, os profissionais de saúde não se sentem preparados para exercer esse papel.

Programas de intervenção precoce devem ser fortalecidos por meio de atividades de rotina dos serviços e diante de abordagens voltadas a cada grupo

específico. O mesmo ocorre para o paciente crônico, frágil e complexo, o qual tem tendência de utilizar os serviços e o sistema de saúde demasiadamente. Assim, para além das ações assistenciais gerais, a equipe deve promover o autocuidado e o autogerenciamento de suas doenças.

Os profissionais de enfermagem foram mencionados em vários estudos, o que demonstra a busca por novas perspectivas profissionais e valorização, mas também houve a citação de terapeutas ocupacionais, trabalhadores comunitários e assistentes sociais. Essa abordagem multiprofissional pode promover a mudança dos sistemas de saúde e conseqüentemente sua resolubilidade.

Pode-se dizer que os artigos avaliados não foram suficientes para atender às indagações iniciais, mas demonstram um panorama amplo e que merece ser destacado em investimentos de políticas públicas e estudos científicos. Diversas condições como lesão medular, doença de Parkinson, doenças autoimunes, entre outras, não foram mencionadas. É possível que se explique este dado em função do uso reduzido dos serviços de APS por esses indivíduos, mas também, pela baixa compreensão dos profissionais da equipe do conjunto tão abrangente de ações realizadas nestes serviços que possuem o enfoque de prevenção de deficiências congênitas ou adquiridas no período pós-natal, vida adulto ou no processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
2. Teixeira AM, Guimaraes L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2006 Mar;6(1):182-200.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD; 2012.
4. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 25 abr 2012.
5. Rodrigues LB, Santos Silva PC, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão

integrativa. *Cien Saude Colet.* 014;19(2):343-352.

6. Almeida MHM de, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS* 2017; 29(5):e20160225.

7. Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Health professional perceptions regarding screening tools for developmental surveillance for children in a multicultural part of Sydney, Australia. *BMC Fam Pract.* 2018 Apr;19(1):42.

8. Litt JS, McCormick MC. Care coordination, the family-centered medical home, and functional disability among children with special health care needs. *Acad Pediatr.* 2015 Mar-Apr;15(2):185-90.

9. Metzelthin SF, Rossum E, Witte LP, Ambergen AW, Sjoerd O Hobma SO, Sipers W, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;347:f5264.

10. Metzelthin SF, Daniels R, Rossum E, Cox K, Habets H, Witte LP, et al. A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: A large-scale process evaluation *International Journal of Nursing Studies.* 2013;50:1184–1196.

11. Bhasin S, Gill TM, Reuben DB, Latham NK, Gurwitz JH, Dykes P, et al. Strategies to Reduce Injuries and Develop Confidence in Elders (STRIDE): A Cluster-Randomized Pragmatic Trial of a Multifactorial Fall Injury Prevention Strategy: Design and Methods. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2018 Jul;73(8):1053-1061.

12. Fougère B, Oustric S, Delrieu J, Chicoulaa B, Escourrou E, Rolland Y, et al. Implementing Assessment of Cognitive Function and Frailty Into Primary Care: Data From Frailty and Alzheimer disease prevention into Primary care (FAP) Study Pilot. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 Jan;18(1):47-52.

13. Morgan GS, Haase AM, Campbell R, Ben-Shlomo Y. Physical ACTivity facilitation for Elders (PACE): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2015 Mar 13;16:91.

14. Metzelthin SF, van Rossum E, Hendriks MR, De Witte LP, Hobma SO, Sipers W, et al. Reducing disability in community-dwelling frail older people: cost-effectiveness study alongside a cluster randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2015 May;44(3):390-6.

15. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Vries OJ, Badia T, Pujo R. Multifactorial assessment and targeted intervention to reduce falls among the oldest-old: a

randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging* 2014;9:383–394.

16. Stijnen MM, Duimel-Peeters IG, Jansen MW, Vrijhoef HJ. Early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices--project [G]OLD: design of a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 2013 Jan 18;13:7.

17. Thorpe JM, Thorpe CT, Schulz R, Van Houtven CH, Schleiden L. Informal Caregiver Disability and Access to Preventive Care in Care Recipients. *Am J Prev Med*. 2015 Sep;49(3):370-9.

18. Mazza D, Brijnath B, Singh N, Kosny A, Ruseckaite R, Collie A. General practitioners and sickness certification for injury in Australia. *BMC Fam Pract*. 2015 Aug;16:100.

19. Schütze H1, Rix EF, Laws RA, Passey M, Fanaian M, Harris MF. How feasible are lifestyle modification programs for disease prevention in general practice? *Aust J Prim Health*. 2012;18(2):129-37.

20. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov;17(11):2991-3001.

21. Martins KP, Medeiros TA, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2018 Out;10(4):1150-1155.

22. Maragh-Bass AC, Griffin JM, Phelan S, Finney Rutten LJ, Morris MA. Healthcare provider perceptions of accessible exam tables in primary care: Implementation and benefits to patients with and without disabilities. *Disabil Health J*. 2018 Jan;11(1):155-160.

23. Figueiredo SV, Custódio LL, Silva AML, Oliveira RS, Figueiredo JV, Gomes ILV. Experiências de acesso à atenção primária de crianças e adolescentes com deficiências. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2017 dez;11(supl.12):5197-5206.

24. Stillman MD, Bertocci G, Smalley C, Williams S, Frost KL. Healthcare utilization and associated barriers experienced by wheelchair users: A pilot study. *Disabil Health J*. 2017;10(4):502-508.

25. Bussière C, Sicsic J, Pelletier-Fleury N. Simultaneous effect of disabling conditions on primary health care use through a capability approach. *Social Science & Medicine*. 2016 Abr;154:70-84.

26. Vergunst R, Swartz L, Mji G, MacLachlan M, Mannan H. 'You must carry your wheelchair'--barriers to accessing healthcare in a South African rural area. *Glob*

Health Action. 2015 Oct;8:29003.

27. Girondi JBR, Santos SMA, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2014;19(3):825-837.

28. Lopes MJM, Bohusch G. Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2014;28(1):224-236.

29. Pharr JR. Accommodations for patients with disabilities in primary care: a mixed methods study of practice administrators. *Glob J Health Sci.* 2013 Oct;6(1):23-32.

30. Mudrick NR, Breslin ML, Liang M, Yee S. Physical accessibility in primary health care settings: results from California on-site reviews. *Disabil Health J.* 2012 Jul;5(3):59-67.

31. Marques J, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Physical accessibility in primary healthcare: a step towards the embracement. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018;39:e2017-0009.

32. Morris MA, Maragh-Bass AC, Griffin JM, Finney Rutten LJ, Lagu T, Phelan S. Use of Accessible Examination Tables in the Primary Care Setting: A Survey of Physical Evaluations and Patient Attitudes. *J Gen Intern Med.* 2017 Dec;32(12):1342-1348.

33. Marrocco A, Krouse HJ. Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2017 May;29(5):282-293.

34. Tedesco JR, Junges JR. Desafios da prática do acolhimento de surdos na atenção primária. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Aug;29(8):1685-1689.

35. Smith G, Ouellette-Kuntz H, Green M. Comprehensive preventive care assessments for adults with intellectual and developmental disabilities: Part 1: How do we know if it is happening? *Can Fam Physician.* 2018 Apr;64(Suppl 2):S57-S62.

36. McMillan C, Lee J, Milligan J, Hillier LM, Bauman C. Physician perspectives on care of individuals with severe mobility impairments in primary care in Southwestern Ontario, Canada. *Health Soc Care Community.* 2016 Jul;24(4):463-72.

37. Schaik E, Souza C, Rocha E. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo.* 2014;25(3):233-241.

38. Souza CMA, Gitahy RRC. Acessibilidade das pessoas com deficiência física accessibility of physical disability. *Interfaces da Educ.* 2012;3(9):16-29.

39. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G, Escribà-Agüir V, Maroto-Navarro G. Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disabil Rehabil.* 2018 May;40(9):1059-1065.
40. Secor-Turner M, McMorris BJ, Scal P. Improving the Sexual Health of Young People With Mobility Impairments: Challenges and Recommendations. *J Pediatr Health Care.* 2017 Sep - Oct;31(5):578-587.
41. Durbin J, Selick A, Casson I, Green L, Spassiani N, Perry A, et al. Evaluating the Implementation of Health Checks for Adults With Intellectual and Developmental Disabilities in Primary Care: The Importance of Organizational Context. *Intellect Dev Disabil.* 2016 Apr;54(2):136-50.
42. Turcotte P, Carrier A, Desrosiers J, Levasseur M. Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Quebec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal.* 2015;62:56–67.
43. Littman AJ, Koepsell TD, Forsberg CW, Haselkorn JK, Boyko EJ. Preventive services in veterans in relation to disability. *J Rehabil Res Dev.* 2012;49(3):339-50.
44. Ursine BL, Pereira ÉL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface (Botucatu).* 2018 Mar;22(64):109-120.
45. Macêdo GL, Lucena EES, Lopes IKR, Batista LTO. Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica. *Rev. Ciênc. Plural [Internet].* 2018 jul;4(1):67-0.
46. Schamess A, Foraker R, Kretovics M, Barnes K, Beatty S, Bose-Brill S, et al. Reduced emergency room and hospital utilization in persons with multiple chronic conditions and disability receiving home-based primary care. *Disabil Health J.* 2017 Apr;10(2):326-333.
47. Morris MA, Clayman ML, Peters KJ, Leppin AL, LeBlanc A. Patient-centered communication strategies for patients with aphasia: discrepancies between what patients want and what physicians do. *Disabil Health J.* 2015 Apr;8(2):208-15.
48. Courtney-Long EA, Stevens AC, Carroll DD, Griffin-Blake S, Omura JD, Carlson SA. Primary Care Providers' Level of Preparedness for Recommending Physical Activity to Adults With Disabilities. *Prev Chronic Dis.* 2017 Nov;14:E114.
49. Lorenzo T, van Pletzen E, Booyens M. Determining the competences of community based workers for disability-inclusive development in rural areas of South Africa, Botswana and Malawi. *Rural Remote Health.* 2015 Apr-Jun;15(2):2919.
50. Hernandez B, Damiani M, Wang TA, Driscoll C, Dellabella P, LePera N, et al.

Patient-centered medical homes for patients with disabilities. *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2015;14(1):61-75.

51. Myrhaug HT, Jahnsen R, Østensjø S. Family-centred practices in the provision of interventions and services in primary health care: A survey of parents of preschool children with cerebral palsy. *J Child Health Care.* 2016 Mar;20(1):109-19.

52. Liebel DV1, Powers BA, Friedman B, Watson NM. Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. *J Adv Nurs.* 2012 Jan;68(1):80-93.

53. Huang J, Jiang Z, Zhang T, Wang L, Chu Y, Shen M, et al. Which Matters More for Medication Adherence Among Disabled People in Shanghai, China: Family Support or Primary Health Care? *Inquiry.* 2019 Jan-Dec;56:0046958019883175.

54. Díaz Guzmán EC, Rodríguez RM, Landín S, Concepción PJA, Rodríguez MS, Venereo RA. Experiencia de la Atención Primaria de Salud en el proceso de rehabilitación visual en la provincia de Santi Spíritus. *Rev Cubana Oftalmol [Internet].* 2017 Sep;30(3):1-11.

55. Gil FE, Andrade PM, Cavalcanti Costa GM, Sátiro XFI. Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Cienc. enferm. [Internet].* 2016 Sep; 22(3):107-116.

56. Liebel DV, Friedman B, Watson NM, Powers BA. Which components of a primary care affiliated home visiting nurse program are associated with disability maintenance/improvement? *Home Health Care Serv Q.* 2012;31(2):155-80.

57. Sharby N, Martire K, Iversen MD. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015;12:3301-3316.

5.2. ARTIGO 2 - Modelo Teórico-lógico sobre avaliação da atenção à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde

(Theoretical-Logical Model on Disability Care Assessment in Primary Health Care Services)

REVISTA: Revista Cadernos de Saúde Pública.

INFORMAÇÕES SOBRE A SUBMISSÃO: a submeter.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e possui atribuições como prevenção e identificação precoce de deficiências em todos os ciclos de vida, além de garantir uma atenção integral à saúde da Pessoa com Deficiência. Objetiva-se propor um modelo teórico-lógico de avaliação da atenção à deficiência em serviços de APS e identificar a correlação entre os domínios propostos e a confiabilidade do modelo. A partir da análise das políticas nacionais quanto as atribuições da APS em relação à deficiência, houve a proposta de uma matriz avaliativa com uso de variáveis selecionadas do questionário QualiAB de avaliação da APS. Foi elaborado um modelo de avaliação constituído pela dimensão “Atenção à Deficiência em serviços de APS”, compreendendo os domínios “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” (15 indicadores), “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” (24 indicadores), “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” (32 indicadores), “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” (32 indicadores) e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” (23 indicadores). A partir das frequências de respostas da aplicação do questionário em 2739 serviços de APS no Estado de São Paulo, foi possível verificar as correlações existentes entre os domínios avaliativos e entre eles e a dimensão pelo coeficiente de correlação de *Spearman* e o nível de confiabilidade das respostas pela estimação do alfa de *Cronbach*. A avaliação da consistência interna pelo alfa de *Cronbach* para a dimensão *Atenção à Deficiência em serviços de APS* foi de $\alpha = 0,956$, para o domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” de $\alpha = 0,687$, para “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” de $\alpha = 0,845$, “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” $\alpha = 0,872$, “Prevenção de Incapacidades relacionadas a condições crônicas” $\alpha = 0,919$ e por fim, “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador” obteve $\alpha = 0,916$. Foram constatadas correlações significantes positivas, intensas e moderadas entre a dimensão avaliativa e os domínios e entre eles, com exceção do domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”. A metodologia de avaliação proposta abrange a análise das condições da estrutura física, de recursos humanos e de processo de trabalho para a melhoria da qualidade da atenção à deficiência e consolidação da APS como ordenadora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde; Pessoas com Deficiência; Modelos Teóricos.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is part of the Care Network for People with Disabilities and has attributions such as prevention and early identification of disabilities in all life cycles, in addition to ensuring comprehensive health care for People with Disabilities. The objective is to propose a theoretical-logical model for assessing disability care in PHC services and to identify the correlation between the proposed domains and the model's reliability. Based on the analysis of national policies regarding PHC attributions in relation to disability, an evaluation matrix was proposed with the use of selected variables from the QualiAB PHC assessment questionnaire. An evaluation model was elaborated, consisting of the dimension “*Attention to Deficiency in PHC services*”, comprising the domains “Structure (Inputs and Human Resources)” (15 indicators), “Qualification of Attention to Prenatal Care” (24 indicators), “Qualification of Child Health Care” (32 indicators), “Prevention of disabilities related to chronic conditions” (32 indicators) and “Attention to People with Disabilities and Caregivers” (23 indicators). From the questionnaire response frequencies in 2739 PHC services in the State of São Paulo, it was possible to verify the correlations between the evaluative domains and between them and the dimension by the Spearman correlation coefficient and the level of reliability of the responses by estimating Cronbach's alpha. The assessment of internal consistency by Cronbach's alpha for the dimension *Attention to Deficiency in PHC services* was $\alpha = 0.956$, for the domain “Structure (Inputs and Human Resources)” of $\alpha = 0.687$, for “Qualification of Attention to Prenatal Care” of $\alpha = 0.845$, “Qualification of Child Health Care” $\alpha = 0.872$, “Prevention of Disabilities Related to Chronic Conditions” $\alpha = 0.919$ and finally, “Care for People with Disabilities and Caregivers” obtained $\alpha = 0.916$. Significant positive correlations were found between intense and moderate between the evaluative dimension and the domains and between them, with the exception of the “Structure (Inputs and Human Resources)” domain. The proposed evaluation methodology includes the analysis of the conditions of the physical structure, human resources and work process to improve the quality of care for the disabled and consolidation of PHC as the originator of Care Network for People with Disabilities.

Keywords: Health Evaluation; Primary Health Care; Health Services; Disabled Persons; Models, Theoretical.

INTRODUÇÃO

O monitoramento e a avaliação de serviços de saúde fomentam a análise da efetivação de políticas públicas e a tomada de decisão pelos gestores, que assim podem identificar as necessidades de reformulação do sistema de saúde, em busca de aprimoramento e maior resolubilidade¹. De tal modo, a definição de parâmetros e

indicadores de qualidade deve condizer à realidade dos serviços e das necessidades de saúde da população; sendo este um desafio dos gestores da saúde para efetivação do modelo assistencial proposto^{2,3}.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se em um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) - Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012⁴ - e deve desenvolver ações de prevenção primária, que antecedem a instauração de condições de deficiência; secundária, relativas à redução ou recuperação de comorbidades que podem resultar em deficiência e ao diagnóstico precoce; e terciária, com atenção integral às pessoas com deficiência, além de trabalhar em conjunto com os serviços especializados em ações de reabilitação^{4,5,6}.

Cabe dizer que a APS deve ser composta por ações para além do aspecto orgânico individual, incluindo as trocas sociais e a autonomia, as dimensões subjetivas em torno do fenômeno da deficiência e o contexto histórico-social onde emergem como questão coletiva⁷.

A Organização das Nações Unidas refere que 70% das deficiências poderiam ser evitadas, o que aponta que o diálogo sobre as práticas em saúde acerca da deficiência deve iniciar pelo escopo da prevenção em saúde^{8,9}. Segundo a Unicef, as principais causas de deficiência em crianças no Brasil são nutrição inadequada de mães e crianças, condições pré e perinatais, doenças infecciosas e acidentes^{4,10}.

Os objetivos propostos para a APS para atenção à deficiência em todos os ciclos de vida consistem em promover a prevenção da deficiência ao nascimento e/ou adquirida na infância, adolescência ou na vida adulta, estimular o envelhecimento saudável e proporcionar a redução das comorbidades associadas, manutenção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (PcD)^{4,5,10}. Para atender a essas expectativas, deve-se abranger um rol de ações na APS vinculada à uma rede de atenção “viva”¹¹, com a colaboração mútua entre todos os níveis de atenção à saúde^{4,5}.

Cabe dizer que, diante do exposto, o escopo de ações da APS é abrangente e potente para atender a esses objetivos. A garantia ao pré-natal de qualidade, à atenção à saúde da mulher e da criança, ao cuidado em condições crônicas, a ações intersetoriais, à promoção de mudança de estilo de vida, à vigilância em saúde do

trabalhador, entre outras, compõem um panorama complexo da atenção à deficiência, o que de forma sintética representa realizar a prevenção, a detecção precoce e a assistência à PcD no âmbito da APS.

A construção de uma proposta de modelo teórico-lógico para a avaliação da qualidade organizacional da atenção à deficiência na APS se inicia com a definição da teoria do programa. Segundo Shortell e Richardson¹², os programas se caracterizam como processos complexos de organização de práticas a partir de um objetivo específico, como por exemplo, formas de atenção para populações específicas, que envolvem uma rede de ações e serviços. O modelo teórico possui um caráter, como o próprio nome refere, de teoria sobre o programa, conceituando-o em sua complexidade, e o modelo lógico refere-se à identificação dos efeitos, ações e recursos esperados. Assim, tais modelos permitem sistematizar a racionalidade do conjunto das práticas¹³;

Para a construção de um modelo de avaliação com base na teoria do programa, se faz necessário agregar os saberes científicos e práticos, contendo os insumos, os componentes do programa e os resultados a curto e longo prazo¹⁴. Sendo assim, além de revisão da literatura científica na área, fez-se necessário a análise das normas e políticas vigentes, como a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência¹⁵, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁴, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência¹⁶, o Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens¹⁰, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas¹⁷, a Portaria Nº 304, de 2 de julho de 1992 sobre o funcionamento dos serviços de saúde para cuidado da PcD¹⁸ e a Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012⁵ que instituiu a RCPcD.

O presente trabalho tem por objetivos propor um modelo teórico-lógico de avaliação da atenção à deficiência em serviços de APS e identificar a correlação entre os domínios propostos e a confiabilidade do modelo.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa avaliativa, com uso de diferentes estratégias metodológicas - qualitativa, realizada por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental; e quali-quantitativa, na proposição do modelo, seleção de dados obtidos em inquérito transversal, análise descritiva e correlacional entre os domínios propostos no modelo. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho sob o Parecer nº 2.425.176 em 8 de dezembro de 2017.

Considerando a inexistência de instrumentos que avaliem as ações voltadas à prevenção, detecção e assistência às diferentes condições relativas à deficiência, a construção e aplicação de um modelo teórico-lógico de avaliação da atenção à deficiência na APS se deu a partir da revisão de literatura, de políticas e normas de atenção à saúde voltadas para a prevenção e assistência à deficiência em serviços públicos de saúde. Em seguida, optou-se por trabalhar com variáveis selecionadas de um questionário que avalia o conjunto das ações realizadas nos serviços de APS, o questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB¹⁹. Nesse sentido, os indicadores propostos tomaram por base as variáveis presentes neste instrumento, o que possibilitou testá-los a partir dos resultados do último inquérito realizado pelo QualiAB no Estado de São Paulo entre 2017 e 2018.

