

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Viviane Braga Lima Fernandes

Atenção à saúde para pessoas com deficiência no contexto da atenção primária em saúde: avaliação da qualidade e representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família

Montes Claros

2021

Viviane Braga Lima Fernandes

Atenção à saúde para pessoas com deficiência no contexto da atenção primária em saúde:
avaliação da qualidade e representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Antônio Prates Caldeira

Montes Claros – Minas Gerais

2021

F363a

Fernandes, Viviane Braga Lima.

Atenção à saúde para pessoas com deficiência no contexto da Atenção Primária em Saúde [manuscrito] : avaliação da qualidade e representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família / Viviane Braga Lima Fernandes. – Montes Claros, 2021.

213 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde /PPGCS, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Atenção Primária à Saúde - Pessoas com deficiência. 2. Avaliação da assistência à saúde – Qualidade – Acesso. 3. Pesquisa qualitativa. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título. IV. Título: Avaliação da qualidade e representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Reitor: Antônio Alvimar Souza

Vice-reitora: Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de pesquisa: Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de acompanhamento de projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Maria Alice Ferreira dos Santos

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de pós-graduação: André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *lato sensu*: Marcos Flávio Silveira Vasconcelos D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *stricto sensu*: Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Alfredo Maurício Batista de Paula

Coordenador Adjunto: Renato Sobral Monteiro Júnior



CANDIDATA: VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES

TÍTULO DO TRABALHO: "Atenção à saúde para pessoas com deficiência no contexto da atenção primária em saúde: avaliação da qualidade e representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família"

BANCA (TITULARES)

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira
Prof. Dr.ª Cristina Andrade Sampaio
Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto
Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna
Prof. Dr.ª Maisa Tavares de Souza Leite

ORIENTADOR

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

Prof. Dr.ª Carla Silvana de Oliveira e Silva
Prof. Dr.ª Maria Fernanda Figueiredo Brito

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Às pessoas com (d)eficiência, por suas capacidades invisíveis...

AGRADECIMENTOS

Aqui expresso palavras sinceras de agradecimentos a todos aqueles que estiveram comigo nestes anos de muito estudo, esforço e empenho.

Obrigada Deus pela presença e vigilância constante nestes quatro anos, não me permitindo desviar dos meus objetivos. Obrigada Deus, por me ouvir, me acalantar em tantos momentos difíceis, cansativos, quando precisei recobrar meu espírito de forças.

Ao meu amado Dalton, pelo carinho, incentivo, tolerância, pelas palavras, pelo bom humor e sorriso sem igual nos meus momentos de humor pouco amigável...

Aos meus filhos Gustavo, Rafael e Heitor... Saibam meus filhos que fiz esse doutorado por dois motivos principais: meu aperfeiçoamento profissional e para ensiná-los que a vida é luta e, o que quer que seja, se for importante para vocês, NÃO DESISTAM! VÃO EM FRENTE!... Fiquei distante em muitos momentos... Foram muitas horas solitárias em frente ao computador, lendo e lendo e lendo... mas também, por vezes, nem tão solitário assim: “mãããee, me ajuda aqui na tarefa?”... “mãããeee, tô com fome, o que teremos para o jantar?”... “mãããee, cadê meu pijama?”... “mããe, vamos brincar de Combate?”... (no sábado)... “mããe, tá bom de estudar, deixa para segunda!”... “mãããee... mãããeee... mãããee”...

Aos meus queridos pais Ribamar e Ivete, nunca me esquecerei de todo o esforço de vocês em deixarem sua casa em Belo Horizonte e virem para Montes Claros me dar colo e apoio com tantas funções, especialmente no final do processo. Obrigada!

Aos meus irmãos, Poli, Gá e Cau... Sei que mesmo distantes, cada um com sua rotina e suas ocupações, apostaram que eu iria finalizar mais esta jornada. Obrigada por torcerem por mim meus irmãos amados!