O questionário QualiAB aborda o conjunto de ações realizadas na APS por meio de questões predominantemente de processo e descrição da organização das ações realizadas nas unidades de APS¹⁹. O questionário completo pode ser acessado pelo site www.abasica.fmb.unesp.br.

O instrumento QualiAB inclui questões vinculadas à gestão municipal, gerência local e diferentes componentes da atenção à saúde na APS - ações de promoção, prevenção e educação em saúde, vigilância, e organização geral da assistência, para diferentes grupos, como mulheres, crianças e adolescentes, adultos e idosos. Tais componentes permitem variados recortes de análise a partir da eleição de subconjuntos de indicadores, como por exemplo, das ações dirigidas à saúde da criança utilizado por Sanine e colaboradores²⁰, ao gerenciamento dos serviços feito

por Nunes e colaboradores²¹, a atenção ao idoso utilizada por Ramos²² e saúde sexual e reprodutiva de Nasser e colaboradores²³.

A construção do modelo teórico-lógico orientou a seleção dos indicadores e a categorização dos mesmos nos domínios: “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”; “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”; “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”; “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas”; e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”. O conjunto dos domínios compõe a dimensão *Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde*.

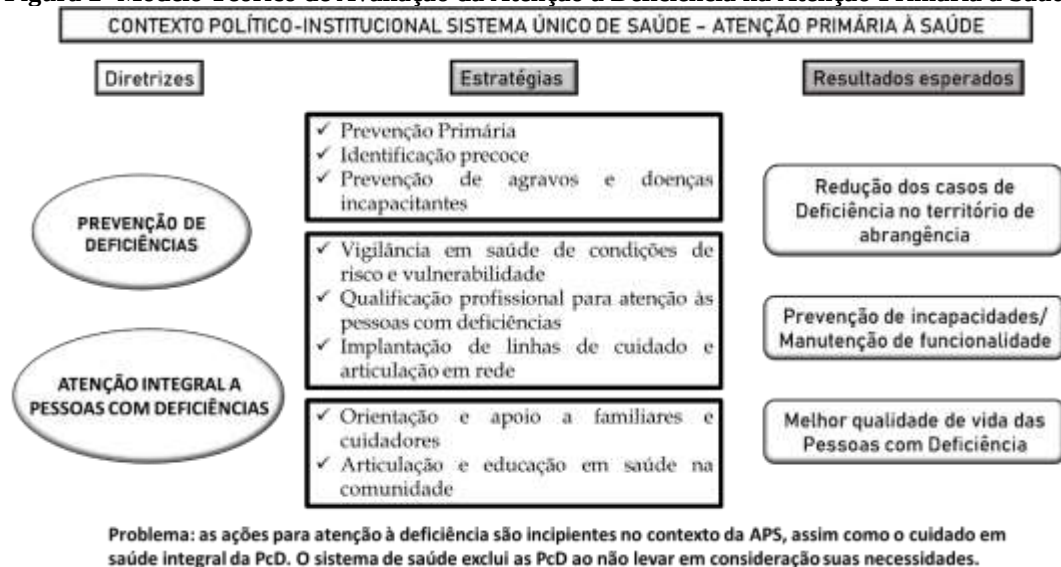
Para testar a consistência interna do modelo, os indicadores foram analisados a partir do banco de respostas do inquérito realizado pelo QualiAB em serviços públicos de APS no Estado de São Paulo entre 2017 e 2018. Foi feita a análise de correlação entre os domínios e entre os domínios e a dimensão, com uso do teste não-paramétrico de *Spearman*, adotando o nível de significância de 5%. Foi feita a análise do grau de confiabilidade das respostas por meio da estimação do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Os dados foram organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel® e analisados com auxílio do SPSS, versão 20.0®, para Windows.

RESULTADOS

O Modelo teórico-lógico proposto abrange um conjunto de diretrizes e valores que devem orientar as ações na APS relativas à deficiência, propondo uma linha de cuidado composta pela promoção e proteção da saúde de indivíduos para prevenção da deficiência congênita e/ou adquirida e a manutenção do seguimento da PcD no serviço de APS de modo integrado a uma rede de atenção à saúde. Apresenta-se na Figura 1 o Modelo Teórico, composto pelo contexto institucional, estratégias previstas e efeitos esperados.

Figura 2- Modelo Teórico de Avaliação da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde



Fonte: a autora.

O Modelo Lógico operacionaliza as ações na organização dos serviços para atender aos objetivos do programa, descrevendo o eixo, os componentes, atividades e os resultados obtidos a partir da execução do conjunto de ações preconizadas, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 3- Modelo Lógico da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde



Fonte: a autora.

Os componentes do modelo teórico e lógico (Figuras 1 e 2) permitiram a seleção de 126 variáveis do instrumento QualiAB e categorizá-las em cinco domínios avaliativos que, em conjunto, definem um modelo de avaliação da dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*.

O domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” é composto por 15 indicadores relacionados à estrutura geral necessária para o desenvolvimento de ações de prevenção de deficiências e de atenção adequada à PcD em serviços de APS, tais como, a disponibilidade de espaços para realização das atividades em grupo; para atenção integral à saúde, como consultório odontológico e salas para realização de atividades específicas; equipamentos para atenção a situações de urgência e emergência; disponibilidade de transporte e ambulância; acesso a sistemas de informação; acesso estrutural para o atendimento de PcD, como cadeira de rodas e banheiro adaptado; além da composição de profissionais da equipe mínima e de saúde bucal.

O domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” com 24 indicadores à prevenção de condições de deficiência e identificação precoce nas fases pré, peri e pós-natal, com a abordagem sobre os cuidados em saúde da gestante para prevenção da deficiência no feto e no recém-nascido durante o trabalho de parto. Devem abranger a infraestrutura e um conjunto de insumos necessários para oferta de exames e procedimentos, além da organização do processo de trabalho, assim como alimentar sistemas de registro de informações que possam qualificar a gestão, ofertar educação em saúde, regulação, promoção e vigilância à saúde da gestante, do feto e do recém-nascido.

O domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”, com 32 indicadores, consiste em diversas ações e procedimentos para qualificação da atenção à primeira infância e à puericultura, com indicadores que abrangem avaliação nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, imunização, prevenção de sífilis congênita, vigilância sobre condições de risco e vulnerabilidade (violência, trabalho infantil, entre outras), cuidado do recém-nascido, organização do sistema de saúde, proporcionando diagnóstico precoce, incluindo ações intersetoriais na comunidade.

A APS abrange um amplo conjunto de ações para a prevenção da deficiência adquirida após o nascimento, seja com relação à criança, mas também ao adulto e à pessoa idosa. Sendo assim, além da prevenção primária da deficiência, os serviços devem atuar para a prevenção secundária, sendo a incapacidade o desfecho a ser evitado. O domínio “Prevenção de Incapacidades relacionadas a condições crônicas” possui 32 indicadores relacionados à detecção de problemas de saúde em estágio inicial para diagnóstico oportuno e tratamento, como em casos de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes de trabalho, quadros de demência, acidentes, traumas e outros agravos de notificação compulsória. Para além do acesso à reabilitação, o serviço deve garantir a adesão do usuário e o controle de casos no território. Tais ações proporcionam o cuidado individual e coletivo, e podem ser executadas em conjunto com outros setores da sociedade.

Por último, o domínio “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador”, com 23 indicadores, compreende ações de prevenção (integrando o nível secundário e terciário), e as especificidades do cuidado às PcD. Para além de ações que promovam a proteção da saúde, a assistência específica ao indivíduo com deficiência em todos os ciclos da vida, a avaliação funcional e das comorbidades associadas integram um panorama mais específico sobre o tema. Medidas de identificação do uso abusivo de álcool e outras drogas estão contempladas diante do risco aumentado desse grupo populacional. O mesmo ocorre na abordagem sobre a violência, pois quando se trata dessa população a invisibilidade desse fenômeno é ainda maior.

A saúde do cuidador, em exercício diário de responsabilização sobre o outro, vivenciando muitas vezes situações de estresse que levam a agravos em sua saúde, deve ser objeto de cuidado por parte dos serviços, tanto em função da atenção a essas pessoas como pelas implicações na qualidade do cuidado que prestam às PcD. Nesse sentido, o domínio abrange as ações de proteção à saúde do cuidador também com vistas à qualificação do cuidado que realizam, sejam familiares ou cuidadores contratados.

A Tabela 5 apresenta a matriz avaliativa com os indicadores selecionados do instrumento QualiAB categorizados em domínios e sua fundamentação teórica, além

da frequência obtida de respostas positivas no inquérito aplicado entre 2017 e 2018 no estado de São Paulo.

Tabela 5- Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios e indicadores da Dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017/2018 em 2739 serviços de APS do Estado de São Paulo.

Indicadores	Frequência (%)	Objetivos (norma/critério)	Literatura
Domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”			
1. Acesso estrutural do serviço as pessoas com deficiências	77,0	Tornar os serviços acessíveis, por meio do cumprimento da	Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde ²⁴ . Procediment os ²⁵
2. Banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PcD)	67,6	normatização arquitetônica	
3. Sala de Curativo	89,5	Oferta de procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade	
4. Sala para realização de atividades educativas e grupos	51,3	Oferta de ações educativas para prevenção e promoção da saúde	
5. Consultório dentário e equipamento odontológico	77,8	Garantia de atendimento à saúde bucal	
6. Cadeira de rodas	92,7	Tornar os serviços acessíveis	
7. Equipamentos para atenção à urgência e emergência, como carrinho de emergência e cilindro de oxigênio	40,7	Estar apto em eventuais situações de emergência	
8. Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário	87,5		
9. Veículo para uso da Unidade	37,8	Recursos de Mobilidade das Equipes	
10. Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados	86,7	Promover qualidade no registro de dados feito nas unidades de saúde	
11. Presença de médico(a) de família ou clínico geral e enfermeiro(a) na equipe de saúde	85,4	Composição da equipe mínima da unidade de saúde	Fontana et al., 2016 ²⁶ A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde ²⁷ Política Nacional de Atenção Básica ²⁸
12. Presença de cirurgião-dentista na equipe de saúde	65,2		
13. Presença de auxiliar de cirurgião-dentista ou técnico de higiene dentária na equipe de saúde	63,7		
14. Presença de auxiliar de enfermagem OU Técnico de enfermagem na equipe de saúde	98,0		
15. Apoio técnico realizado por equipe NASF e/ou multiprofissional	69,0	Apoio e suporte dos NASF ou de equipe multiprofissional são essenciais para a educação permanente da equipe das unidades básicas	
Domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”			
1. Captação precoce para início do pré-natal	79,8		Cadernos de Atenção

2. Proporção média de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre	74,1	Diagnóstico precoce de alterações e condições de risco e vulnerabilidades	Básica, nº 32 ²⁹ ; Rede Cegonha ³⁰
3. Registro do Pré-natal em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal	92,1	Registro da história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar	
4. Frequência de consultas durante o pré-natal e no último mês de gestação	83,9	Programação em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal	
5. Identificação das gestantes de alto risco	93,6	Deteção e a intervenção precoce das situações de risco	
6. Encaminhamento de gestante de alto risco para serviço de referência e manutenção do acompanhamento na unidade básica de saúde	61,7		
7. Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos	37,5	Promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes	
8. Exames laboratoriais solicitados no primeiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal	10,8	Hemograma, urina 1 e urocultura, teste rápido de proteinúria, tipagem sanguínea, coombs indireto, sorologia rubéola, teste rápido sífilis ou sorologia, teste rápido HIV ou sorologia, sorologia toxoplasmose, glicemia de jejum, ultra-som	Atenção ao pré-natal de baixo risco ²⁹ ; Rede Cegonha ³⁰ ; Amaral Silva et al., 2017 ³¹ ; Ribeiro et al, 2014 ³² ; Nota técnica sobre o teste de proteinúria ³³
9. Exames laboratoriais solicitados no segundo e/ou terceiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências na que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal	3,0	Hemograma, urina 1 e urocultura, teste rápido de proteinúria, coombs indireto, teste rápido sífilis ou sorologia, teste rápido HIV ou sorologia, sorologia toxoplasmose, glicemia de jejum, bacterioscopia da secreção vaginal	; Abeyá et al., 2004 ³⁴
10. Realização de Eletrocardiograma na unidade	47,3	Oferta do exame para avaliação de risco cardiovascular	Rede Cegonha ³⁰
11. Aplicação da vacina dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)	77,3	Disponibilização de vacinas assegurando a profilaxia de agravos que possam levar a condições de deficiência	Calendário vacinal ³⁵
12. Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) na unidade	71,8	Tratamento preconizado para doenças de relevante impacto em saúde pública (como febre reumática e sífilis)	Recomendação do Ministério da Saúde ³⁶
13. Prevenção da transmissão vertical de sífilis	76,5	Redução da transmissão vertical da sífilis e da contínua alta incidência de casos	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais ³⁷
14. Prevenção da transmissão vertical de HIV	77,1	Redução da transmissão vertical do HIV e da contínua alta incidência de casos	
15. Tratamento da sífilis para a gestante e para o parceiro com penicilina benzatina na unidade básica de saúde	74,3	Prevenção da sífilis congênita	
16. Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento em caso sugestivo	83,9	Busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis	

de doenças sexualmente transmissíveis

17. Prevenção de anemia e de alterações no estado nutricional durante a gestação	75,4	Prevenção de efeitos deletérios ao binômio materno-fetal	Atenção ao pré-natal de baixo risco ²⁹ ; Rodrigues et al., 2010 ³⁸
18. Indicação de uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto durante a gestação	81,2	Prevenção de agravos que possam causar condições de deficiência no feto e/ou no recém-nascido	Atenção ao pré-natal de baixo risco ²⁹
19. Avaliação dos riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas durante a gestação	86,6		
20. Avaliação das condições de trabalho da gestante	58,4		
21. Avaliação de intercorrências do parto em atendimento de puerpério imediato	79,6		
22. Orientações sobre aleitamento e suplementação de ferro em atendimento de puerpério imediato	62,8		
23. Orientações à gestante sobre aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar	89,3		
24. Formação e/ou educação permanente dos profissionais da unidade básica de saúde sobre saúde da mulher realizada no último ano	71,7	Atualizações periódicas e capacitações, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas	

Domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”

1. Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos no puerpério imediato	87,1	Prevenção de agravos que possam causar condições de deficiência no recém-nascido	Manual técnico Pré-natal e Puerpério ³⁹ ; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança ⁴⁰
2. Orientações para o cuidado do recém-nascido (vacinação, exames, outros) no puerpério imediato	89,0		
3. Agendamento do primeiro atendimento do RN na unidade	70,3		
4. Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém-nascido	87,5		
5. Aplicação da vacina BCG	56,0	Disponibilização de vacinas assegurando a profilaxia de agravos que possam levar a condições de deficiência	Calendário Nacional de Vacinação 2019 ³⁵ , Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴ , Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e
6. Aplicação da vacina de Poliomielite/ vacina oral de pólio/VOP e vacina de Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP	76,6		
7. Aplicação da vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	78,4		
8. Aplicação da vacina DTP (Tríplice Bacteriana)	78,1		
9. Aplicação da vacina Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)	78,3		
10. Aplicação da vacina Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)	76,5		

11. Aplicação da vacina Meningocócica C	77,5		desvantagens ¹⁰ , Batista et al., 1996 ⁴¹ .
12. Aplicação da vacina Pneumocócica 10 valente	75,9		
13. Vacinação em instituições para crianças como escolas e creches	66,9		
14. Calendário programado de consultas às crianças de até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados	52,7	Planejamento da organização para atenção à saúde da criança	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança ⁴⁰
15. Grupo com mães/pais	20,2	Valorização de estratégias participativas	Política Nacional de Promoção da Saúde ⁴²
16. Avaliação do crescimento das crianças e desenvolvimento neuropsicomotor da criança	81,0	Prevenção de agravos que possam causar condições de deficiência	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴ ;
17. Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros) da criança	92,0		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança ⁴⁰
18. Identificação de distúrbios do desenvolvimento da criança (genéticos, biológicos, sócio familiares)	75,5		
19. Orientações para prevenção de acidentes domésticos para proteção da saúde da criança	57,2		
20. Avaliação de acuidade visual em instituições para crianças como escolas e creches	38,9		
21. Avaliação de acuidade auditiva em instituições para crianças como escolas e creches	16,3		
22. Orientação para estímulos neuropsicomotores em instituições para crianças como escolas e creches	13,8		Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais ³⁷
23. Ações para inclusão social e combate ao preconceito em instituições para crianças como escolas e creches	13,9		
24. Ações de prevenção de acidentes domésticos em instituições para crianças como escolas e creches	21,7		
25. Ausência de casos de sífilis congênita nos últimos três anos	47,4		
26. Uso de protocolo de atendimento para detecção de violência contra crianças e adolescentes	28,9		Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴ ;
27. Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas para detecção de violência contra crianças e adolescentes	76,7		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança ⁴⁰
28. Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes	34,5		

29. Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela	8,8	
30. Reuniões em parceria com CRAS sobre atenção à saúde da criança	39,1	Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade
31. Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)	55,0	
32. Formação e/ou educação permanente sobre Saúde da Criança realizada no último ano	55,0	Atualizações periódicas e capacitações, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas

Domínio “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas”

1. Curativo de úlceras agudas e crônicas	94,7	Prevenção secundária diante da exposição às condições	Procedimentos ²⁵
2. Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade em casos de doença ou agravamento de notificação compulsória	73,8	adversas que podem evitar a incapacidade, ou da redução da autonomia e da funcionalidade	Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde ⁴³
3. Registro dos pacientes de risco diferenciado com doenças crônicas não transmissíveis	43,7		Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil ⁴⁴
4. Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho	33,8		Saúde do trabalhador e da trabalhadora ⁴⁵
5. Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho.	44,2		Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde ⁴³
6. Realização de busca ativa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes a tratamento	68,8		Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil ⁴⁴
7. Exame de fundo de olho para pacientes com diabetes mellitus tipo II	63,3		Manual da hipertensão arterial e diabetes mellitus ⁴⁶
8. Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés para pacientes com diabetes mellitus tipo II	67,2		
9. Exame de fundo de olho para pacientes com hipertensão arterial	62,3		

10. Ações para a saúde do homem com enfoque no risco cardiovascular	65,1		Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem ⁴⁷
11. Avaliação da saúde mental do idoso (quadros depressivos, demências e outros)	69,0		Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento ⁴⁸
12. Avaliação da capacidade funcional do idoso (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)	51,1		
13. Ações para prevenção de quedas de idosos	64,0		
14. Incentivo e orientação de prática corporal e atividade física para idosos	72,2		
15. Investigação do suporte familiar e social de idosos	56,3		
16. Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa	41,5		
17. Diagnóstico de casos novos de hanseníase	52,7		Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família ⁴⁹
18. Acompanhamento de casos de hanseníase	34,3		
19. Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento	41,7		
20. Dispensação de medicamentos para Hanseníase	78,9		
21. Tratamento supervisionado na Unidade ou no domicílio para hanseníase	20,6		
22. Busca ativa de contatos intradomiciliares em casos de hanseníase	34,0		
23. Busca ativa de faltosos em tratamento para hanseníase	54,5		
24. Ações educativas na família e na comunidade sobre hanseníase	64,5		
25. Busca ativa em casos de doença ou agravamento de notificação compulsória com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	88,0		
26. Notificação compulsória de casos de hanseníase	69,3		
27. Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool	39,4		Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴
28. Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas	37,9		
29. Formação e/ou educação permanente sobre saúde mental realizada no último ano	48,8	Atualizações periódicas e capacitações, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴ ; Relatório sobre a prevalência de
30. Formação e/ou educação permanente sobre saúde do idoso realizada no último ano	40,9		
31. Capacitação da equipe sobre doença ou agravamento de notificação compulsória	63,2		

32. Capacitação da equipe para atenção aos casos de hanseníase	45,2		deficiências, incapacidades e desvantagens ¹⁰ ; Política Nacional de Promoção da Saúde ⁴²
--	------	--	---

Domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”			
1. Registro das ações domiciliares em prontuário com relação a pessoas acamadas	79,0	Promover qualidade no registro de dados feito nas unidades de saúde	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ⁴ ;
2. Diagnóstico e encaminhamento de pessoas com deficiência para outros níveis de atenção	80,2	Atenção integral a pessoas com deficiência e articulação com centros de reabilitação e outros serviços	Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde ⁵⁰ ;
3. Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros) para pessoas acamadas	84,2		Estatuto da Pessoa com Deficiência ¹
4. Troca de sonda vesical de demora	77,2		⁶ e a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência ⁵ ;
5. Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade de pessoas com deficiência	58,0		Guia prático do cuidador ⁵¹
6. Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional para pessoas com deficiência	51,2		
7. Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a) para pessoas com deficiência	69,2		
8. Assistência odontológica domiciliar para pessoas acamadas e Realização de atendimento odontológico para pacientes acamados	24,5		
9. Orientações de higiene bucal para pessoas acamadas	64,8		
10. Orientações quanto aos direitos sociais de pessoas com deficiência	45,9	Estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência	
11. Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas de pessoas com deficiência	33,4		
12. Ações para a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com deficiência	35,9	Atenção integral à saúde da pessoa com deficiência	
13. Vigilância e atenção em casos de violência de pessoas com deficiência	41,4	Estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência	
14. Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência contra pessoas com deficiência	35,8		
15. Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras) com relação a pessoas com deficiência	43,0	Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência	
16. Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros) sobre a atenção a pessoas acamadas	59,8		

17. Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas (estresse e outras)	39,2	Fornecer aos familiares e cuidadores todas as informações necessárias, e orientar sobre a rede de serviços disponíveis
18. Grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas	7,8	para o apoio e ações de colaboração mútua em todos os níveis de atenção à saúde
19. Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado	79,0	
20. Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência	52,2	
21. Orientação para os cuidadores de pessoas com deficiência	77,9	
22. Suporte técnico para as atividades dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas, se necessário	59,6	
23. Capacitação da equipe sobre atenção as pessoas com deficiência	36,5	Qualificação da atenção à pessoa com deficiência

A avaliação da consistência interna da matriz avaliativa pelo alfa de *Cronbach* para a dimensão *Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde* foi de $\alpha = 0,956$, para o domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” de $\alpha = 0,687$, para “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” de $\alpha = 0,845$, “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” $\alpha = 0,872$, “Prevenção de Incapacidades relacionadas a condições crônicas” $\alpha = 0,919$ e por fim, “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador” obteve $\alpha = 0,916$.

A análise de correlação entre os domínios e destes com relação à dimensão avaliativa da matriz avaliativa permite analisar se um domínio influencia positivamente ou não no resultado do outro e na dimensão geral. Conforme a Tabela 6, foram constatadas correlações significantes positivas de intensa magnitude entre os domínios “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”, “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” com a dimensão *Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde* e entre os domínios “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”.

A Tabela 6 demonstra que houve correlações significativas positivas e moderadas entre o domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” com a dimensão *Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde* e com os domínios “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”, “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”; entre o domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” com “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”; e o domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” apresentou correlação de fraca magnitude com todos os outros domínios avaliativos e também com a dimensão.

Tabela 6- Correlações entre a Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde e cinco domínios avaliativos em 2017/2018, 2739 serviços do Estado de São Paulo.

DOMÍNIO	Estrutura		Pré-natal		Saúde da Criança		Prevenção Incap.		Atenção PcD		Dimensão	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Estrutura	-	-	,349	<0,001	,375	<0,001	,302	<0,001	,326	<0,001	,497	<0,001
Pré-natal			-	-	,688	<0,001	,553	<0,001	,539	<0,001	,759	<0,001
Saúde da Criança					-	-	,588	<0,001	,585	<0,001	,817	<0,001
Prevenção Incap.							-	-	,818	<0,001	,887	<0,001
Atenção PcD									-	-	,875	<0,001
Dimensão											-	-

Legenda:

Estrutura: Domínio Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)

Pré-natal: Domínio Qualificação da Atenção ao Pré-natal

Saúde da Criança: Domínio Qualificação da Atenção à Saúde da Criança

Prevenção Incap.: Domínio Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas

Atenção PcD: Domínio Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador

Dimensão: Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde

DISCUSSÃO

Diante dos resultados apresentados, discute-se a seguir o desenvolvimento do modelo de avaliação de forma crítica e expondo a importância da avaliação da atenção à deficiência em serviços de APS para qualificação do sistema de saúde e consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Apesar do crescimento das políticas com relação à oferta de serviços e organização do sistema de saúde para atender às necessidades de saúde das PcD,

pode-se dizer que não há um programa bem definido e instaurado na APS que estabeleça o escopo de ações de prevenção à deficiência, as estratégias de detecção precoce e a manutenção do seguimento do indivíduo com a deficiência para proteção integral de sua saúde. Assim, não há protocolos entre os serviços de saúde da rede e não há um reconhecimento adequado ou suficiente sobre o tema como objeto de trabalho em saúde. O abismo entre as políticas preconizadas e sua aplicação na prática no cotidiano dos serviços, os direitos humanos, os fluxos de encaminhamentos e a não responsabilização sobre o cuidado do paciente podem gerar impactos sobre as condições de saúde do indivíduo e da família.

Entretanto, os documentos analisados permitiram enunciar uma “teoria do programa”, ou seja, um conjunto de diretrizes e valores que devem orientar as ações na APS relativas à deficiência e que foram sintetizados na modelagem proposta. A construção da teoria do programa precisa incorporar os insumos, componentes do programa, os resultados a curto e longo prazo¹⁴.

O modelo teórico apresentado pressupõe três resultados principais: a redução de casos de deficiência no território de abrangência do serviço de APS, a prevenção de incapacidade e manutenção da funcionalidade e melhor qualidade de vida das pessoas com deficiência. Para alcançar tais resultados são necessárias diversas estratégias, apontadas no modelo lógico, cujas ações mais diretamente pertinentes aos serviços de APS podem ser avaliadas por meio dos indicadores de qualidade selecionados (Tabela 5). Muitas das ações realizadas na APS não são valorizadas como medidas relacionadas à prevenção primária ou secundária de deficiências. Nesse sentido, a avaliação proposta pode induzir a um maior reconhecimento da APS como componente fundamental de uma rede de serviços que promova prevenção, promoção da saúde e assistência à deficiência.

Os principais resultados do modelo lógico são a proteção da saúde do indivíduo, seja criança, adulto, idoso ou a PcD. Para prestar atenção à deficiência foram definidos os domínios que buscam a prevenção da deficiência e a assistência à PcD. A atenção integral às PcD é interdependente da articulação em rede intersetorial e com a comunidade, assim, o protagonismo da APS ganha importância dado seu papel nas ações de prevenção e a incipiência de ações integradas voltadas para esse

grupo.

Os domínios avaliativos “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” e “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” possuem como objetivo central a prevenção da deficiência, atendendo a uma das diretrizes do modelo teórico proposto, por meio de programas de imunização, melhora no cuidado de saúde pré-natal, peri-natal e pós-natal e a identificação de gestantes e recém-nascidos de risco. A prevenção da deficiência acarreta em menores custos em saúde. A prevenção primária da deficiência consiste em um conjunto de ações que objetiva promover a melhoria na condição de vida da população por meio de políticas de saúde e sociais, promovendo a redução da incidência de novos casos. Envolve a prevenção universal em prol de toda a população ou a uma população de alto risco com esforços e medidas que impeçam a concepção de um indivíduo deficiente; dentre essas ações pode-se citar aconselhamento genético, programas de imunização, melhora no cuidado de saúde pré-natal, peri-natal e pós-natal^{41,52,53}. A atenção ao pré-natal e ao puerpério são áreas de dedicação tradicional nos serviços de APS, devido à proteção da saúde materno infantil.

A prevenção da deficiência secundária abordada diretamente no domínio “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” considera que já houve exposição às condições adversas que podem culminar em perda ou redução da capacidade funcional. O objetivo das práticas em saúde é de reduzir e/ou eliminar a duração ou a severidade dos seus efeitos, tratando-a de modo a minimizar o seu desenvolvimento, como em casos de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão), doenças de notificação compulsória, eventos traumáticos e lesões por meio de violência, acidentes de trabalho e de trânsito e queimaduras, que podem acarretar lesão medular, amputações e trauma cranioencefálico, doenças osteomusculares, autoimunes e infectocontagiosas^{4,52-56}.

As ações de vigilância e o registro de informações em saúde são ferramentas em saúde pública que oportunizam a prevenção e o cuidado. Destaca-se assim ações como registro de informações de vigilância à saúde, notificação de agravos, ações de educação em saúde, parceria com outros setores e convocação dos indivíduos considerados em situação de risco.

A atenção integral a pessoas com deficiência, enquanto diretriz do modelo teórico e abordada no domínio “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador”, abrange fundamentalmente a prevenção terciária, que consiste nos casos em que a condição de deficiência já está instalada e os investimentos são feitos para minimizar os agravos visando maior autonomia do indivíduo. O cuidado de uma condição crônica, neste caso, deve estar amparado pela reabilitação, intervenções cirúrgicas (se necessário) e promoção da inclusão social^{52,53}.

A deficiência adquirida na vida adulta produtiva consiste na perda de estrutura ou da função fisiológica, psicológica ou anatômica que acarreta em déficit funcional, exigindo adaptações em todas as nuances da vida do indivíduo, como uso de medicamentos, órteses, próteses, no modo como realiza suas atividades, entre outras⁵⁴. Vale apontar também que a deficiência é reconhecida como um fator que amplia a chance de ocorrência de outros agravos, como um risco quatro vezes maior de desenvolver diabetes, três vezes de suicídio, maior prevalência de sobrepeso e obesidade, duas ou quatro vezes maior propensão ao uso de álcool e outras drogas⁵⁷.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência¹⁶ e a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência⁵ definem e ratificam a relevância da prestação de cuidados à PcD em domicílio, garantindo a singularidade do cuidado, com enfoque na gradativa autonomia funcional para o autocuidado, exercendo ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde^{58,59}. Portanto, para a oferta do cuidado à PcD também são importantes indicadores de qualidade sobre as ações realizadas em domicílio e para o cuidador, o qual muitas vezes perde sua individualidade diante do evento da deficiência em um membro da família ou do domicílio⁶⁰.

Por último, aborda-se sobre o domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”, o qual possibilita a execução de todas as ações preconizadas anteriormente, e fundamentalmente quando se trata de PcD, diversos estudos referem a falta de estrutura dos serviços para atendimento desse grupo⁶¹. As barreiras arquitetônicas ainda são situações vivenciadas pelas PcD diante de edifícios

construídos e/ou não reformados com articulação do movimento social e as políticas de acessibilidade.

Cabe dizer que a proposta de modelo de avaliação apresentada pode e deve ser validada por diferentes estratégias e reaplicada, buscando atingir maior especificidade e capacidade de contribuir para a implementação de mudanças. Outros instrumentos de avaliação da APS poderiam ser selecionados para a realização desse trabalho. Contudo, a escolha do instrumento QualiAB se dá pelo fato de ser um instrumento disponível em um sistema online, o que possibilita sua aplicação em diversos contextos e períodos.

O processo de validação não foi realizado nesse trabalho, mas coloca-se como questão para pesquisas futuras. Para além disso, pode-se considerar como possíveis desdobramentos, a elaboração de um instrumento com maior especificidade, com indicadores sobre o tema que possam compreender não somente as ações que os serviços executam, mas também os resultados nas condições de vida e no sistema de saúde. A aplicação do modelo de avaliação e análise de variáveis independentes que se relacionam aos resultados do modelo teórico-lógico proposto neste trabalho são discutidos em outro artigo⁶².

O coeficiente de Alfa de *Cronbach* estimou a confiabilidade da consistência interna da dimensão avaliativa e dos domínios sobre a atenção à deficiência na APS. Todos os indicadores do questionário utilizam a mesma escala de medição (sistema binário), o coeficiente Alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens⁶³. Não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade a partir do valor deste coeficiente. Sendo assim, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha Alfa maior ou igual a 0,70. A análise da confiabilidade da dimensão *Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde* e dos domínios “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”, “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança”, “Prevenção de Incapacidades relacionadas a condições crônicas” e “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador” obtiveram coeficiente maior que 0,7 com exceção do domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”, o que demonstra a necessidade de aprimorar os indicadores de estrutura do modelo de avaliação. A análise de

correlação entre os domínios demonstra que cada domínio influencia de forma positiva o outro, ou seja, quanto maior a frequência de respostas em um domínio, o mesmo ocorre com outro, o que ocorre em menor intensidade apenas no domínio referente à estrutura. O mesmo ocorre quanto à análise de confiabilidade de resposta, menor para o domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”, e boa consistência interna para todos os outros domínios e para a dimensão avaliativa.

O modelo avaliativo aqui proposto e aplicado não esgota as possibilidades do tema sob investigação, mas seus resultados possibilitam informações de ações já presentes nos serviços de APS. O presente trabalho não realizou metodologias de validação do modelo proposto, o que aponta a necessidade de novos estudos. A modelagem não é uma prerrogativa para a realização da avaliação, mas fundamenta os valores normativos e éticos que embasam o julgamento realizado pelos indicadores, além de ser um exercício interessante quando se trata de objetos transversais e sem programas estruturados.

Por meio da avaliação em saúde, é possível monitorar as ações com vistas ao planejamento das ações em busca de efetivar as políticas já existentes, mas acima de tudo qualificar, de forma contínua, os serviços. Desta forma, promove-se a reestruturação do sistema de saúde para atender à demanda e a formação dos recursos humanos e do trabalho em equipe.

Os entraves na capacidade de resposta da APS às necessidades de saúde da população, relativos às dificuldades de expansão da cobertura, restrições orçamentárias e dificuldades em efetivar um novo modelo assistencial, colocam a avaliação e qualificação dos serviços em pauta, como forma de contribuir para definição de políticas e corroborar para a integração de práticas e saberes no trabalho em saúde, e no caso deste estudo, na prevenção, detecção e assistência à deficiência na APS.

REFERÊNCIAS

1. Valle AM. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. *Glob Health Action* 2016;9:29030.

2. Paim JA. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, organizadores. Epidemiologia e Saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-586.
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc. saúde coletiva. 2006 Sep;11(3):553-563.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 25 abr 2012.
6. Almeida MHM de, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. CoDAS 2017; 29(5):e20160225.
7. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface. 2009 Mar;13(28):177-188.
8. Organização Mundial da Saúde. Disability and Rehabilitation: Future, Trends and Challenges in Rehabilitation. Geneva: OMS; 2002.
9. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD; 2012.
10. Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens: Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde-OPS. Rio de Janeiro: MJ; 2004.
11. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. Saúde debate. 2018 Jun;42(117):455-467.
12. Shortell, SM; Richardson, WC. Health program evaluation. St Louis: Mosby, 1978.
13. Hartz, ZMA (Org.). Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
14. Medina, MG; Silva, GAP; Aquino, R; Hartz, ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz, ZMA; Silva, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora

FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

15. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas e dá outras providências. Diário Oficial da União 21 dez 1999 [acesso em 2 set 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.

16. Brasil. Lei Nº 13.146, De 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 6 jul. 2015 [acesso em 2 set 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm.

17. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União 25 ago 2009 [acesso em 2 set 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

18. Brasil. Portaria Nº 304, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro da 1992. Dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 21 dez 1992 [acesso em 2 set 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0304_02_07_1992.html

19. Castanheira, ERL. (organizador). Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: UNESP-FM; 2016.

20. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2018;34(6):e00094417.

21. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica 2018;42; e175.

22. Ramos NP. Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária. Botucatu. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho; 2018.

23. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RP, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. Rev Saúde Pública 2017;51:77.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de

saúde: saúde da família (Série A. Normais e Manuais Técnicos). 2. ed. Brasília, 2008. [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Procedimentos (Cadernos de Atenção Primária, n30). Brasília, 2011. [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad30.pdf.

26. Fontana KC; Lacerda JTde; Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde debate. 2016 Sep;40(110):64-80.

27. Brasil. Ministério da Saúde. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, 2010 [acesso 14 dez 2016] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília, 2013 [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; 2011. [acesso em 13 jan 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

31. Silva Amanda L. da, Amaral Augusto R. do, Oliveira Daniela S. de, Martins Lisiane, Silva Mariana R. e, Silva Jean Carl. Desfechos neonatais de acordo com diferentes terapêuticas do diabetes mellitus gestacional. J. Pediatr 2017 Feb;93(1):87-93.

32. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2014 Jan;19(1):215-226.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica sobre a realização do teste rápido de proteinúria nos exames de pré-natal: Rede Cegonha. Brasília, 2013. [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_proteinura_examenes_prenatal.pdf.

34. Abeyá R, SÁ RAMde, Silva EPda, Netto HC, Bornia RG, Amim Jr. J. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência

humana. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2004 Dec;4(4):385-390.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, 2014. [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>.

36. Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 19 fev 2018] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

38. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010 June;32(2):53-56.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

41. Batista CG, Enumo SRF. Prevenção em Saúde: prevenção de deficiências. In: Nunes LROP (org.). Prevenção e intervenção em educação especial. Rio de Janeiro: ANPEPP/UERJ; 1996. p1-11.

42. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015. [acesso em 14 dez 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

44. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento

das DCNT no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acesso em 6 jan 2017]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora (Cadernos da Atenção Básica). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

52. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Saberes e práticas da inclusão: avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais. 2. Ed. Brasília: MEC; 2006.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

54. Teixeira AM, Guimaraes L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. Rev. Mal-Estar Subj. 2006 Mar;6(1):182-200.

55. Santos S, Pequeno AAS, Galvão CRC, Pessoa ALS, Almeida ES, Pereira J C, et al. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. *Ciê & Saúde Col* 2014;19(2):559-568.
56. Schwartzman JS, Lederman VRG. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inc.Soc.* 2017 Jan/Jun;10(2):17-27.
57. Sharby N, Martire K, Iversen MD. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015;12:3301-3316.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
59. Machado WCA, Pereira JS, Scholler SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto contexto - enferm.* 2018;27(3);e4480016.
60. Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* 2010 Jan/Abr;21(1):41-50.
61. Martins KP, Costa TFda, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciê & Saúde Col.* 2016;21(10):3153-3160.
62. Zarili TFT, Castanheira ERL. Prevenção, detecção e assistência à deficiência na Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo. Proposta de artigo.
63. Martins TB, Mejias NA. Adaptação transcultural e validação do instrumento nurse parent support tool para a língua portuguesa. *Online Braz J Nurs.* 2011;10(2):1-10.

5.3. ARTIGO 3 - Prevenção, detecção e assistência à deficiência na Atenção Primária à Saúde do Estado de São Paulo

REVISTA: Revista de Saúde Pública.

INFORMAÇÕES SOBRE A SUBMISSÃO: a submeter.

RESUMO

Objetivos: Avaliar o desempenho de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do Estado de São Paulo para prevenção, detecção e assistência à deficiência congênita e adquirida em todos os ciclos de vida. **Métodos:** Pesquisa avaliativa que utiliza indicadores da qualidade organizacional selecionados do instrumento de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica, o QualiAB, no Estado de São Paulo. Os 126 indicadores, referem-se a uma dimensão avaliativa denominada *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*, dividida em cinco domínios: “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” (15 indicadores), “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” (24 indicadores), “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” (32 indicadores), “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” (32 indicadores), “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” (23 indicadores). Foi respondido por 2739 serviços de saúde em 514 municípios do estado. A avaliação se deu pela medida de desempenho, com a soma de respostas positivas (valor 1) a cada indicador e foram estimadas as associações entre os escores de cada domínio e variáveis independentes sobre planejamento, avaliação em saúde e rede de apoio, por meio de regressão linear múltipla. **Resultados:** O percentual de desempenho para a dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* foi 60,0%, “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” de 72,7%, “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” de 68,7%, “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” de 56,1%, “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” de 55,8% e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” de 53,7%. Houve associação significativa com variáveis relacionadas ao tipo de serviço e de participação em avaliações de serviços. **Conclusões:** Cabe à APS, de modo integrado à rede de atenção à saúde, desenvolver ações de prevenção primária, que antecedem a instauração de condições de deficiência; secundárias, relativas à redução ou recuperação de comorbidades que podem resultar em deficiência; diagnóstico precoce; e atenção integral às pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde, Pessoas com Deficiência.

INTRODUÇÃO

O cuidado ofertado a Pessoas com Deficiência (PcD) empreende a integração de políticas transeitoriais de atenção à saúde com ações comunitárias que permeiem a

atenção realizada no cotidiano das práticas dos serviços de saúde (1,2). Em busca de assegurar o princípio da equidade, políticas públicas específicas para populações em situação de risco e vulnerabilidade almejam garantir a universalidade do acesso e a igualdade de direitos. O sistema de saúde deve abranger a proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, bem como a promoção da saúde (3).

O conceito de incapacidade caracteriza-se como uma restrição para execução de uma atividade diante de algumas condições, dentre elas a deficiência, com redução efetiva e acentuada das capacidades da integração social, com necessidade de adaptações para desempenho de função ou atividade a ser exercida (4). A deficiência física, mental ou sensorial repercute de forma negativa no desenvolvimento neuropsicomotor do indivíduo. Contudo, sabe-se que 70 a 80% das condições de deficiência podem ser evitadas ou minimizadas (5).

No Brasil, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 e possui a APS como eixo organizador da rede de atenção, a qual deve desenvolver ações de prevenção, promoção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta, atenção integral à PcD e proporcionar acesso aos serviços de nível secundário e terciário, para promoção da autonomia (5-8).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2002, define que o sistema de saúde deve reconhecer as necessidades das pessoas com deficiência, com vistas à prevenção de agravos, proteção e reabilitação dessa população (7). Conforme o artigo 13 da Portaria nº 793 (6), a APS na RCPcD realiza ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção, conforme explicitado no trecho abaixo:

- I - Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;
- II - Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;
- III - Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;
- IV - Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- V - Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com

deficiência;

VI - Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

VII - Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;

X - Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência (6).