Ao meu sogro, cunhados, cunhadas, tios, primos, primas, sobrinhos, sobrinhas e afilhadas por torcerem por mim também. Sou muito feliz por fazerem parte da minha vida! Obrigada pelas orações e pelo pensamento positivo.

Aos amigos, anjos que nos emprestam os ouvidos... Um beijo grande! (Com carinho especialmente para Tatiana Fróes)

À Juliano Arruda por me ajudar a ressignificar....

Agradecimento especial ao meu professor, mentor e orientador, Antônio Prates Caldeira, pela honra de ter sido sua aluna em mais uma etapa da minha carreira. Agradeço sua dedicação e paciência, o que o fez, por muitas vezes, abdicar de seus momentos de descanso para me orientar. Obrigada por ter sempre acreditado e depositado sua confiança em mim ao longo de todos esses anos que se iniciaram quando eu era ainda recém-formada, na residência de medicina de família e comunidade.

Aos ilustres colegas e professores das disciplinas agradeço a riqueza dos debates que me ensinaram a pensar para além do que imaginava, especialmente na disciplina de Bioética... não me esquecerei daquelas manhãs das quintas-feiras...

Aos ilustres doutores que compuseram as bancas de qualificação e defesa, Prof^ª. Dr^ª. Cristina Andrade Sampaio (UNIMONTES), Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto (UNIMONTES), Prof. Dr. Paulo Afrânio Sant'Anna (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri), Prof^ª. Dr^ª. Maisa Tavares de Souza Leite (Universidade do Estado de Minas Gerais), Prof^ª. Dr^ª. Carla Silvana de Oliveira e Silva (UNIMONTES), Prof^ª. Dr^ª. Maria Fernanda Figueiredo Brito (Centro Universitário FIPMoc – UNIFIPMoc), presto minhas homenagens e meu respeito em tê-los como referência do conhecimento científico.

À professora Jucimere Fagundes Durães Rocha pela valorosa contribuição na análise de dados.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNIMONTES pela gentileza e pronto retorno diante de minhas dúvidas ou necessidades durante o período das disciplinas cursadas e no processo de qualificação e defesa.

Aos vereadores, aos diretores dos centros de reabilitação e de assistência a pessoas com deficiência em Montes Claros, a Nice do Amor Down, ao Marcos do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a Verinha, a Adriana e tantos outros, que me

receberam e gentilmente compartilharam informações fundamentais para o desenvolvimento desta tese.

Aos acadêmicos da Iniciação Científica Letícia, Pedro, Juliana, Mariana, Bruna e Priscila e a Franciely por tornarem possível a difícil coleta de dados.

Aos médicos e médicas da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros por gentilmente disponibilizarem parte do seu tempo em responder aos questionários.

Por fim, quero agradecer àqueles que foram o cerne desta pesquisa, ao participarem de forma direta, ou por meio dos seus cuidadores, da realização deste trabalho: as Pessoas com Deficiência.

“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades.”

(Freire, 1968)