Redirecionando essa temática para o escopo das pesquisas voltadas para o campo da gestão e avaliação de serviços, quer-se investigar como as diferentes condições reconhecidas como deficiência vem sendo abordadas pelos serviços de APS. Interroga-se se há, de fato, uma organização de estruturas e processos que reconhecem as especificidades do cuidado a essa população e as estratégias de prevenção e diagnóstico necessárias a uma atenção integral, nos limites da APS e a partir desse nível de atenção para um trabalho integrado em rede.

Não há instrumentos de avaliação de serviços de APS específicos que abrangem ações de prevenção, detecção e assistência a condições de deficiência na APS. A literatura demonstra que há maior diversidade de artigos científicos que apresentam estudos de casos sobre práticas exercidas em serviços locais ou regionais (8). Contudo, o campo da avaliação da APS dispõe de diversos instrumentos aplicados e validados que possibilitam avançar nessa temática. Nesse sentido, a utilização de uma matriz avaliativa construída a partir do questionário QualiAB (9) é realizada nesse estudo com base na formulação de um modelo avaliativo proposto por Zarili e Castanheira (10) com uso de indicadores de qualidade organizacional dos serviços de APS.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consiste em avaliar o desempenho de serviços de APS do Estado de São Paulo para prevenção, detecção e assistência à deficiência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa transversal. Utilizou dados obtidos pela aplicação do Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) (9) entre 2017 e 2018 no Estado de São Paulo, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

O instrumento QualiAB foi elaborado em 2007 e possui uma versão atualizada e revisada em 2016, a qual foi utilizada neste estudo. O questionário possui enfoque na organização do processo de trabalho da APS, ou seja, do conjunto de ações realizadas pelos serviços de APS, incluindo questões vinculadas à gestão municipal e gerência local e diferentes componentes da atenção à saúde na APS. O questionário é respondido pelos gerentes dos serviços em um sistema *online* por adesão voluntária (9,10,12).

Conforme modelo de avaliação da atenção à deficiência construído por Zarili e Castanheira (10), houve a seleção de 126 variáveis do QualiAB que foram categorizadas como indicadores para composição da dimensão avaliativa *Atenção à deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*, os quais são distribuídos em cinco domínios de análise: 1- “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” (15 indicadores), refere-se as condições estruturais, de insumos e de recursos humanos que possibilitem a garantia de acesso e acessibilidade aos serviços de APS nas ações de prevenção, detecção e assistência à deficiência; 2- “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” (24 indicadores), o qual consiste às ações estratégicas de prevenção da deficiência durante a gestação e no puerpério; 3- “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” (32 indicadores), que aborda sobre a prevenção da deficiência na puericultura; 4- “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” (32 indicadores), que integra um conjunto de condições e agravos de saúde que podem acarretar em incapacidade; 5- “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” (23 indicadores), com enfoque na atenção integral à PcD.

Os indicadores são mensurados por meio de um sistema binário, em que “1” corresponde à resposta afirmativa para a ação preconizada. Para cada indicador há a soma de serviços que responderam positivamente. As frequências obtidas das

respostas aos indicadores que compõem cada domínio são somadas e o valor obtido teve como denominador o número total de indicadores que compõem o domínio, calculando a porcentagem atingida, respeitando o número de serviços que participaram. O mesmo procedimento é feito para o conjunto de domínios para obter o escore referente à dimensão. A lista de indicadores por domínio é apresentada no Quadro 10.

Quadro 10- Indicadores do QualiAB por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde.

INDICADORES POR DOMÍNIO	
Domínio Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)	
1. Acesso estrutural do serviço as pessoas com deficiências 2. Banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PcD) 3. Sala de Curativo 4. Sala para realização de atividades educativas e grupos 5. Consultório dentário e equipamento odontológico 6. Cadeira de rodas 7. Equipamentos para atenção à urgência e emergência, como carrinho de emergência e cilindro de oxigênio 8. Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário 9. Veículo para uso da Unidade 10. Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados 11. Presença de médico(a) de família ou clínico geral e enfermeiro(a) na equipe de saúde 12. Presença de cirurgião-dentista na equipe de saúde 13. Presença de auxiliar de cirurgião-dentista ou técnico de higiene dentária na equipe de saúde 14. Presença de auxiliar de enfermagem ou Técnico de enfermagem na equipe de saúde 15. Apoio técnico realizado por equipe NASF e/ou multiprofissional	
Qualificação da Atenção ao Pré-natal	
1. Captação precoce para início do pré-natal 2. Proporção média de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre 3. Registro do Pré-natal em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal 4. Frequência de consultas durante o pré-natal e no último mês de gestação 5. Identificação das gestantes de alto risco 6. Encaminhamento de gestante de alto risco para serviço de referência e manutenção do acompanhamento na unidade básica de saúde 7. Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos 8. Exames laboratoriais solicitados no primeiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal 9. Exames laboratoriais solicitados no segundo e/ou terceiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências na que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal 10. Realização de Eletrocardiograma na unidade 11. Aplicação da vacina dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular) 12. Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil) na unidade 13. Prevenção da transmissão vertical de sífilis	

14. Prevenção da transmissão vertical de HIV
15. Tratamento da sífilis para a gestante e para o parceiro com penicilina benzatina na unidade básica de saúde
16. Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis
17. Prevenção de anemia e de alterações no estado nutricional durante a gestação
18. Indicação de uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto durante a gestação
19. Avaliação dos riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas durante a gestação
20. Avaliação das condições de trabalho da gestante
21. Avaliação de intercorrências do parto em atendimento de puerpério imediato
22. Orientações sobre aleitamento e suplementação de ferro em atendimento de puerpério imediato
23. Orientações à gestante sobre aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
24. Formação e/ou educação permanente dos profissionais da unidade básica de saúde sobre saúde da mulher realizada no último ano

Domínio Qualificação da Atenção à Saúde da Criança

1. Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos no puerpério imediato
2. Orientações para o cuidado do recém-nascido (vacinação, exames, outros) no puerpério imediato
3. Agendamento do primeiro atendimento do RN na unidade
4. Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém-nascido
5. Aplicação da vacina BCG
6. Aplicação da vacina de Poliomielite/ vacina oral de pólio/VOP e vacina de Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
7. Aplicação da vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)
8. Aplicação da vacina DTP (Tríplice Bacteriana)
9. Aplicação da vacina Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
10. Aplicação da vacina Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
11. Aplicação da vacina Meningocócica C
12. Aplicação da vacina Pneumocócica 10 valente
13. Vacinação em instituições para crianças como escolas e creches
14. Calendário programado de consultas às crianças de até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
15. Grupo com mães/pais
16. Avaliação do crescimento das crianças e desenvolvimento neuropsicomotor da criança
17. Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros) da criança
18. Identificação de distúrbios do desenvolvimento da criança (genéticos, biológicos, sócio familiares)
19. Orientações para prevenção de acidentes domésticos para proteção da saúde da criança
20. Avaliação de acuidade visual em instituições para crianças como escolas e creches
21. Avaliação de acuidade auditiva em instituições para crianças como escolas e creches
22. Orientação para estímulos neuropsicomotores em instituições para crianças como escolas e creches
23. Ações para inclusão social e combate ao preconceito em instituições para crianças como escolas e creches
24. Ações de prevenção de acidentes domésticos em instituições para crianças como escolas e creches
25. Ausência de casos de sífilis congênita nos últimos três anos
26. Uso de protocolo de atendimento para detecção de violência contra crianças e adolescentes
27. Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas para detecção de violência contra crianças e adolescentes
28. Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes

29. Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
30. Reuniões em parceria com CRAS sobre atenção à saúde da criança
31. Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
32. Formação e/ou educação permanente sobre Saúde da Criança realizada no último ano
Domínio Prevenção de Incapacidades Relacionadas a Condições Crônicas
1. Curativo de úlceras agudas e crônicas
2. Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade em casos de doença ou agravamento de notificação compulsória
3. Registro dos pacientes de risco diferenciado com doenças crônicas não transmissíveis
4. Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
5. Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
6. Realização de busca ativa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes a tratamento
7. Exame de fundo de olho para pacientes com diabetes mellitus tipo II
8. Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés para pacientes com diabetes mellitus tipo II
9. Exame de fundo de olho para pacientes com hipertensão arterial
10. Ações para a saúde do homem com enfoque no risco cardiovascular
11. Avaliação da saúde mental do idoso (quadros depressivos, demências e outros)
12. Avaliação da capacidade funcional do idoso (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
13. Ações para prevenção de quedas de idosos
14. Incentivo e orientação de prática corporal e atividade física para idosos
15. Investigação do suporte familiar e social de idosos
16. Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
17. Diagnóstico de casos novos de hanseníase
18. Acompanhamento de casos de hanseníase
19. Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
20. Dispensação de medicamentos para Hanseníase
21. Tratamento supervisionado na unidade ou no domicílio para hanseníase
22. Busca ativa de contatos intradomiciliares em casos de hanseníase
23. Busca ativa de faltosos em tratamento para hanseníase
24. Ações educativas na família e na comunidade sobre hanseníase
25. Busca ativa em casos de doença ou agravamento de notificação compulsória com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
26. Notificação compulsória de casos de hanseníase
27. Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool
28. Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
29. Formação e/ou educação permanente sobre saúde mental realizada no último ano
30. Formação e/ou educação permanente sobre saúde do idoso realizada no último ano
31. Capacitação da equipe sobre doença ou agravamento de notificação compulsória
32. Capacitação da equipe para atenção aos casos de hanseníase
Domínio Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador
1. Registro das ações domiciliares em prontuário com relação a pessoas acamadas
2. Diagnóstico e encaminhamento de pessoas com deficiência para outros níveis de atenção
3. Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros) para pessoas acamadas
4. Troca de sonda vesical de demora
5. Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade de pessoas com deficiência
6. Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional para pessoas com deficiência
7. Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a) para pessoas com deficiência

8. Assistência odontológica domiciliar para pessoas acamadas e Realização de atendimento odontológico para pacientes acamados
9. Orientações de higiene bucal para pessoas acamadas
10. Orientações quanto aos direitos sociais de pessoas com deficiência
11. Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas de pessoas com deficiência
12. Ações para a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com deficiência
13. Vigilância e atenção em casos de violência de pessoas com deficiência
14. Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência contra pessoas com deficiência
15. Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras) com relação a pessoas com deficiência
16. Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros) sobre a atenção a pessoas acamadas
17. Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas (estresse e outras)
18. Grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas
19. Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado
20. Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
21. Orientação para os cuidadores de pessoas com deficiência
22. Suporte técnico para as atividades dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas, se necessário
23. Capacitação da equipe sobre atenção as pessoas com deficiência

Fonte: questionário QualiAB 2016 (9).

O domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” é composto por indicadores sobre as condições de acesso estrutural da PcD aos serviços de APS, a disponibilidade de espaços para realização das atividades coletivas, para atenção à saúde bucal, de equipamentos para atenção à urgência e emergência, de acesso à ambulância e a veículo e a sistemas de informação, além da composição de equipe mínima e de saúde bucal.

O domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” refere-se às ações estratégicas de prevenção de deficiência no feto durante a gestação e no recém-nascido durante o trabalho de parto.

O domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” consiste em diversas ações e procedimentos para qualificação da atenção à primeira infância e à puericultura, proporcionando diagnóstico precoce a deficiência.

O domínio “Prevenção de Incapacidades relacionadas a condições crônicas” corresponde à prevenção à deficiência enquanto condição secundária a um problema de saúde, oportunizando o tratamento, como em casos de doenças crônicas não

transmissíveis, acidentes de trabalho, quadros de demência, acidentes, traumas e outros agravos de notificação compulsória.

O domínio “Atenção à Pessoa com deficiência e ao Cuidador” refere-se a ações de prevenção terciária e atenção integral à saúde da PcD, ainda que com o enfoque sobre o fenômeno da deficiência.

A análise estatística dos dados foi realizada no pacote IBM SPSS v. 20.0. A cada domínio foi atribuído um escore final equivalente a soma de respostas aos indicadores. Em seguida foi testada a associação entre os resultados obtidos para os cinco domínios e para a dimensão com as respostas relacionadas às características do serviço, ao planejamento e avaliação em saúde e à rede apoio, conforme informações obtidas nas respostas ao instrumento QualiAB. Foram ajustados modelos de regressões lineares múltiplas. A descrição das variáveis independentes é apresentada no quadro 11.

Quadro 11- Variáveis independentes relacionadas a ações de planejamento e avaliação em saúde dos serviços, segundo indicadores do QualiAB.

CRITÉRIOS	VARIÁVEIS INDEPENDENTES
Caracterização dos serviços	- Tipo de unidade por autotclassificação - Localização geográfica da unidade
Planejamento	- Reuniões de equipe da Unidade com frequência semanal ou quinzenal - Discussão de casos durante as reuniões de equipe E Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos) durante as reuniões de equipe - Planejamento das ações com base em dados assistenciais da Unidade Básica de Saúde - Planejamento das ações com base em dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde e do município - Planejamento das ações por meio de estudo sobre a realidade de saúde local realizado nos últimos três anos por meio de dados dos programas, perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados), cadastro das famílias ou estudos na comunidade - Planejamento local participativo com base nas discussões com o conjunto dos profissionais do serviço e com os usuários - Avaliação e organização do processo de trabalho durante as reuniões de equipe - Realização de atualizações técnicas durante as reuniões de equipe - Capacitação de médicos por meio de educação permanente - Capacitação da equipe de enfermagem por meio de educação permanente - Capacitação da equipe de saúde bucal por meio de educação permanente
Avaliação	- Participação em avaliações nos últimos três anos - A avaliação do serviço possibilitou relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde - A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de um plano anual de trabalho definido pela gestão municipal - A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais

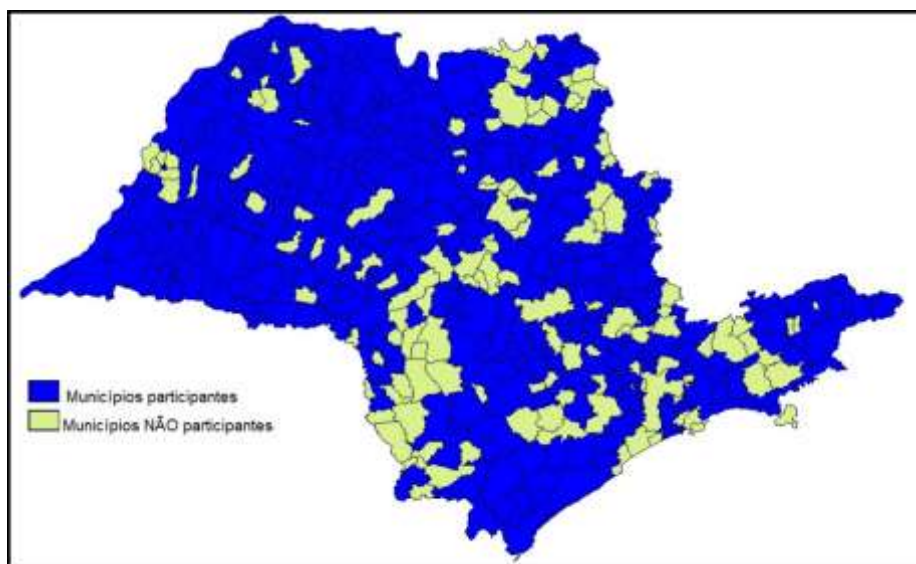
	- A avaliação do serviço possibilitou a reorganização das estratégias de gerenciamento local
Rede de apoio	- Apoio matricial por equipe por Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) ou multiprofissional - CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) ou CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social) - CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente - Serviços de referência em IST, aids e hepatites virais - Ambulatórios de especialidades ou AME (Ambulatório Médico de Especialidades) - CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) - CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador) - ONG (Organização Não Governamental) ou Ações comunitárias ligadas grupos religiosos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), por meio do parecer n.º 2.425.176 em 8 de dezembro de 2017.

RESULTADOS

Entre os 645 municípios do Estado de São Paulo, 514 municípios participaram da aplicação do QualiAB em 2017 e 2018. A Figura 3 apresenta o mapa da cobertura, correspondente a 79,7% do total de municípios.

Figura 4- Mapa da cobertura da aplicação do Sistema QualiAB no estado de São Paulo em 2017 e 2018



Fonte: a autora.

A maioria dos municípios participantes é de pequeno porte (43,3%) com menos de 10 mil habitantes. 18,9% possuem entre 10 e 20 mil, 26,2% entre 20 e 100 mil, 10,2% entre 100 e 500 mil e apenas 1,4% possuem mais que 500 mil habitantes, conforme dados extraídos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (13).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) havia, em 2017, 4.296 serviços de APS cadastrados no estado, excluindo os serviços de APS do município de São Paulo, o qual não participou da pesquisa. Do total de serviços, houve resposta de 2739, correspondendo à 63,8%. Em 374 municípios houve cobertura de 100% das unidades.

Com relação ao tipo de serviço, considerando a auto declarado em resposta ao instrumento QualiAB, obtivemos 45,7% (1251) de Unidades de Saúde da Família (USF), 22,7% (622) Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais” (equipes compostas por médicos de diferentes especialidades, sem agentes comunitários), 28,8% (788) UBS “tradicional” com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou com equipe de Saúde da Família integradas à unidade de Pronto Atendimento, e 2,8% (78) postos avançados ou outros arranjos organizacionais. Com relação ao período de funcionamento do serviço, mais de 70% de todos os serviços referem funcionar durante o período diurno (manhã e tarde).

Com relação aos gerentes dos serviços, 75,2% (2061) possuíam a formação em Enfermagem, 0,8% (23) em Medicina, 1,6% (45) em Odontologia, 1,2% (32) em Assistência Social e 11,7% (320) em outras categorias profissionais. A filiação institucional das unidades participantes caracterizou-se por ser 93,0% (2548) de gestão municipal, 4,8% (132) vinculadas a Organizações Sociais ou Fundações, e 2,1 (59) por outras instâncias.

O desempenho dos serviços para a dimensão avaliativa *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* é apresentado na tabela 7, segundo escore obtido para os cinco domínios e para a dimensão.

Tabela 7- Desempenho dos serviços de APS do estado de São Paulo na Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde e nos cinco domínios avaliativos, QualiAB 2017/2018

Domínio	Nº de indicadores	Média	Mediana	DP	Mín	Máx
Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)	15	72,7	73,3	±17,9	13,3	100,0
Qualificação da Atenção ao Pré-natal	24	68,7	75,0	±18,9	0,0	100,0
Qualificação da Atenção à Saúde da Criança	32	56,1	59,4	±19,3	0,0	100,0
Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas	32	55,8	59,4	±25,0	0,0	100,0
Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador	23	53,7	52,2	±26,8	0,0	100,0
Dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde	126	60,0	60,3	±17,7	2,4	98,4

DP: desvio padrão; Mín: valor mínimo; Máx: valor máximo.

O desempenho do conjunto de serviços que participaram do inquérito pelo QualiAB foi de 60,0% na dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*, sendo que o pior percentual foi de 2,4% e o melhor 98,4%.

Em relação ao domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”, com desempenho médio de 72,7%, 77,0% referem que possuem acesso estrutural as PcD e 67,6% banheiro adaptado, 89,5% sala de curativo e 51,3% sala para realização de atividades coletivas. 77,8 possuem consultório dentário e equipamento odontológico. Quanto a insumos, 92,7% tem cadeira de rodas e apenas 40,7% possuem equipamentos para atenção à urgência/emergência (carrinho de emergência e cilindro de oxigênio). Há acesso à ambulância para transporte de pacientes em 87,5%, veículo de transporte em apenas 37,8% e acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados em 86,7%.

Com relação aos profissionais que atuam no serviço, os serviços referem possuir: em 85,4% médico(a) clínico geral ou de saúde da família e enfermeiro(a); em 98,0% auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, em 65,2% cirurgião-dentista, em 63,7% auxiliar de cirurgião-dentista ou técnico de higiene dentária e apoio técnico equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e/ou multiprofissional em 69,0%.

O domínio “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” obteve um desempenho médio de 68,7% com relação ao esperado. Os indicadores a seguir referem-se à

qualidade da assistência ofertada ao pré-natal: captação precoce, no qual o primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez em 79,8% e 40,5% dos serviços referem que 80% ou mais de gestantes iniciam o Pré-Natal no 1º trimestre, realizam registro em prontuário, no Cartão da Gestante e Ficha Perinatal em 92,1%, 83,9% referem programarem a frequência de 6 consultas ou mais durante o pré-natal e semanais no último mês de gestação. 93,6%, realizam identificação das gestantes de alto risco e 61,7% encaminham para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade básica de saúde.

Com relação aos procedimentos preconizados durante o Pré-Natal, apenas 10,8% solicitam exames laboratoriais no primeiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal, como hemograma, urina 1 e urocultura, teste rápido de proteinúria, tipagem sanguínea, coombs indireto, sorologia rubéola, teste rápido sífilis ou sorologia, teste rápido HIV ou sorologia, sorologia toxoplasmose, glicemia de jejum e ultra-som. Já no segundo e/ou terceiro trimestre da gestação, apenas 3,0% solicitam os exames preconizados para o período, como hemograma, urina 1 e urocultura, teste rápido de proteinúria, coombs indireto, teste rápido sífilis ou sorologia, teste rápido HIV ou sorologia, sorologia toxoplasmose, glicemia de jejum, bacterioscopia da secreção vaginal. 47,3% realizam Eletrocardiograma, 77,3% aplicam a vacina dTpa para difteria, tétano e pertussis acelular 71,8% aplicam penicilina benzatina, sendo que 74,3% ofertam tratamento da sífilis para a gestante e seu parceiro. Assim, 76,5 referem realizar prevenção da transmissão vertical de sífilis e 77,1 prevenção da transmissão vertical de HIV. Ainda sobre esse assunto, 83,9% referem que realizam orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis.

A prevenção de anemia e de alterações no estado nutricional durante a gestação é realizada em 75,4%, prescrição do uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto em 81,2%, orientação quanto aos riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas durante a gestação em 86,6%, avaliação das condições de trabalho da gestante em apenas 58,4%, avaliação do histórico e

investigação de intercorrências do parto durante o atendimento do puerpério imediato em 79,6%, orientações sobre aleitamento e suplementação de ferro em atendimento de puerpério imediato em 62,8% e orientações à gestante sobre aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar em 89,3%. Por fim, a participação da equipe em estratégias de formação ou educação permanente sobre saúde da mulher é referida por 71,7%.

O domínio “Qualificação da Atenção à Primeira Infância” composto por um conjunto de indicadores que abordam ações de proteção à saúde infantil, obteve um desempenho médio de 56,1%. Com relação ao puerpério imediato, 87,1%, realizam avaliação das condições de nascimento do recém-nascido e orientações sobre cuidados básicos, 89,0% orientações para o cuidado do recém-nascido (vacinação, exames, outros), o primeiro atendimento de um recém-nascido na unidade é agendado por agente comunitário de saúde em visita domiciliar ou pela maternidade, na alta, pós-parto ou na última consulta de pré-natal ou por enfermeiro ou médico em 70,3%, orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém-nascido em 87,5%.

Com relação à vacinação, a aplicação da BCG é realizada em 56,0% dos serviços, para poliomielite por 76,6, de Pentavalente (DTP + Hib + HB) em 78,4%, de DTP (Tríplice Bacteriana) em 78,1%, de Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR) em 78,3%, Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora) em 76,5%, Meningocócica C em 77,5% e para Pneumocócica 10 valente em 75,9%. A oferta de vacinação em instituições e creches é realizada em 66,9%.

O calendário programado de consultas da criança até os 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados é realizado em 52,7% dos serviços. O serviço realiza grupo de mães e pais em apenas 20,2%. Como medidas de prevenção da deficiência, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em 81,0%, alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros) em 92,0%, identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares) em 75,5%, orientações para prevenção de acidentes domésticos em 21,7 e em escolas e creches 57,2%, avaliação de acuidade visual em 38,9%, avaliação de acuidade auditiva em 16,3%, orientação para estímulos neuropsicomotor em 13,8%,

ações para inclusão social e combate ao preconceito em 13,9%, 47,4% referem que não tiveram casos de sífilis congênita nos últimos três anos. Com relação às outras ações que promovem a proteção da saúde da criança e a prevenção da deficiência adquirida pós-natal, uso de protocolo de atendimento para detecção de violência contra crianças e adolescentes em 28,9%, identificação de sintomas, queixas físicas e/ou psicológicas para detecção de violência em 76,7%, sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos de violência em 34,5%, vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) em 8,8%. As equipes referem que realizam reuniões em parceria com CRAS sobre atenção à saúde da criança em 39,1% e encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros) em 55,0%. E por fim, realizam formação e educação permanente sobre atenção à saúde da criança em 55,0%.

O domínio “Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas” obteve um desempenho médio de apenas 55,8%. Com relação às ações realizadas no serviço, os quais contribuem para o cuidado individual são feitos curativo de úlceras agudas e crônicas em 94,7%, Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade em casos de doença ou agravamento de notificação compulsória em 73,8%, registro dos pacientes de risco diferenciado com doenças crônicas não transmissíveis em 43,7%, orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho em 33,8%, notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho em 44,2% e realização de busca ativa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes a tratamento em 68,8%.

O Diabetes, a Hipertensão e a Hanseníase são fatores de risco para condições de saúde limitantes. Assim, valoriza-se ações de rotina para o cuidado dessas doenças. Com relação ao diabetes mellitus tipo II: controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés para pacientes com diabetes mellitus tipo II é realizado em 78,9% e o exame de fundo de olho em 41,7%. O exame de fundo de olho para pacientes com hipertensão arterial é feito apenas 20,6%. As ações para a saúde do homem com enfoque no risco cardiovascular em 64,5%.

Com relação à pessoa idosa, que possui maior vulnerabilidade e necessita da oferta de cuidado voltada às suas necessidades, a avaliação da saúde mental do idoso

é feita por 69,0% e da capacidade funcional de idosos para realização de Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais em 51,1%. São programadas ações para prevenção de quedas de idosos em 64,0%, incentivo e orientação de prática corporal e atividade física para idosos 72,2% e orientações sobre os direitos sociais em 41,5%.

Quanto à atenção à hanseníase: diagnóstico de casos novos em 63,3%, acompanhamento dos casos em 62,3%, controle do número de casos em 52,7%, dispensação de medicamentos em 34,0%, tratamento supervisionado na unidade e no domicílio em 34,3%, Notificação compulsória em 69,3%, busca ativa de contatos intradomiciliares em 67,2% e de faltosos em tratamento em 65,1% e por fim, ações educativas na família e na comunidade sobre esta temática em 54,5%.

Para as ações de vigilância, realiza-se busca ativa em casos de doença ou agravo de notificação compulsória com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente em 88,0%, investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool 39,4% e ao uso abusivo de drogas em 37,9%.

A participação da equipe no último ano em atividades de formação e educação permanente sobre saúde mental foi de 48,8%, sobre saúde do idoso de 40,9%, sobre doença ou agravo de notificação compulsória de 63,2%, atenção aos casos de hanseníase de 45,2%.

O domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao cuidador” obteve um desempenho médio de 53,7%, os serviços referem realizar registro em prontuário de ações domiciliares para pessoas acamadas em 79,4%, procedimentos domiciliares em 84,6%, troca de sonda vesical de demora realizada por 77,2%, diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção em 80,2%, assistência odontológica, quando é possível realizar na própria unidade em 58,0%, assistência odontológica domiciliar e realização de atendimento odontológico para pacientes acamados em 24,5%, orientações de higiene bucal em 64,8%, visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional em 51,2%, visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a) em 69,2%, orientações quanto aos direitos sociais em 45,9%, vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas em 33,4%, ações para a saúde sexual e reprodutiva em 35,9%, vigilância e atenção em casos de violência em 41,4%, detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência em

35,8%, articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras) em 43,0%, discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros) em 59,8%.

Com relação aos cuidadores, os serviços referem que fazem avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (estresse e outras) em 39,2%, grupo de apoio em 7,8%, ações para os cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado em 79,0% e sobre prevenção e identificação de situações de violência em 52,2%, orientação para os cuidadores em 77,9%, suporte técnico, se necessário em 59,6%.

Realiza-se capacitação da equipe sobre atenção à PcD em 36,5% serviços de APS apenas.

A tabela 8 traz os resultados dos modelos de regressões lineares múltiplas para os escores dos domínios e da dimensão por variáveis sobre planejamento, avaliação em saúde e rede de apoio que obtiveram significância estatística.

Tabela 8- Resultados das regressões lineares múltiplas para os escores dos cinco domínios e da dimensão por variáveis sobre tipologia do serviço, planejamento, avaliação e rede apoio com $p < 0,05$, QualiAB 2017/2018

Variável independente	Estrutura		Pré-natal		Saúde da criança		Prev. Incapac.		Atenção PcD		Dimensão	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
USF	62,09	0,00	60,13	0,00	45,20	0,00	41,59	0,00	47,32	0,00	49,81	0,00
UBS	-1,61	0,07	-3,73	0,00	-4,80	0,00	-	0,00	-	0,00	-	0,00
MISTA	4,46	0,00	0,42	0,61	0,50	0,54	16,45	0,00	23,38	0,00	10,36	0,00
Outro tipo de serviço	-1,80	0,37	-9,29	0,00	-7,34	0,00	-3,06	0,00	-2,85	0,01	-0,44	0,50
Localização rural	-	0,00	-0,77	0,54	0,34	0,78	-7,44	0,00	-	0,00	-7,71	0,00
Localização urbana (Central)	14,62	0,00	0,20	0,79	1,14	0,13	11,58	0,00	-0,21	0,89	-1,46	0,14
Planejamento das ações por meio de estudo sobre a realidade de saúde local realizado nos últimos três anos, de dados dos programas, perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados), cadastro das famílias ou estudos na comunidade	1,74	0,02	0,20	0,79	1,14	0,13	3,05	0,00	-2,88	0,00	0,81	0,19
Médicos - educação permanente	0,71	0,40	1,46	0,10	1,84	0,04	1,43	0,16	1,11	0,33	1,38	0,05
Capacitação da equipe em saúde bucal por meio de educação permanente	-1,00	0,26	-1,44	0,12	-1,48	0,10	-1,48	0,16	-1,97	0,10	-1,49	0,04
CRAS ou CREAS como rede de apoio	-3,61	0,04	0,21	0,91	0,19	0,92	-1,88	0,37	-3,82	0,10	-1,56	0,28
Ambulatório de especialidades como rede de apoio	2,59	0,00	2,04	0,02	2,29	0,01	2,65	0,01	0,43	0,70	2,04	0,00
	-0,54	0,48	-2,40	0,00	-2,50	0,00	-1,36	0,14	-1,93	0,06	-1,82	0,00

Apoio matricial por equipe NASF ou multiprofissional	4,73	0,00	2,44	0,02	2,92	0,00	4,06	0,00	3,50	0,01	3,47	0,00
Participação em processos de avaliação do serviço	1,64	0,03	2,64	0,00	3,64	0,00	3,45	0,00	4,00	0,00	3,19	0,00
A avaliação do serviço possibilitou relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde	0,93	0,23	2,43	0,00	3,89	0,00	6,25	0,00	5,52	0,00	4,08	0,00
A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de um plano anual de trabalho definido pela gestão municipal	3,86	0,00	5,67	0,00	5,96	0,00	11,22	0,00	10,12	0,00	7,66	0,00
A avaliação do serviço possibilitou a elaboração de planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais	3,02	0,00	2,42	0,00	4,62	0,00	7,13	0,00	8,70	0,00	5,33	0,00

Legenda:

Estrutura: Domínio Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)

Pré-natal: Domínio Qualificação da Atenção ao Pré-natal

Saúde da Criança: Domínio Qualificação da Atenção à Saúde da Criança

Prev. Incapac.: Domínio Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas

Atenção PcD: Domínio Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador

Dimensão: Dimensão Atenção à Deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde

Na análise das variáveis independentes que demonstraram relação com o escore com $p < 0,05$, ser USF foi a principal fator de proteção para o aumento do escore para todos os domínios e para a dimensão avaliada, com maiores valores de relação positiva. Outras variáveis também se associam de forma positiva a dimensão de avaliação e todos os domínios: ter NASF ou equipe multiprofissional como rede de apoio, ter participado de processos de avaliação do serviço, e ter como desdobramento da avaliação a elaboração de um plano anual de trabalho definido pela gestão municipal e a reorganização da assistência. Nenhuma variável estudada teve relação negativa para todos os aspectos avaliados.

No domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)”, para além das variáveis acima, ser unidade mista, ter localização urbana e central e ter o CRAS ou o CREAS como rede de apoio tiveram associação positiva com o escore. Ser localizado em área rural e ter capacitação da equipe de saúde bucal influenciaram negativamente no resultado do domínio.

Para “Qualificação da Atenção ao Pré-natal”, as variáveis que também obtiveram relação positiva foram ter o CRAS ou o CREAS e ter como desdobramento da avaliação o relatório de problemas identificados no serviço para o nível central de gestão. A relação negativa se deu quando se tratar de UBS ou arranjo organizacional

do serviço diferente de saúde da família, unidades tradicionais ou UBS com postos avançados e a presença na rede de apoio de ambulatório de especialidades.

O domínio “Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” possui relação positiva também com as seguintes variáveis independentes: planejamento das ações por meio de estudos realizados nos últimos três anos, dados dos programas, perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados), cadastro das famílias ou estudos na comunidade; ter CRAS ou o CREAS como rede de apoio e ter como desdobramento da avaliação o relatório de problemas identificados no serviço para o nível central de gestão. Já a influência negativa se dá por ser UBS, outro arranjo organizacional do serviço e ter ambulatório de especialidades como rede de apoio.

Para “Prevenção de incapacidades relacionadas às condições crônicas”, houve relação positiva, para além do citado, a localização urbana central, ter CRAS e CREAS, o relatório de problemas identificados no serviço para o nível central de gestão como desdobramento de avaliação do serviço. Ser UBS, ser unidade mista ou outro tipo de serviço obtiveram relação negativa.

O último domínio “Atenção a à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” obteve relação positiva com outro tipo de serviço e o relatório de problemas identificados no serviço para o nível central de gestão a partir de processo avaliativo, além do já abordado. Já negativamente: ser UBS ou unidade mista e ter localização urbana central.

Por fim, para além das variáveis que se associaram a todos os domínios e à dimensão, houve associação positiva no escore da dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* se apresentar como rede de apoio de CRAS e CREAS e relatório de problemas identificados no serviço para o nível central de gestão. Ser UBS ou outro tipo de serviço de APS diferente do abordado no instrumento, educação permanente para médicos, ambulatório de especialidades na rede de apoio foram as variáveis que obtiveram valor de beta negativo.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa avaliativa demonstram que os serviços de APS avaliados possuem limitações para atenção integral à deficiência, e enquanto componente de uma RCPcD, há fragilidades que os gestores devem buscar superar para promover o fortalecimento e consolidação das políticas e diretrizes já implantadas.

O recebimento do diagnóstico da deficiência impacta a família, havendo uma alteração na dinâmica familiar. Dependendo do tipo de deficiência, os indivíduos utilizam estratégias diferenciadas para interagirem com a sociedade para seu desenvolvimento pessoal.

Apesar da inespecificidade do instrumento QualiAB sobre a temática, o modelo avaliativo demonstrou ser uma boa estratégia de diagnóstico das práticas desenvolvidas nos serviços de APS sobre o objeto “deficiência”, contemplando diferentes temas dentro da prevenção, promoção e assistência à saúde.

O desempenho da dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* de 60,0%, se aproxima do desempenho de seus domínios. Contudo, os valores mínimos e máximos e desvio padrão obtidos pelos serviços demonstram grande disparidade. Portanto, há serviços que estão melhor estruturados e com organização do processo de trabalho mais eficaz para atender a essa demanda, enquanto outros estão muito distantes do preconizado. Há a possibilidade de tal fato se explicar porque quando se trata de deficiência, o senso comum é de que sejam feitos o diagnóstico inicial e o encaminhamento para nível secundário e terciário, sem manutenção do seguimento na unidade básica de saúde. Contudo, essa análise não explica porque as ações de prevenção da deficiência ao nascimento e adquirida ainda estão tão incipientes, já que a atenção ao pré-natal, à saúde da criança e às doenças crônicas constituem temáticas teoricamente mais apropriadas como objeto de trabalho em saúde da APS, mas diferentes estudos demonstram a incipiência dessas ações nos serviços de APS (14,15)

O domínio “Estrutura (Insumos e Recursos Humanos)” obteve o maior desempenho entre os domínios, no qual abrange condições estruturais gerais para

realização das atividades com foco à deficiência, a acessibilidade à PcD, alguns insumos e recursos humanos para composição de uma equipe mínima. O Decreto nº 5.296 de 2004 descreve as ações a serem implementadas para promover a acessibilidade, como a reestruturação das unidades de saúde, com a construção de rampas e sinalização, e acesso a documentos em saúde escritos em Braille ou de outros meios pelos quais os deficientes visuais possam acessar as informações (16). O instrumento QualiAB não aprofunda nessa temática, o que reforça a importância da construção de instrumentos avaliativos com o enfoque específico sobre a deficiência. As barreiras de acessibilidade arquitetônica representam obstáculos que impedem que os indivíduos com deficiência física possam exercer seus direitos de acesso à saúde, à inserção social e ao fortalecimento de sua participação enquanto cidadão (17,18).

Para além dessas barreiras à acessibilidade, muitos estudos referem a comunicação como limitante para o acolhimento e a humanização do cuidado. Na condição de deficiência auditiva, visual, de fala e intelectual, o usuário esbarra em diversos desafios para receber cuidados primários. Os profissionais de saúde ainda, em grande maioria, não estão capacitados para realizar suas ações para essa população, como observado também neste trabalho, ou seja, o reflexo da sociedade pouco inclusiva também está desde a formação do profissional, que não recebe em suas diretrizes curriculares conhecimento sobre estratégias de inclusão, acolhimento de PcD e tecnologias de comunicação. Ainda que o Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 estabeleça que a Libras deve ser inserida como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores e de Fonoaudiologia e como disciplina curricular optativa nos demais cursos de educação superior e na educação profissional (19) ainda não houve grandes avanços para sua implantação (20).

Com relação à deficiência visual, há também que se estabelecer estratégias que facilitem a autonomia do indivíduo. A Portaria Nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008 traz que a APS deve realizar ações de prevenção da deficiência visual, de promoção da saúde ocular e de promoção da habilitação/reabilitação visual, por meio de ações educativas, prevenção de doenças, tais como diabetes, hipertensão, crônico-

degenerativas e outras condições relacionadas à deficiência visual, identificação de crianças, adultos e idosos que necessitam de avaliação oftalmológica e tratamento, acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, identificação da gestante e da criança de alto risco, identificação e encaminhamento, para serviços especializados, das crianças com indicadores de risco para deficiência visual, imunização, teste de acuidade visual, orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da PcD visual, identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da PcD visual e acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pela média e alta complexidade. Cabe à gestão do sistema promover a educação permanente dos profissionais acerca desse tema (21).

Em todos os ciclos da vida são necessárias ações para alcançar a prevenção da deficiência e de possíveis condições de incapacidade ou redução da funcionalidade, não somente na infância, mas também indivíduos em situação de trabalho e idosos (7,8). De fato, os resultados apresentados até então permitem algumas reflexões, como, por exemplo, que muitas ações de prevenção, atenção ao pré-natal e à saúde da criança já estão mais incorporadas às práticas dos serviços do que outras. Contudo, não são apreendidas como um conjunto de ações que se inter-relacionam com o tema “deficiência”.

Os domínios avaliativos “Qualificação da Atenção ao Pré-natal” e Qualificação da Atenção à Saúde da Criança” apresentaram desempenhos dos serviços, em média, de 68,7% e 56,1%, respectivamente, e tiveram o objetivo de demonstrar como tais ações de proteção da saúde da gestante, do feto e da criança acontecem no cotidiano das equipes de APS, tendo como eixo norteador a prevenção da deficiência nos períodos pré-natal, peri e pós-natal. Há maiores taxas de resposta para oferta de procedimentos, como exames, vacinas e tratamentos. Contudo, a abordagem sobre a presteza na inscrição da gestante no pré-natal, oferta de eletrocardiograma no serviço, a realização do pré-natal do parceiro e o atendimento diferenciado para as gestantes com idade entre 10 e 19 anos e principalmente o conjunto de exames solicitados e realizados durante o pré-natal no primeiro, segundo e terceiro trimestre obtiveram frequências ainda menores. Isso demonstra que as ações que necessitam de maior relação entre planejamento, organização e capacitação

reduzem o escore do domínio. A porcentagem de respostas positivas para a solicitação dos exames do pré-natal é alarmante e demonstra que os serviços não possuem conhecimento e atualização técnica com base no Caderno de Atenção Básica do pré-natal de baixo risco nº 32 (22) e da Rede Cegonha (23).

O Decreto nº 60.075, de 17 de janeiro de 2014 (24) referente ao Programa Estadual de Atendimento à Pessoa com Deficiência Intelectual: São Paulo pela Igualdade de Direitos" traz como objetivo das secretarias de saúde atividades de prevenção por meio da qualificação do pré-natal e do acompanhamento dos bebês de risco. A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha (23) traz que a realização do pré-natal na unidade básica de saúde deve garantir a captação precoce da gestante, acolhimento das intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, acesso ao pré-natal de alto de risco, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados, vinculação da gestante desde o pré-natal à maternidade, gestão da informação, implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das IST, HIV/aids e Hepatites. Assim como valoriza exames Teste rápido de sífilis, Teste rápido de HIV, Cultura de bactérias para identificação (urina), exame de hematócrito e hemoglobina, Proteinúria (teste rápido), Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo, ecocardiograma, entre outros e exames adicionais para gestantes de alto-risco.