RESUMO

Este trabalho objetivou avaliar a qualidade da atenção à saúde para pessoas com deficiência (PcD) no contexto da atenção primária em saúde (APS) e analisar as representações sociais de médicos que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família referente à assistência em saúde que prestam às PcD. Trata-se de uma investigação multifacetada, que incluiu três estudos distintos. O primeiro estudo foi uma revisão integrativa da literatura, abordando a qualidade da assistência à saúde de PcD no contexto da APS. A busca de artigos foi realizada nas bases Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, no mês de agosto de 2019, incluindo trabalhos publicados entre 2015 e 2019. Após leitura e análise de títulos e resumos, restaram 33 artigos para a revisão. De uma maneira geral, registrou-se um número muito pequeno de publicações abordando o tema. Uma boa parte dos artigos selecionados enfatizou, dentre outros, a barreira ao acesso como um grande dificultador no atendimento às PcD. Os resultados enfatizam que os profissionais da equipe da APS não são treinados adequadamente para a atenção à saúde de PcD. O segundo estudo foi um inquérito de base populacional para identificar a distribuição de PcD na comunidade e avaliar os atributos dos serviços da APS que utilizam. Foram sorteados 40 setores censitários urbanos do município, com abordagem a 20 domicílios em cada setor e aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica e do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool – PCATool*). Nos 800 domicílios visitados foram encontradas 2680 pessoas, dentre as quais 50 eram PcD, segundo registro das famílias, sendo 45 pessoas adultas e cinco crianças. As principais deficiências registradas foram a mental/intelectual (40,0%) e a física (34,0%). Em relação aos adultos, os maiores escores do PCATool foram para Acesso de primeiro contato/Utilização, longitudinalidade e Coordenação/Sistema de informações. Os demais atributos mostraram-se com valores abaixo de 6,6, com valores críticos para os atributos de Acesso de primeiro contato/acessibilidade (4,38) e serviços disponíveis (3,58). Entre as crianças, os valores mais baixos foram para Acesso de primeiro contato/acessibilidade (3,56) e Coordenação/sistemas de informação (4,67). O terceiro estudo analisou as Representações Sociais de médicos que atuam em equipes da APS sobre o atendimento à saúde para PcD, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com abordagem estrutural da Teoria do Núcleo Central. O estudo foi conduzido com utilização da técnica de evocação de palavras. Os softwares EVOC[®] e IRAMUTEC[®] foram utilizados para análise dos dados. Participaram do estudo 109 médicos, com predomínio de profissionais jovens, do sexo feminino, com menos de cinco anos de atuação nos serviços. A análise dos dados sugere que a atenção às PcD na atenção primária se orienta por uma prática truncada, permeada pelo receio e pelas dificuldades de médicos e pacientes. Os resultados apontam a necessidade urgente de reorganização dos serviços para melhoria da assistência para PcD na atenção primária. Existe uma dificuldade expressa no processo de formação e no modelo assistencial vigente que não asseguram qualidade e dignidade às PcD no contexto da atenção à saúde na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pessoas com deficiência; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of health care for people with disabilities (PwD) in the context of Primary Health Care (PHC) and to analyze the social representations of physicians who work in Family Health Strategy teams regarding the health care they provide to PwD. This is a multifaceted investigation, which included three distinct studies. The first study was an integrative literature review, addressing the quality of health care for PwD in the context of PHC. The search for articles was performed in the Virtual Health Library and Pubmed databases, in August 2019, including works published between 2015 and 2019. After reading and analyzing the titles and abstracts, 33 articles remained for review. In general, there was a very small number of publications addressing the topic. A good part of the selected articles emphasized, among others, the barrier to access as a major barrier in the care of PwD. The results emphasize that PHC team professionals are not adequately trained for PwD health care. The second study was a population-based survey to identify the distribution of PwD in the community and assess the attributes of the PHC services they use. Forty urban census tracts in the city were drawn, approaching 20 households in each tract, and applying a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool (PCATool). In the 800 households visited, 2680 people were found, of which 50 were PwD, according to the families' records, 45 adults and five children. The main deficiencies recorded were mental/intellectual (40.0%) and physical (34.0%). In relation to adults, the highest PCATool scores were for First Contact Access/Use, Longitudinality and Coordination/Information System. The other attributes showed values below 6.6, with critical values for the First Contact Access/Accessibility attributes (4.38) and available services (3.58). Among children, the lowest values were for First Contact Access/Accessibility (3.56) and Coordination/Information Systems (4.67). The third study analyzed the Social Representations of physicians who work in PHC teams on health care for people with disabilities, based on the Theory of Social Representations, with a structural approach from the Central Nucleus Theory. The study was conducted using the word evocation technique. EVOC® and IRAMUTEC® software were used for data analysis. A total of 109 physicians participated in the study, with a predominance of young female professionals, with less than five years of experience in the services. Data analysis suggests that care for PwD in primary care is guided by a truncated practice, permeated by fear and difficulties for doctors and patients. The results pointed the urgent need to reorganize services to improve care for PwD in primary care. There is a difficulty expressed in the training process and in the current care model that do not ensure quality and dignity to PwD in the context of health care in PHC.