A oferta da APS da vacinação, enquanto medida de proteção da saúde da gestante, garante qualificação da atenção ao pré-natal e à saúde da criança. A taxa de cobertura da vacinação em 2017 no Estado de São Paulo foi de 67,29 (25), muito aquém do esperado, e de necessidade de fortalecimento imediato. Importante destacar que atualmente há uma discussão sobre a diminuição dessa cobertura, a qual tem acarretado grandes agravos à saúde pública.

A Rede Cegonha também traz que durante o puerpério haja promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, acompanhamento da puérpera e da criança na APS com visita domiciliar na primeira semana após a

realização do parto e nascimento, busca ativa de crianças vulneráveis, atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, prevenção e tratamento das IST, HIV/aids e Hepatites.

No ano 2000, foi elaborada a Portaria nº 822 de 2001 que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o qual incluiu a relevância da realização do Teste do Olhinho para a prevenção da cegueira infantil (26). O teste do olhinho, ou teste do reflexo vermelho, é um exame que deve ser realizado em bebês e pode detectar e prevenir alterações oculares, assim como o agravamento dessas alterações. No Brasil, apenas 51,1% das crianças com menos de 2 anos de idade o realizam no primeiro mês de vida. O teste do pezinho tem como objetivo detectar precocemente doenças metabólicas, genéticas ou infecciosas e é realizado por meio da análise de amostras de sangue coletadas do calcanhar do bebê. Dados de uma pesquisa nacional de saúde em 2013 demonstram que, no Brasil, 70,8% das crianças com menos de 2 anos de idade o realizam no primeiro mês de vida. O teste da orelhinha, ou triagem auditiva neonatal, é um exame de avaliação da audição em recém-nascidos para diagnóstico precoce de perda auditiva. No Brasil 56,0% das crianças com menos de 2 anos de idade o realizam no primeiro mês de vida (27).

A criança, quando pertencente a um grupo populacional específico, como a deficiência, tende a estar submetida a alguma forma de exclusão social (28). A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência aponta o acesso deste público a todos os serviços comunitários e à integração em todas as áreas da sociedade (29). A abordagem comunitária também deve estabelecer estratégias que envolvam a família, a comunidade, serviços e profissionais da saúde, como meio de integralizar a assistência às necessidades das PcD (30).

Como já referido anteriormente, a APS deve identificar as gestantes de alto risco e realizar o encaminhamento para serviços especializados, mas com manutenção do cuidado na unidade. As ações educativas em ambientes escolares são importantes ferramentas para promoção da qualidade de vida, ainda que essas devam ultrapassar a ênfase biologicista (31). Os achados deste estudo demonstram que há baixa incorporação pelos serviços dessas atividades.

O domínio “Prevenção de Incapacidades relacionadas às Condições crônicas” possui diversos procedimentos e ações que devem ser ofertados e que qualificam o

cuidado de doenças crônicas, a prevenção de comorbidades associadas, vigilância em saúde e a atenção integral ao processo de envelhecimento. Portanto são indicadores que demonstram a capacidade de organização do processo de trabalho das equipes de APS para a prevenção da deficiência adquirida que gerem limitações funcionais, como amputação, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares. Este domínio obteve desempenho de 55,8%, bem abaixo do esperado.

As Diretrizes de atenção à pessoa amputada (30) coloca a importância do papel da APS no cuidado dessas condições para monitorar e assistir os usuários que apresentam diagnóstico de doenças que podem ter como consequência a amputação de membros, promovendo o diagnóstico precoce, a oferta dos medicamentos necessários para o tratamento, a oferta de cuidado multiprofissional, o encaminhamento para os demais níveis de atenção e assistência ao indivíduo com amputação para o cuidado integral, ou seja, que todas suas necessidades de cuidado e de assistência para além do cuidado específico decorrente da amputação sejam atendidas, em conjunto com equipes de Atenção Domiciliar e NASF. Luccia e Silva (33) referem que aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas em pacientes com doença vascular periférica e/ou diabetes.

Diante do exposto, os resultados desta pesquisa demonstram que há uma maior incorporação das ações de rotina para atenção ao diabetes e hipertensão para a saúde do adulto e da pessoa idosa e menor para a hanseníase.

A vigilância em saúde do trabalhador também é valorizada nos indicadores presentes nesse domínio e demonstram ainda a incipiência das ações com enfoque na prevenção. Importante ressaltar que há maior prevalência de acidentes de trabalho incapacitantes no sexo masculino diante do perfil de funções ocupacionais (5).

A violência é uma condição de destaque nas políticas de saúde e de difícil institucionalização como práticas de vigilância e cuidados. Cabe destacar que os diversos indicadores presentes nos domínios que abordam tal fenômeno são genéricos, mas que se inter-relacionam com a proteção da saúde e a prevenção da deficiência adquirida. Assim como com relação ao uso de álcool e outras drogas, são fatores de risco para ocorrência de deficiências. O uso de substâncias psicoativas, além de implicações na gestação, na infância e adolescência, também possibilita

alteração do desenvolvimento neuropsicomotor e agravam as situações de risco e vulnerabilidade. Os dados do modelo de avaliação baseado no QualiAB demonstram a baixa incorporação dos serviços dessas ações.

Com relação à manutenção do seguimento da PcD abordada no domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”, que atingiu 53,7% do escore, a principal taxa de resposta positiva se refere ao encaminhamento para os serviços especializados, seguido de orientação aos cuidadores e visitas domiciliares do médico e/ou enfermeiro e equipe multiprofissional. As ações como articulação com a rede de saúde e instituições, orientação quanto aos direitos sociais, vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva e vigilância e atenção em casos de violência não obtiveram grande taxa de resposta.

Com o enfoque na qualificação do cuidado ofertado à PcD, a atenção domiciliar e a atenção à saúde do cuidador abrange diferentes ações, como procedimentos realizados no domicílio - os quais são realizados pela maioria dos serviços segundo as respostas – mas que ainda estão distantes do esperado, visitas domiciliares e detecção da violência para as PcD são de baixa incorporação no cotidiano dos serviços. O registro das ações das ações domiciliares apresentou bom desempenho.

As visitas domiciliares, enquanto ferramentas de acesso, integralidade e cuidado longitudinal, são muitas vezes prejudicadas pela cobertura de 2.400 a 4.000 ou ainda muito maior do território de abrangência da unidade básica de saúde, o que contribui negativamente na efetivação da assistência domiciliar como ação de rotina dos serviços, diante da sobrecarga da demanda sobre os profissionais de saúde (34).

As ações voltadas aos cuidadores em ambiente escolar apresentam baixa adesão, assim como orientações como direito das pessoas idosas, suporte técnico, avaliação e acompanhamento da saúde do cuidador e realização de grupos de cuidadores quase ausente na porcentagem de resposta. O cuidador possui um papel importante para a vinculação do indivíduo ao cuidado e aos serviços de saúde em situações de dependência parcial ou total. Assim, se faz necessário fortalecer as ações de cuidado a esse trabalhador formal ou informal, seja ele membro da família ou não, diante da sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo exercício de cuidado (35).

A análise realizada por regressão linear múltipla das variáveis independentes que demonstraram relação significativa com os domínios e com a dimensão avaliada obteve como principais fatores a tipologia do serviço (ser USF), a participação em processos de avaliação do serviço e desdobramentos a elaboração de um plano anual de trabalho definido pela gestão municipal e a reorganização da assistência e ter equipe NASF ou multiprofissional para apoio técnico.

Diversos estudos (36-38) têm demonstrado melhores resultados no desempenho de serviços com Estratégia de Saúde da Família (ESF) em avaliações promovidas pela gestão ou em parceria com instituições acadêmicas e com o uso de diferentes ferramentas, como o PCATool - *Primary Care Assessment Tool*, pelas auto avaliações e avaliações externas do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Os outros tipos de serviços como UBS tradicional, misto ou arranjo diferente do abordado no instrumento obtiveram influência negativa sobre os resultados na maioria dos aspectos estudados.

A localização urbana central obteve para o domínio referente à estrutura e para o referente à prevenção da incapacidade influência positiva, mas com valor de beta baixo. Pode-se dizer que mesmo tendo maior disposição de rede de apoio ou de estrutura, ainda se faz necessário fortalecer as equipes de APS para atuação sobre essa temática. Já o domínio referente à estrutura teve relação negativa com a localização rural, podendo-se inferir que são serviços com menores condições de acessibilidade e de disponibilidade de insumos.

Destaca-se que além das equipes de NASF e multiprofissionais, a presença de serviços como CRAS ou CREAS obteve relação positiva com a maioria dos escores. Há vários estudos que demonstram o impacto da criação das equipes multiprofissionais e de NASF para a qualificação da APS, em prol de uma oferta de ações mais resolutiva e que abrange a complexidade do processo saúde-doença (39). O mesmo se dá pela parceria das unidades de saúde com as equipes de assistência social do CRAS e CREAS, que possibilitam discussões de casos e interface com outros níveis de atenção (40).

As estratégias de formação dos membros da equipe não obtiveram significância estatística, com exceção da variável sobre educação permanente para

médicos que na dimensão geral teve influência negativa. A presença de ambulatórios médicos de especialidades também teve relação negativa com os escores, especificamente dos domínios relacionados ao pré-natal, à saúde da criança e da dimensão, ainda que valores baixos de beta. Não é possível explicar claramente tal resultado, contudo podemos pensar que ainda há muito em que avançar na consolidação de redes de atenção à saúde dinâmicas, pois os serviços atuam muitas vezes de forma isolada e sem processos e fluxos de referência e contra referência.

Vários indicadores de planejamento não obtiveram relação significativa com o escore dos domínios e da dimensão, em grande maioria pelo fato de alcançarem frequências baixas ou médias, o que demonstra fragilidades na questão do gerenciamento dos serviços, fundamental para qualificação da atenção ofertada à população. Percebe-se pelos resultados a fraqueza na incorporação e utilização de dados para programação das atividades dos serviços

O desenvolvimento de uma atenção integral aos usuários dos serviços de APS empreende esforços para atuar no território, a partir do diagnóstico da situação de saúde, promovendo autonomia das pessoas e modificações nos determinantes em saúde. Portanto, os dados demonstram que ainda há muito em que avançar para qualificação da abordagem da deficiência nos serviços de APS, mesmo que a RCPcD esteja publicada desde 2012 para organização do sistema de saúde, a efetivação da construção de redes de atenção depende de complexas construções micro e macropolíticas.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L et al (orgs) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. Pp. 547-73.
2. Martins JÁ, Barsaglini RA. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: Interface (Botucatu). 2011;15(36):109–121.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Programação Anual de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_PAS_2019.pdf. Acessado em 11 de agosto de 2019.

4. Teixeira AM, Guimaraes L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev. Mal-Estar Subj.* 2006;6(1):182-200.
5. Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens: Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde - OPS. Rio de Janeiro: Ministério da Justiça; 2004. Disponível em:
http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/relatorio_sobre_a_prevalencia_de_d_eficiencias_-_sicorde.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2019.
6. Brasil. Portaria no 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 2012;24 abr. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acessado em 11 de novembro de 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acessado em 12 de dezembro de 2017.
8. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu).* 2009;13(28):177-188.
9. Castanheira ERL. (organizador). Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: UNESP-FM; 2016. Disponível em:
<http://www.abasica.fmb.unesp.br/doc/CADERNO.pdf>. Acessado em 13 de julho de 2018.
10. Zarili TFT, Castanheira ERL. Modelo Teórico-lógico sobre avaliação da atenção à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet.* Proposta de submissão.
11. Nemes MIB, Castanheira ERL, Alves AM, Adania CSS, Loch AP, Monroe AA et al. A intervenção QualiRede: melhoria do desempenho do contínuo do cuidado em HIV, sífilis congênita e hepatite C em regiões de saúde. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019;22(Suppl 1):e190010.
12. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saude soc.* [Internet]. 2011 Dec;20(4):935-947.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude.html>. Acessado em 30 de junho de 2018.

14. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saude soc.* 2011;20(4):912-926.

15. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(6):e00094417.

16. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União.* 2004;3 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acessado em 11 de novembro de 2017.

17. Girondi JBR, Santos SMA, Hammerschmidt KSA, Tristão FR. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2014;19(3):825-837.

18. Pereira PEC, Caldas ASC, Cabral AKPS. Inclusão profissional de pessoas com deficiência física em um serviço de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2016;27(2):146-55.

19. Brasil, Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. *Diário Oficial da União.* 2005;22 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm. Acessado em 2 de setembro de 2018.

20. Oliveira YCA, Costa GMC, Coura AS, Cartaxo RO, França ISX. A língua brasileira de sinais na formação dos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia no estado da Paraíba, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2012;16(43):995-1008.

21. Brasil. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. *Diário Oficial da União.* 2008;24 dez. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html. Acessado em 03 de agosto de 2019.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco - (Cadernos de

Atenção Básica, nº 32). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011;25 jun. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em 28 de janeiro de 2018.

24. São Paulo. Decreto nº 60.075 de 17 de janeiro de 2014. Altera a denominação do "Programa Estadual de Atendimento às Pessoas com Deficiência Intelectual", instituído pelo Decreto nº 58.658, de 4 de dezembro de 2012, estabelece as diretrizes e metas para sua implementação e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 2011;18 jan. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20140118&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>. Acessado em 20 de janeiro de 2019.

25. DATASUS. Imunizações – cobertura – Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>. Acessado em 16 de junho de 2019.

26. Brasil. Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001. Diário Oficial da União. 2002;10 jun. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acessado em 23 de janeiro de 2020.

27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

28. Schultz TG, Alonso CMC. Cuidado da criança com deficiência na Atenção Primária à Saúde. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2016;24(3):611-619.

29. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999;21 dez. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acessado em 2 de setembro de 2018.

30. Cruz DM, Nascimento S, Ramon L, Vieira da Silva G, Maria D, Dornelles Schoeller S. Rede de apoio à pessoa com deficiência física. Cienc. enferm. 2015;XXI(1):23-33.

31. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. Physis. 2005;25(4):1207-1227.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2019.
33. Luccia N, Silva ES. Aspectos técnicos de Amputações de Membros Inferiores. In: Pitta G. (Ed.). Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
34. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12.
35. Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2010;21(1):41-50.
36. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-13.
37. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad. Saúde Pública. 2012;28(9):1772-1784.
38. Macinko, J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):18-37.
39. Moretti PGS, Fedosse E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. Fisioter Pesqui. 2016;23(3):241-7.
40. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(11):4371-4382.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, a proposta da pesquisa de doutorado visava o cuidado ofertado às PcD, considerando sua vulnerabilidade, especificidades e acima de tudo sua condição de sujeitos que necessitam estar presentes no cotidiano dos serviços com iguais direitos em saúde, inclusos em um serviço que lhes ofereça muito além de encaminhamentos para outros setores, mas também cuidados primários com vistas à saúde integral, abrangendo todo o escopo que a APS é responsável.

Diante dessas inquietudes, foi necessário conhecer e aproximar-se do objeto “deficiência”, e assim foi possível identificar a dificuldade em promover uma avaliação da qualidade da atenção ofertada à PcD, abrangendo todo seu contexto, por meio de um questionário estruturado. Primeiramente, pelo fato da inexistência de um instrumento específico e validado, e em seguida, pelo desafio de construir um instrumento de avaliação da atenção ofertada em serviços de APS à PcD novo sem realizar um diagnóstico inicial. Portanto, o trabalho visa a avaliação da atenção à deficiência, enquanto uma linha de cuidado que abrange a promoção e proteção da saúde de indivíduos para prevenção da deficiência, congênita e/ou adquirida, e a manutenção do seguimento da PcD já instalada.

Para desenvolvimento deste trabalho, se fez necessário percorrer diferentes caminhos para aprofundamento teórico e aplicabilidade do conteúdo apreendido. Os artigos, em ordem de desenvolvimento, englobam o escopo amplo da temática, mas que fundamentalmente demonstram a necessidade de aprimorar as pesquisas em relação à deficiência na APS e possibilitar mudanças nas práticas executadas nos serviços.

Como debatido no primeiro artigo, a revisão integrativa não foi suficiente para responder às expectativas com relação ao objeto de investigação e da pergunta norteadora. Mas trouxe a riqueza de ações, de instrumentos de avaliação das práticas e de relatos de experiências profissionais. A não incorporação do tema da deficiência como objeto de trabalho em saúde, no escopo da prevenção, diagnóstico e assistência, se dá principalmente pela baixa formação dos profissionais da saúde sobre deficiência. A deficiência é negligenciada historicamente pela saúde – e não somente

- e isso se reflete em uma cascata de fenômenos: invisibilidade dessa população que leva a não compreensão como objeto de trabalho em saúde, que leva a não formação profissional, que leva a práticas esvaziadas no cotidiano dos serviços.

Cabe dizer que o exercício de modelagem do objeto de investigação foi de suma importância para compreensão do objeto, fortalecimento do aporte teórico para eleição dos artigos presentes na revisão integrativa e, acima de tudo, na seleção dos indicadores do QualiAB.

Sendo o instrumento QualiAB uma metodologia de avaliação dos serviços de APS que abrange a complexidade das ações exercidas nos serviços, a definição de um recorte temático enfrenta o desafio de aprofundar o tema escolhido com a seleção das variáveis do questionário fundamentada pela literatura, ou seja, a escolha dos mesmos e sua categorização como indicadores se dá pelo fato de que devem fazer uma relação direta com o objeto de estudo – a deficiência.

Destaca-se ao longo do trabalho a importância da integração entre os níveis de atenção e capacidade de resposta da APS diante do fenômeno da deficiência. Os temas apresentados e contextualizados a partir da revisão bibliográfica que fundamenta a introdução e a revisão integrativa, que deu suporte teórico à metodologia de avaliação, demonstram a ausência de informações sobre os dados epidemiológicos (condições de vida e saúde) precisos e atualizados sobre as PcD, a distância entre o preconizado pelas políticas e sua aplicação no cotidiano dos serviços e as lacunas existentes nessas políticas que construam um aporte técnico específico para atender a essa demanda.

O desenvolvimento desse modelo de avaliação dá luz ao reconhecimento da necessidade de oferta de atenção a esse conjunto de agravos e de sua prevenção, o que elucida a importância do campo da avaliação em saúde.

Os resultados apresentados não esgotam as possibilidades de discussão sobre a temática. O questionário QualiAB mesmo sendo um instrumento inespecífico acerca da atenção à deficiência, possui como escopo a totalidade das ações de atenção à saúde e o gerenciamento dos serviços de APS. Diante da incipiência no Brasil de informações aprofundadas sobre as práticas realizadas na APS ou mesmo de um

quadro avaliativo estruturado, o QualiAB, enquanto um questionário de avaliação da APS permite uma aproximação e embasamento teórico-prático.

É possível analisar que o modelo tal qual elaborado com base nas variáveis do questionário QualiAB e sua testagem em um banco de dados refuta a importância dessas informações na avaliação de serviços de APS e também contribui com lacunas de conhecimento que podem ser valorizadas durante novas estratégias de revisão e validação do instrumento. Sendo assim, com base nesse modelo, é possível rever indicadores de estrutura que devem ser agregados ao instrumento.

Para atender aos objetivos propostos se fez necessário fundamentar os conceitos de avaliação e da temática principal, sendo possível observar que apesar de tantas informações disponíveis sobre as possibilidades de ações para prevenção, detecção e assistência na APS, a avaliação demonstra que há muito a ser feito para qualificação dos serviços e do sistema de saúde.

O modelo de avaliação e os resultados não avançam em discutir as especificidades existentes para cada tipo de deficiência (física, sensorial e intelectual) na APS uma vez que não são abordadas pelo questionário QualiAB. Contudo, a proposta metodológica apresentada e aplicada no universo de serviços avaliados traz grande contribuição à área e demonstra as diferentes possibilidades do campo da avaliação e do instrumento QualiAB.

Outros modelos de avaliação podem ser construídos com base em indicadores da CIF, em outros instrumentos de avaliação dos serviços com indicadores de estrutura, processo e resultado – conforme a tríade Donabedian – agregando mais conhecimento e diagnóstico para fomentar mudanças nas práticas.

As análises de correlação e de confiabilidade obtiveram um pior resultado para o domínio referente à estrutura. Diante desse debate, se faz importante destacar que os indicadores de estrutura não são sensíveis no diagnóstico das ações de serviço, mas possibilitam, como defendido por Donabedian, um melhor processo de trabalho (DONABEDIAN, 1988).

Como já discutido ao longo deste trabalho, a atenção à deficiência não está sistematizada como um programa ou linha de cuidado instituída e amadurecida. Assim como o cuidado da PcD, enquanto indivíduo sob condições de vulnerabilidade,

deve garantir que este indivíduo receba cuidados primários para além do foco da deficiência, e sim de sua saúde como um todo, abrangendo para além do cuidado individual o contexto psicossocial em que se constroem suas necessidades de saúde.