Keywords: Primary Health Care; Persons with disabilities; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais
MeSH	Descritores Medical Subject Headings
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCA-Tool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PcD	Pessoas com Deficiência
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA	15
1.1	Da maldição à luta pela inclusão de pessoas com deficiências: um breve histórico	15
1.2	Movimento político que iniciou a inclusão de PcD na sociedade	17
1.3	A construção do conceito de “Pessoa com Deficiência”	18
1.4	Atenção à saúde de PcD no contexto da Atenção Primária no mundo	20
1.5	Avaliação da atenção primária para PcD no Brasil	22
1.6	Teoria das Representações Sociais	23
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivos específicos	26
3	PRODUTOS CIENTÍFICOS	27
3.1	Produto 1: Artigo Científico “Qualidade da assistência à saúde às pessoas com deficiências na Atenção Primária: uma revisão integrativa”	28
3.2	Produto 2: Artigo Científico “Atributos da Atenção Primária à Saúde: avaliação segundo pessoas com deficiência e seus familiares”	57
3.3	Produto 3: Artigo Científico “Representações sociais de médicos da atenção primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência”	73
4	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	99
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência”	99
	APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência”	101
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa “Representação social dos médicos da atenção primária à saúde no atendimento à pessoas com deficiências”	103
	APÊNDICE D - Questionário para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência”	105
	APÊNDICE E - Questionário para criança com deficiência	106
	APÊNDICE F - Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência	114
	APÊNDICE G - Questionário para a pesquisa “Representações sociais de médicos da atenção primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência”	124
	APÊNDICE H - Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2018: “A qualidade da assistência da atenção primária no Brasil para pessoas portadoras de deficiências: uma revisão da literatura”	126
	APÊNDICE I - Resumo FEPEG 2019: “Recomendações clínicas preventivas para pessoas com deficiências”	131

APÊNDICE J - Resumo FEPEG 2019: “Perfil sociodemográfico dos médicos da atenção primária à saúde que assistem pessoas com deficiências”	135
APÊNDICE K - Resumo FEPEG 2020: “Estrutura das representações sociais dos médicos de atenção primária sobre a assistência de pessoas com deficiências”	139
APÊNDICE L - Resumo FEPEG 2020: “Levantamento epidemiológico de pessoas com deficiências em Montes Claros, MG”	143
APÊNDICE M - Resumo FEPEG 2020: “Qualidade da assistência à saúde para pessoas com deficiência na atenção primária em Montes Claros, MG”	147
APÊNDICE N- Resumo I Congresso Interdisciplinar da Área Médica - Modalidade 2: “Referência e contrarreferência no sistema de saúde para pessoas com deficiência no Brasil: como estamos?”	151
APÊNDICE O - Resumo 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: “A fundamental e precária assistência domiciliar para as pessoas com deficiência”	156
ANEXOS	159
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência”	159
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência” (Emenda)	162
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa para a pesquisa “Representação social dos médicos da atenção primária à saúde no atendimento à pessoas com deficiências”	165
ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança	168
ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto	189

1 INTRODUÇÃO/ REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Da maldição à luta pela inclusão de pessoas com deficiências: um breve histórico

Há muito tempo, pessoas que apresentam anomalias em seus corpos, congênitas ou adquiridas, físicas, sensoriais ou mentais sempre existiram. Pessoas com deficiência, ao longoda história antiga e medieval, sofreram a rejeição e o escárnio de maneira algoz, contrapondo aos cuidados e à piedade que o Cristianismo pregava¹.

Para Silva, as