Muitos estudos referem como o cuidado é fragmentado e desigual para a PcD (ALMEIDA et al., 2017), ou seja, as ações de cuidados primários são ofertadas de modo diferente para pessoas com e sem deficiência. Podemos citar alguns estudos, como Mheta e Mashamba-Thompson (2017) que referem esse panorama para atenção à gestante com deficiência e Peters e Cotton (2015) com relação ao rastreio de câncer de mama na mulher com deficiência.

O Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência, lançado em 2003 com edição atualizada em 2006 (BRASIL, 2006c) estabelece a organização da assistência à saúde e reabilitação das PcD, tornando acessíveis aos profissionais de saúde e gestores dos serviços os meios para atender de modo integral este público no SUS.

A composição de redes de atenção, neste caso da RCPcD, pauta-se em serviços com infraestrutura, aparelhagem e recursos humanos para atender às demandas das PcD, exercendo o cuidado de forma integral e regionalizado (BRASIL, 2008c). O Plano Viver sem Limites, por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de 2011, também contribuiu para a promoção do acesso das PcD aos serviços de saúde. Entre seus objetivos está a prevenção às causas de deficiência e ampliação e qualificação da rede de saúde no âmbito da assistência a esse público, tendo o setor saúde como um de seus eixos de atuação (BRASIL, 2011b).

O objetivo dos indicadores selecionados e organizados em domínios e dimensão foi avaliar o quanto as ações previstas em cada um refletem os pressupostos apresentados nas normas e critérios preconizados.

A literatura demonstra a baixa incorporação da deficiência na organização dos serviços, assim como na produção científica acerca da APS. As políticas e diretrizes obtiveram um grande avanço nas duas últimas décadas, tanto nacional como internacionalmente, mas ainda estão incipientes na formação dos profissionais de saúde para um exercício do cuidado preventivo e inclusivo.

Há que considerar também que a RCPcD está em recente implantação no sistema de saúde, e ainda há uma distância entre as políticas vigentes e a aplicabilidade no modelo de atenção executado. Além disso, a APS, enquanto ordenadora do sistema de saúde e das redes de atenção à saúde e componente da RCPcD, coloca-se em um papel de fortalecimento do cuidado integral e longitudinal da PcD e deve corroborar com a prevenção da saúde e o diagnóstico precoce. Na prática, se observa que as ações de prevenção da deficiência são realizadas na abordagem à saúde materno-infantil sem a apropriação do processo com enfoque da proteção da saúde e prevenção da deficiência, nem com o olhar sobre os aspectos epidemiológicos da deficiência no território. Assim como, o indivíduo acometido por uma condição incapacitante ou com limitação funcional, em muitos casos, recebe seu diagnóstico e encaminhamento para outros serviços da rede sem manutenção do seguimento no serviço de APS.

Cabe também dizer que a proposta de modelo de avaliação apresentada pode e deve ser validada e reaplicada, buscando atingir maior especificidade e capacidade de contribuir para a implementação de mudanças. Contudo, estratégias de validação não foram o objetivo principal deste trabalho, mas coloca-se como questão para pesquisas futuras. Por meio da validação por diferentes estratégias é possível reformular indicadores em busca de contemplar todo o fenômeno da deficiência e conhecer os resultados da prática dos serviços de APS com os resultados nas condições de vida e no sistema de saúde. Para além disso, pode-se considerar como possíveis desdobramentos, a elaboração de um instrumento de maior especificidade.

É possível observar ao longo do estudo do objeto proposto como ainda são incipientes as informações sobre a realidade epidemiológica da deficiência no Brasil e no mundo, assim como a distância entre a regulamentação de normas e políticas e sua efetivação, mas também espaços temporais entre uma e outra. Ainda há muito o que avançar, tanto no campo de políticas, de avaliação e monitoramento e das pesquisas científicas.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. M. de; PACHECO, S.; KREBS, S.; OLIVEIRA, A. M.; SAMELLI, A.; MOLINI-AVEJONAS, D. R. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, v. 29, n. 5, e20160225. 2017.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. DE. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2215–2228, 2010.

ATUN, R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services ? **World Health Organization Office for Europe**, n. January, p. 18, 2004.

BAMPI, L. N. DA S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 4, 9 telas. Jul-ago 2010.

BATISTA, C. G.; ENUMO, S.R.F. Prevenção em Saúde: prevenção de deficiências. In: NUNES, L.R.O.P. (org.). **Prevenção e intervenção em educação especial**. (p. 1-11). Rio de Janeiro: ANPEPP/UERJ, 1996.

BRASIL Ministério da Saúde Secretaria Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Programação Anual de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. Lei Nº 13.146, De 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 6 jul. 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na atenção básica**. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde [Internet]. Vol. 1. Brasília; 2014b.

BRASIL. Lei complementar nº 142, de 8 de maio de 2013. Regulamenta o § 1o do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social - RGPS. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 8 mai. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp142.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013: redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 27 mai. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.htm. Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 24 abr. 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda; altera os arts. 16, 72 e 77 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social, para incluir o filho ou o irmão que tenha deficiência intelectual ou mental como dependente e determinar o pagamento do salário-maternidade devido à empregada do microempreendedor individual diretamente pela Previdência Social; altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência; e acrescenta os §§ 4o e 5o ao art. 968 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, para estabelecer trâmite especial e simplificado para o processo de abertura, registro, alteração e baixa do microempreendedor individual. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 1 set. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12470.htm. Acesso em: jul. 2019.

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 [Internet]. **Diário Oficial da União**. 18 nov 2011b [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm.

BRASIL. Portaria SEDH Nº 2.344, de 3 de novembro de 2010. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 5 out. 2010a. Disponível em: https://www.udop.com.br/download/legislacao/trabalhista/pcd/port_2344_pcd.pdf. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Marcos Político-Legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: Secretaria de Educação Especial, 2010c.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 25 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 24 dez. 2008c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html

BRASIL. **Pactos pela Vida , em Defesa do SUS e de Gestão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2.^a edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Saberes e práticas da inclusão: avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais**. [2. ed.] Brasília: MEC, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 142, de 16 de novembro de 2006c. Institui o Comitê de Ajudas Técnicas e estabelece suas devidas responsabilidades

[Internet]. **Diário Oficial da União** [acesso em 10 out 2017]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/770696/pg-3-secao-2-diario-oficial-da-uniao-dou-de-17-11-2006>.

BRASIL, Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 22 dez. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 2 dez. 2004a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**: Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde-OPS. Rio de Janeiro: MJ, 2004b.

BRASIL. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 5 jun. 2002a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 7 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 24 abr. 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 19 dez. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas

de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 20 dez. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASIL. Portaria Nº 304, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro da 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 21 dez. 1992. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0304_02_07_1992.html. Acesso em: 2 set. 2018.

BRASI. Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial {da} República Federativa do Brasil**, Brasília: DF, 24 out. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

CAMPOS, C. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v. 5, n. Supl 1, p. 63–69, 2005.

CARDOZO, P. S. Pessoas com deficiência e o protagonismo nos movimentos sociais. **Revista de Iniciação Científica**, Criciúma, v. 15, n. 1, 2017.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Relatório Técnico Final Processo 485848/2012-0**. CNPq, 2016a.

CASTANHEIRA, E. R. L. (organizador). **Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica**: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB. Botucatu: UNESP-FM, 2016b.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 679–691, 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica^ipt; QualiAB: development and validation of a methodology for the assessment of primary health care

services^ien. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 935–947, 2011.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 84–88, 2009.

CHEN, H. T. **Theory-driven evaluations**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 1990.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2017. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: mar. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Básica. Resolução CNE/CEB 2/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção 1E, p. 39-40.

CRUZ, D. M. C.; SILVA, J. T.; ALVES, H. C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 13, n. 1, p. 131-146, Apr. 2007.

CUNHA, C. L. F.; CARNUT, L. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1478–1479, 2013.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e Dados Básicos**. 2018. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1102:indicadores-e-dados-basicos-idb&catid=11&Itemid=634. Acesso em: 30 de junho de 2018.

DICHER, M.; TREVISAM, E. **A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana**. In: CONPEDI. (Org.). **Direito Internacional dos Direitos Humanos**. 1ed. João Pessoa: CONPEDI, 2015, v. 1, p. 254-276.

DONABEDIAN, A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 8, n. 2, p. 187-193. 2005.

FERNANDES, L. B.; SCHLESENER, A.; MOSQUERA, C. Breve Histórico Da Deficiência E Seus Paradigmas. **Revista Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, v. 2, p. 132–144, 2011.

FRANCELIN, M. A. S.; MOTTI, T. F. G.; MORITA, I. As implicações sociais da deficiência auditiva adquirida em adultos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.1, p.180-192, 2010

GIRONDI, J. B. R.; et al. Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 825-837, 2014.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude.html>. Acesso em: 30 de junho de 2018.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JANUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2017.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **A implantação das redes temáticas de atenção à saúde: avanços, desafios e perspectivas**. In: Comissão Intergestores tripartite, 2012, Brasília. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/2.a%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20Redes%20Tematicas.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 109–121, 2011.

MEDINA, MG., et al. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na

enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MHETA, D.; MASHAMBA-THOMPSON, T. V. Barriers and facilitators of access to maternal services for women with disabilities: scoping review protocol. **Systematic Reviews**, v. 6, n. 99, p. 1-6. 2017.

MONTILHA, R. C. I.; TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; NOBRE, M. I. R. S. Deficiência Visual: características e expectativas da clientela de serviço de reabilitação. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 9, n. 3, p. 123-128, set/dez, 2000.

NASSER, Mariana Arantes et al. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 77, 2017.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000.

NUNES, L. O. et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2018, v. 42, e175. 2018.

OLIVEIRA, L. C. de; CAVALLI, V. T.; GUIDUGLI, S. T. Política pública de inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho: algumas considerações sobre sua formulação, implementação e avanços de 1991 até 2015. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 48, jan./jun. 2017.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, [08 telas]. jan-fev, 2012.

OMS. **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever**. Geneva: OMS, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Disability and Rehabilitation: Future, Trends and Challenges in Rehabilitation**. Geneva: OMS, 2002

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Unic Rio, 2009. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp->

content/uploads/2018/10/DUDH.pdf.

OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan – Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS / OMS). Washington: DC, 2005.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, Mar. 2009.

PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. E. A.; ALMEIDA, P. C. Accessibility and physical deficiency: identifying architectural barriers in internal areas of hospitals in Sobral, Ceará. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L et al (orgs) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES, 2008:547-73.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J. M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185, jan.-jun. 2017.

PERLOW, E. Accessibility: Global Gateway to Health Literacy. **Health Promotion Practice**, v. 11, n. 1, p. 123-131. January 2010.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010

RAMOS, N. P. **Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária**. 2018. 195 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu, 2018.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, Mar. 2016.

RODRIGUES, L. B.; SANTOS SILVA, P. C. dos; PERUHYPE, R. C.; PALHA, P. F.; POPOLIN, M. P.; CRISPIM, J. de A. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. Primary care in the driver ' s seat ? : Organizational reform in European primary care. **European Observatory on Health Systems and Policies**, v. 5, n. 1, p. 58, 2006.

SANINE, P. R. et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2018.

SANTOS, S.; PEQUENO, A. A. S.; GALVÃO, C. R. C.; PESSOA, A. L. S.; ALMEIDA, E. S.; PEREIRA, J. C. et al. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 02, p. 559-568. 2014.

SÃO PAULO. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. Áreas Temáticas da SES. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: mar 2018a.

SÃO PAULO. **Tipos de Procedimentos, serviços cadastrados e redes cadastradas de reabilitação**. 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/homepage/destaques/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/documentos>>. Acesso em: mar 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Conselho de Secretários Municipais de Saúde. **Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo**, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/termo_de_referencia_redes_regionais.pdf. Acesso em: 2 dez. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de planejamento e Gestão. **Plano Plurianual 2016-2015: Lei 16.082, de 28 de dezembro de 2015. vol. I**. São Paulo: SP, 2015. Disponível em: <http://www.planejamento.sp.gov.br/conteudo/apresentacaoTipoVinteQuatroConteudo.aspx?1?9uaVfyQKNukYgVJntZnMlp1S/+uErtPq>. Acesso em: mar 2018.

SETUBAL, J. M.; FAYAN, R. A. C. (orgs). **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada**. 1ª edição revisada. Campinas: Fundação FEAC, 2017.

SCHWARTZMAN, J. S.; LEDERMAN, V. R. G. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Revista Inclusão Social**, Brasília, v. 10 n. 2, p. 17-27, jan./jun. 2017.

SHAKESPEARE, T. Review article: disability studies today and tomorrow. **Sociology of health & illness**, v. 27, n. 1, p. 138-148, 2005.

SHARBY, N.; MARTIRE, K.; IVERSEN, M. D. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness. **International Journal Environmental Research and Public Health**, v. 12, p. 3301-3316, 2015.

SILVA, M. V. C. P. DA; MENDES, E. V. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. **Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde**, p. 1–80, 2004.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509–517, 2010.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARAES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 182–200, mar. 2006.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 893–902, 2007.

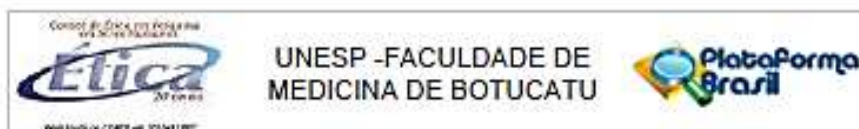
UNICEF. **Convenção sobre os direitos da criança**. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 24 abr. 2020.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões na pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ZARILI, T. F. T. **Avaliação de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB**. 2015. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

8. APÊNDICE

8.1. Apêndice 1 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COMPONENTE DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: AS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Pesquisador: Thais Fernanda Tortorelli Zarili

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80123917.1.0000.5411

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.425.176

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de Doutorado da aluna Thais Fernanda Tortorelli Zarili, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB-UNESP, sob orientação da Profª. Drª. Elen Rose Lodeiro Castanheira.

O presente estudo possui como objeto a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) sob a ótica das práticas desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto centro ordenador do sistema de saúde.

O projeto busca desenvolver e validar um modelo de avaliação da atenção à deficiência na APS e avaliar as ações desenvolvidas nos serviços de APS do estado de São Paulo para a prevenção, detecção e assistência à deficiência.

Este trabalho consiste em uma pesquisa avaliativa, que será desenvolvida em 3 fases.

1) Na etapa inicial se realizará uma revisão integrativa acerca do objeto da pesquisa em bases nacionais e internacionais, com a inclusão de artigos completos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas: português, inglês ou espanhol. A análise dos artigos será realizada por meio do método de análise de conteúdo, na modalidade análise temática proposta por Bardin.

2) A seguir, será realizada a proposição de um modelo avaliativo e a eleição de indicadores de estrutura e processo será validada por meio de grupo de consenso composto por especialistas. O grupo de consenso será composto por especialistas de diferentes pontos da RCPD e pesquisadores.

Endereço: Chácara Botognelli, s/n

Bairro: Rubião Junior

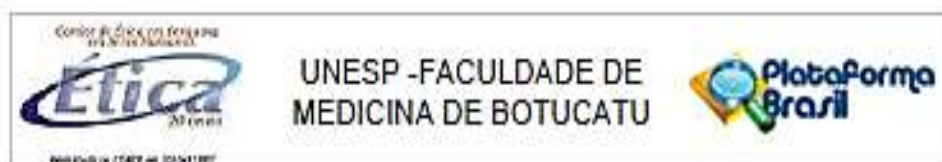
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1809

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.425.178

sobre o tema (n=15), a serem selecionados a partir de busca em currículo, em especial na Plataforma Lattes, os quais assinarão um TCLE.

3) Por fim, será realizado um estudo exploratório de corte transversal, com base no modelo de avaliação consensual obtido na etapa anterior, com a aplicação do modelo de avaliação para um diagnóstico acerca do tema por meio dos bancos de respostas dos instrumentos de avaliação de serviços: o questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) e Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

Pretende-se, assim, apresentar uma avaliação das práticas exercidas no estado de São Paulo nos serviços de APS para o cuidado da pessoa com deficiência, definindo uma linha de base, contribuindo para a implantação da RCPD.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

- Desenvolver e validar um modelo de avaliação da atenção à deficiência na APS;
- Avaliar as ações desenvolvidas nos serviços de APS do estado de São Paulo para a prevenção, detecção e assistência à deficiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa não apresenta riscos aos envolvidos.

Benefícios: Ofertar subsídios aos gestores de saúde para o planejamento e tomada de decisão, em especial para políticas públicas voltadas à Atenção Primária, Redes de Atenção à saúde e a atenção às pessoas com deficiência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta relevância científica e social à medida em que busca construir indicadores de avaliação das práticas exercidas nos serviços de Atenção Primária em Saúde para o cuidado da pessoa com deficiência. Portanto, o projeto está em consonância à políticas públicas de saúde.

A metodologia de pesquisa está descrita de forma detalhada e clara. Na segunda etapa da pesquisa, haverá a participação de 15 especialistas da área para a avaliação dos indicadores (Instrumento). Para esta etapa, está prevista a aplicação do TCLE, o qual atende às recomendações: em forma de convite, com linguagem acessível ao público a que se destina e contendo todas as informações necessárias. Os riscos de participação são mínimos e os benefícios são indiretos.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Júnior

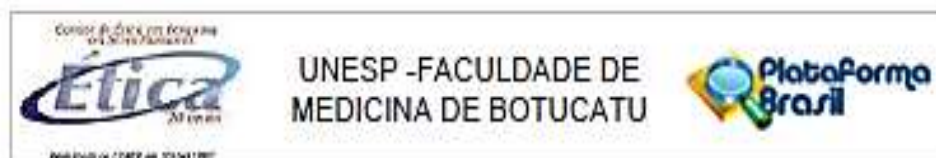
UF: SP

Telefone: (14)3880-1600

Município: BOTUCATU

CEP: 13.618-970

E-mail: cnp@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.425.170

O cronograma é adequado, com início da primeira etapa, de revisão integrativa da literatura, para janeiro de 2018.

O projeto de pesquisa conta com financiamento próprio e está orçado em R\$200,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todos os documentos obrigatórios:

- Folha de rosto devidamente assinada;
- Termo de Anuência Institucional (EAP);
- Projeto de Pesquisa completo;
- TCLE em forma de convite, com linguagem acessível ao público a que se destina e contendo todas as informações necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugere-se a aprovação do presente projeto de pesquisa, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 04 dezembro de 2017, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, informa que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_775517.pdf	20/11/2017 15:19:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	doutoradoTHAISZARILICEP.pdf	20/11/2017 15:18:55	Thais Fernanda Tortorelli Zarili	Aceito
TCLE / Termos de	TCLETHAISZARILINOVO.pdf	20/11/2017	Thais Fernanda	Aceito

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.518-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3850-1809

E-mail: cep@fmb.unesp.br

 Conselho de Ética em Pesquisa FACULDADE DE MEDICINA UNESP - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.425.176

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETHAISZARILINOVO.pdf	15:09:34	Tortorelli Zarili	Aceito
D Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciainstitucional.pdf	09/11/2017 14:43:00	Thais Fernanda Tortorelli Zarili	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMATHAISZARILI.pdf	09/11/2017 14:42:20	Thais Fernanda Tortorelli Zarili	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostothaiszarili.pdf	09/11/2017 14:41:43	Thais Fernanda Tortorelli Zarili	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Dezembro de 2017

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butognoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.518-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3850-1509 E-mail: cep@fmb.unesp.br

8.2. Apêndice 2 – Solicitação de mudança de título do projeto ao CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA*

Objetivo Acadêmico: Tese de Doutorado

Título constante no parecer de aprovação:

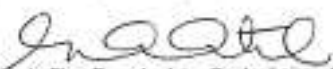
Atenção Primária à Saúde como componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: ações dos serviços no estado de São Paulo

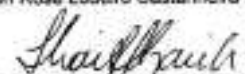
Título final do trabalho (constante na capa da tese):

Desenvolvimento de um Modelo de Avaliação da Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 08/12/2017

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Profª Associada Ellen Rose Lodero Castanheira - Orientador(a)


Thais Fernanda Tortorelli Zanli - Orientado(a)

* Projetos submetidos via Plataforma Brasil: preencher o formulário, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil (em Projeto Aprovado clicar em Notificação); a seguir protocolar o formulário no CEP que emitiu o Parecer Inicial de aprovação;

* Projetos submetidos anteriormente a Plataforma Brasil: preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o Parecer inicial de aprovação.

8.3. Apêndice 3 - Questionário QualiAB

AValiação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica – QualiAB **VERSÃO 2016**

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta Unidade se caracteriza por ser:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada** à Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Especificar: _____

***Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família**

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 6) Ministério da Saúde
- 7) Consórcio intermunicipal
- 8) Outros – Especificar: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

4. No território de atuação desta Unidade existe a presença de grupos populacionais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo

- 9) Moradores de abrigos, albergues
 10) Pessoas privadas de liberdade (presídios, asilos e outros)
 11) Imigrantes
 12) Outros – Especificar: _____
 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

5. Quais os períodos de funcionamento da Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Todas as manhãs de segunda a sexta
 2) Todas as tardes de segunda a sexta
 3) Todas as noites de segunda a sexta
 4) Algumas manhãs durante a semana
 5) Algumas tardes durante a semana
 6) Algumas noites durante a semana
 7) Finais de semana
 8) 24 horas

6. A Unidade possui equipe de saúde da família:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim. Especificar: _____
 2) Não

7. Número de profissionais na Unidade por categoria:

(na ausência de algum profissional é obrigatório digitar zero)

	Nº de profissionais com presença diária no serviço	Nº de profissionais que atende em alguns períodos
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		

10- Outros – Especifica r:											
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no Pré Natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de pessoas com hipertensão e diabetes
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Distribuição de preservativos
- 15) Participação em reuniões de equipe
- 16) Outros – Especificar: _____ -
- 17) Esse serviço não dispõe desse profissional

11. A rede municipal ou regional oferece para a Unidade o acesso aos seguintes serviços:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Serviços de referência em Tuberculose
- 10) Serviços de referência em DST, aids e hepatites virais
- 11) Ambulatórios de especialidades
- 12) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 13) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 14) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 15) ONG (Organização Não Governamental)
- 16) Ações comunitárias ligadas a grupos religiosos
- 17) Outros – Especificar: _____
- 18) Não tem acesso a serviços de apoio

12. O apoio técnico à equipe da Unidade é feito por:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional externa ao serviço
- 3) Outro tipo de apoio (por exemplo, apoiador do estado, do COSEMS, Telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

13. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é:

Selecione um item para cada linha do quadro abaixo

ESPECIALIDADES	Tempo de espera						
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 Meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe	Não encaminha
1) Oftalmologia							
2) Otorrinolaringologia							
3) Ortopedia							
4) Gastroenterologia							
5) Cardiologia							
6) Neurologia							
7) Psiquiatria							
8) Geriatria							
9) Fisioterapia							
10) Psicologia							

14. Em relação ao número de consultas médicas realizadas NO ÚLTIMO MÊS (considerando todas as faixas etárias e todas as especialidades) informe:

Selecione uma ou mais alternativas e preencha com a quantidade correspondente

- 1) Total de CONSULTAS MÉDICAS realizadas: - Quantificar: _____
- 2) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram por AGENDAMENTO: - Quantificar: _____
- 3) Do total de CONSULTAS MÉDICAS quantas foram “EXTRAS” (não agendadas): - Quantificar: _____
- 4) Dados não disponíveis

15. Em relação à população da área de abrangência da Unidade, informe:

Selecione uma ou mais alternativas e preencha com a quantidade correspondente

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): - Quantificar: _____
- 2) O número aproximado de famílias: - Quantificar: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. RECURSOS MATERIAIS, PROCEDIMENTOS E INSUMOS BÁSICOS

16. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a Unidade possui:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências
- 3) Ventilação e iluminação adequadas

- 4) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 5) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 6) Sala de espera
- 7) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 8) Sala de vacina
- 9) Sala de Curativo
- 10) Sala de esterilização de material
- 11) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 12) Consultório dentário
- 13) Gerador de energia

17. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cadeira de rodas
- 2) Geladeira exclusiva para vacinas
- 3) Mesa para exame ginecológico
- 4) Equipamentos odontológicos
- 5) Carrinho de emergência
- 6) Desfibrilador
- 7) Cilindro de oxigênio
- 8) Oxímetro
- 9) Nebulizador (Aparelho para inalação)
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados
- 12) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 13) Veículo para uso da Unidade

18. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 3) Pequenas suturas
- 4) Retirada de pontos
- 5) Hidratação por via venosa
- 6) Aplicação de tratamento endovenoso
- 7) Aplicação de tratamento intramuscular
- 8) Troca de sonda vesical de demora
- 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 10) Profilaxia pós exposição (PEP)
- 11) Curativo de úlceras agudas e crônicas
- 12) Outros – Especificar: _____
- 13) Não realiza nenhum procedimento

19. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Hepatite A
- 4) Poliomielite/ vacina oral de pólio/VOP
- 5) Pólio Inativada/ vacina inativada de pólio/VIP
- 6) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 7) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 8) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)

- 9) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 10) dT (dupla adulto)
- 11) dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)
- 12) Rotavírus Humano
- 13) Febre Amarela
- 14) Anti-rábica
- 15) Influenza
- 16) P10 (Pneumocócica 10)
- 17) Pneumocócica23 valente
- 18) Meningocócica C
- 19) Vacina contra HPV
- 20) Não realiza vacinação

20. Exames feitos e/ou colhidos na Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Coleta de Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Outros – Especificar: _____
- 10) Não realiza nenhum exame

21. Os resultados dos exames são avaliados:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

22. Em relação ao ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para Atenção Básica, pode-se afirmar que a frequência tem sido:

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Psicofármacos (medicamentos usados na atenção à Saúde Mental)				

23. Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (extrasoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência)
- 7) Encaminhamento para laqueadura
- 8) Encaminhamento para vasectomia
- 9) Outros. - Especificar: _____
- 10) Nenhum

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III 1. Promoção, Prevenção e Educação em Saúde

24. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Planejamento reprodutivo
- 3) Educação alimentar
- 4) Atividades físicas
- 5) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 6) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 7) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 8) Tabagismo
- 9) Prevenção de DST e aids
- 10) Saúde bucal
- 11) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 12) Controle da proliferação de vetores (de doenças como dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 13) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 14) Outras. Especificar: _____
- 15) Não foi realizada nenhuma atividade nesse período

25. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
 - 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
 - 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
 - 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, creche, associação de moradores e outros)
 - 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
 - 6) Atividades articuladas com outras Secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
 - 7) Outras – Especificar: _____
 - 8) Não realiza atividades na comunidade
-

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) Doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) Obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outras)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras – Especificar: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HAS, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relativos a ações programadas (Pré Natal, hipertensão e diabetes, outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras - Especificar: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

III. 2. Organização da Assistência

28. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas, trabalhamos somente com demanda espontânea

29. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras – Especificar: _____

7) Não atende demanda espontânea

30. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

31. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Recém-nascidos
- 4) Recém-nascidos de risco
- 5) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 6) Crianças até dois anos
- 7) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 8) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 9) Adultos com doenças crônicas (HAS e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Especificar: _____
- 14) Não se faz convocação de faltosos

III. 3. Saúde da Mulher

32. As ações regularmente desenvolvidas para a SAÚDE DA MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pré Natal
- 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 5) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros – Especificar: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações para a Saúde da Mulher

33. A coleta de rotina do exame de Papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é realizada nas seguintes situações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na Unidade
- 3) Uma ou mais vezes ao ano para mulheres com citologia alterada
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de Papanicolaou
- 6) Serviço não realiza esse exame

34. Como estímulo ao diagnóstico precoce de câncer de mama, a unidade realiza

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Exame clínico de mamas sempre que há queixas da paciente em relação à mama
- 2) Capacitação dos médicos para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 3) Capacitação dos enfermeiros para acolher e examinar mulheres com queixas de alterações nas mamas
- 4) Orientação das usuárias para autopalpação sem técnica específica e sobre sinais de alerta
- 5) Discussão em fóruns na comunidade e campanhas sobre sinais de câncer de mama
- 6) Não realiza nenhuma atividade relativa ao diagnóstico precoce do câncer de mama

35. A solicitação de MAMOGRAFIA de rotina para usuárias sem queixas é feita:

Selecione uma ou mais alternativas-

- 1) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com risco elevado de câncer, quando indicado a partir de avaliação clínica individualizada
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 69 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 5) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Esse exame não é solicitado

36. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente, a equipe:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) Informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do Pré Natal, se for o caso
- 3) Informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados pré concepcionais ou contracepção, a depender do caso
- 4) Considera se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços, onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é realizado na Unidade

37. A proporção média de gestantes com início do Pré Natal no 1º TRIMESTRE é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% e 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) Menos de 60%
- 5) A Unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o Pré Natal

38. Na atenção ao Pré natal de baixo risco quais das seguintes ações são realizados de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) O primeiro atendimento é feito por profissional de enfermagem no mesmo dia do teste positivo para gravidez
- 2) Registro de dados clínico obstétrico na carteira da gestante – que fica com a usuária
- 3) 6 consultas ou mais durante o pré natal
- 4) Consultas semanais entre no último mês de gestação (36ª a 41ª semanas)
- 5) Prescrição de suplementação de sulfato ferroso a partir de 20 semanas
- 6) Não realiza o Pré Natal

39. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para **todas** as gestantes durante o PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO são:

EXAMES	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Este exame não é solicitado	Não realiza o pré-natal
1) Hemograma completo ou Eritrograma (Hb e Ht)					
2) Urina I					
3) Urocultura					
4) Teste rápido de proteinúria					
5) Tipagem sanguínea e fator Rh					
6) Coombs indireto caso Rh negativo					
7) Teste rápido ou sorologia para sífilis					
8) Teste rápido ou sorologia para HIV					
9) Sorologia para Rubéola					
10) Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)					
11) Sorologia para hepatite B (HbsAg)					
12) Sorologia para hepatite C					
13) Glicemia de jejum					
14) Teste de intolerância à glicose					
15) Ultra-Som obstétrico					
16) Papanicolaou (colpocitologia)					

oncótica) se indicado					
17) Bacterioscopia da secreção vaginal					
18) Outros. Especificar: _____					

40. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré Natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Pré-Natal
- 13) Outros – Especificar: _____
- 14) Não realiza o Pré Natal

41. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmicas para **MALÁRIA** são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta Pré Natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido
- 4) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

42. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 4) Grupos periódicos para gestantes
- 5) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

43. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência, retornando à Unidade após o parto
- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na Unidade
- 3) Acompanhada na própria Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

44. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade
- 6) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

45. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Somente na Unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

46. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós-parto)
- 12) Outras – Especificar: _____
- 13) A Unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

47. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na Unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outras)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas

- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
 8) A Unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

48. Entre as gestantes que realizaram Pré Natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA?

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende Pré Natal

49. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

50. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da Unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Especificar: _____
- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III.4. Saúde da Criança e do Adolescente

51. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, sócio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com responsáveis

- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém-nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras. - Especificar: _____
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

52. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

53. O PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) na Unidade é agendado:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de Pré Natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

54. As ações realizadas pela Unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil
- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros – Especificar: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

55. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
- 2) Creche, escolas, outros
- 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 5) Outros – Especificar: _____
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

56. As ações realizadas, de rotina, na Unidade na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades físicas
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 7) Oferta de sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais
- 8) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 9) Orientações quanto ao uso de álcool e outras drogas
- 10) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 11) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 12) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 13) Outros – Especificar: _____
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

57. Os temas abordados em ações na COMUNIDADE (escolas, parques, clubes, entre outras) para atenção ao ADOLESCENTE são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Outros – Especificar: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

58. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)

- 6) Outros – Especificar: _____
- 7) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

59. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

60. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos responsáveis
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III.5. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

61. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão
- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador

- 14) DST, HIV/aids e hepatites virais
- 15) Outros – Especificar: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

62. As ações de rotina para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

63. Para pessoas com DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria Unidade
- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

64. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Terapêutica não medicamentosa como alternativa isolada, sempre que indicado
- 8) Introdução de terapêutica medicamentosa a partir de avaliação de risco cardiovascular
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) Outras atividades
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de hipertensão arterial

65. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Outros Quais:_____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

66. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física
- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

67. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olho
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Outros. - Especificar:_____
- 11) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

68. As ações regularmente programadas para a SAÚDE DO HOMEM nesta Unidade abordam as seguintes condições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) DST/ aids e hepatites virais
- 3) Andropausa
- 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 5) Paternidade e relações familiares
- 6) Métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 8) Situações de violência

- 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
- 10) Risco cardiovascular
- 11) Incontinência urinária masculina
- 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
- 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
- 14) Outras – Especificar: _____
- 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

69. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar
- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros – Especificar: _____
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

70. As estratégias utilizadas pela Unidade para deteccção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

71. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Denúncia à autoridade policial
- 4) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da Unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar

- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

72. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras – Especificar: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

73. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 9) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 10) Atenção à família em caso de óbito
- 11) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

74. Na ATENÇÃO AO IDOSO a Unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos religiosos
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros – Especificar: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a Atenção Básica
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da Unidade

III.6. Vigilância em saúde e atenção a agravos de relevância epidemiológica e social

75. Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de ALGUMA DOENÇA OU AGRADO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, HIV/AIDS, meningite, dengue, violência doméstica ou sexual, entre outros), a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na Unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros. - Especificar: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

76. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/AIDS, realizadas pela Unidade, consiste em:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Idosos
- 5) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 6) LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, travestis e transexuais)
- 7) Outros grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo entre outros
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

77. Na rotina, o principal critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuimos preservativos nesta Unidade

78. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Aconselhamento pré teste
- 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
- 4) Teste rápido ou sorologia para hepatites virais
- 5) Teste rápido ou sorologia para sífilis
- 6) Tratamento sintomático das DST
- 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na Unidade
- 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
- 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de aids e hepatites virais
- 11) Outros – Especificar: _____
- 12) A Unidade não atende DST/aids

79. Nos casos com resultado NEGATIVO das sorologias para HIV e hepatites B e C a Unidade:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquia os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição

- 2) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 3) Orienta sobre o teste (janela imunológica, situações de exposição, outros)
- 4) Orienta sobre prevenção (identificação de situações de maior exposição, adoção de práticas mais seguras)
- 5) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

80. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para HIV ou hepatites B e C, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Acompanhamento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

81. As ações realizadas por esta Unidade na atenção às pessoas com HIV são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acompanha e trata pacientes com HIV/aids estáveis clinicamente e com imunidade preservada
- 2) Conta com uma equipe especializada em HIV/aids que acompanha e trata pacientes com HIV
- 3) Busca ativa de faltosos ao seguimento quando acionada pelo serviço especializado em HIV/aids da região
- 4) Atendimento de queixas agudas, acompanhamento de condições crônicas, vacinação, Pré Natal e protocolos preventivos de câncer
- 5) Não realiza atividades assistenciais nestes casos, as pessoas com HIV são atendidas em serviços especializados em HIV/aids

82. Nos casos com resultado POSITIVO das sorologias para sífilis, a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Convocação do paciente
- 3) Notificação Compulsória
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Tratamento e seguimento na própria Unidade
- 6) Orientações sobre diagnóstico e tratamento
- 7) Orientações de cuidados com os parceiros
- 8) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

83. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE (suspeitos ou confirmados) a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
- 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 3) Ações educativas
- 4) Pesquisa de HIV
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose

- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Tuberculose

84. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a Unidade realiza:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na Unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação Compulsória
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações para pessoas com Hanseníase

85. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na Unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a pessoas com deficiências

86. As ações realizadas pela Unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação Compulsória de agravos relacionados ao trabalho
- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

87. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Profilaxia pós exposição (PEP) até 72h e de acordo com avaliação de risco
- 8) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 9) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 10) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 11) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 12) Encaminhamento para serviço de referência
- 13) Nenhuma das condutas anteriores

88. As ações realizadas em casos de uso abusivo de álcool são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas a dependência de álcool
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids
- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 15) Outros – Especificar: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

89. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS (exceto o álcool) são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria Unidade
- 4) Construção de um projeto terapêutico singular (PTS)
- 5) Redução de danos
- 6) Intervenção Breve
- 7) Grupos de apoio ao usuário
- 8) Grupos de apoio aos familiares
- 9) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 10) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 11) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 12) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 13) Disponibilização de insumos de prevenção as DST/aids

- 14) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)
- 15) Outros – Especificar: _____
- 16) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 17) Não temos usuários com esse tipo de demanda

90. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 3) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 4) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 5) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 6) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 7) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na Unidade
- 8) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 9) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 10) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 11) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 12) Outros - especifique: _____
- 13) Não realizamos atendimento dessa população específica

91. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) A critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Por registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Por revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

92. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a Unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, NA, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPS I ou II - Centro de Atenção Psicossocial
- 5) CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 6) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas para adultos, crianças e adolescentes
- 7) CAPS AD III - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas com leitos de observação e funcionamento 24 horas
- 8) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
- 9) SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
- 10) Comunidades Terapêuticas
- 11) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 12) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 13) Consultório na Rua
- 14) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 15) Outros Especificar: _____

- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

III. 7. Saúde Bucal

93. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescentes
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros – Especificar: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na Unidade

94. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programada
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros – Especificar: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

95. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
- 2) Restauração de amálgama
- 3) Restauração com resina composta
- 4) Extração de dente
- 5) Drenagem de abscesso
- 6) Sutura
- 7) Frenectomia
- 8) Remoção de cistos
- 9) Acesso à polpa dentária
- 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
- 11) Coleta de material para biópsia
- 12) Pulpotomia
- 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais

- 14) Tratamento de alveolite
- 15) Ulotomia/Ulectomia
- 16) Cimentação de prótese
- 17) Outro. - Especificar: _____
- 18) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

IV GESTÃO E GERENCIAMENTO LOCAL

IV.1 Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde

96. Para registro dos dados a Unidade utiliza os seguintes sistemas de informação:
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/ AB Coleta de Dados Simplificada (CDS)
- 3) e-SUS/ AB Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)
- 4) Sistema de informação próprio do município
- 5) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 6) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 7) SIS Pré Natal
- 8) SIS HIPERDIA
- 9) Outros sistemas de informação. Especificar: _____
- 10) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

97. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas médicas
- 2) Número de consultas de enfermagem
- 3) Número de atendimentos odontológicos
- 4) Número de consultas por faixa etária
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de Papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano por usuário
- 12) Outros – Especificar: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

98. Os dados da produção assistencial (número e características dos atendimentos, atividades e procedimentos) da Unidade são:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da Unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação e utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

99. O planejamento local, realizado pela equipe da Unidade, é feito com base em:
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados assistenciais da própria Unidade
- 2) Dados epidemiológicos da população da área de abrangência da Unidade
- 3) Dados epidemiológicos da população do município
- 4) Levantamentos específicos realizados pela própria Unidade

- 5) Discussões com o conjunto dos profissionais do serviço
- 6) Discussões com a participação dos usuários
- 7) A Unidade não realiza planejamento local

100. A área de abrangência da Unidade é definida:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria da Saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

101. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Dados dos programas, como Pré Natal, atenção à criança, a pessoas com doenças crônicas ou outros
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 3) Dados do cadastro das famílias
- 4) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

102. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou dos seguintes processos avaliativos:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Especificar: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

103. As avaliações realizadas nessa Unidade tiveram como desdobramento principal:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
- 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
- 3) Planejamento e reorganização da assistência da Unidade com participação do conjunto dos profissionais
- 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
- 5) Não houve modificações
- 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior

IV.2 Características do Processo Gerencial

104. A GERÊNCIA LOCAL da Unidade é exercida por:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social

- 5) Outro profissional. Especificar: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

105. A carga horária do GERENTE da Unidade é de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerência
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerência
- 7) Outra. - Especificar: _____
- 8) Essa Unidade não tem gerente

106. O relacionamento predominante da Unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

107. As REUNIÕES DE EQUIPE da Unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade:

Selecione apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

108. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Informes
- 2) Rotinas Administrativas
- 3) Escala de pessoal
- 4) Avaliação e Planejamento das atividades
- 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
- 6) Atualizações técnicas
- 7) Conflitos interpessoais
- 8) Discussão de casos
- 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
- 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
- 11) Outros – Especificar: _____
- 12) Não ocorreram reuniões

109. No último ano, os diferentes profissionais da Unidade participaram das seguintes ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO:

	Não tem o profissional	Educação permanente	Cursos treinamentos presenciais	Cursos online/EAD	Especialização	Congressos	Não fez nenhuma capacitação
Médicos							
Enfermeiros							
Dentistas							
Farmacêuticos							
Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem							
Auxiliares/Técnicos de Higiene Dental							
Auxiliares de Farmácia							
Agentes Comunitários							
Profissionais Administrativos							
Outros profissionais Especificar:							

110. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
- 2) Saúde da Mulher
- 3) Saúde da Criança
- 4) Saúde do Homem
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Mental
- 7) DST e aids
- 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
- 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 10) Outros. - Especificar: _____
- 11) Não realizou atividades

111. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da Unidade, no último ano foram:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da Unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do **Conselho Local de Saúde**
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de **pré Conferências** à Conferência Municipal de Saúde

- 8) Outros – Especificar: _____
 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

112. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de:
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao Conselho Local de Saúde (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros – Especificar: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

113. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa Unidade são:

Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais
- 14) Falta de participação da comunidade
- 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
- 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 17) Outros –Especificar: _____
- 18) Não existem obstáculos importantes

114. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):
Selecione uma ou mais alternativas

- 1) Gerente da Unidade
- 2) Médicos
- 3) Enfermeiros
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Equipe toda de profissionais
- 6) Secretário (a) Municipal de Saúde
- 7) Outros. - Especificar: _____

115. Observações / Sugestões / Críticas:
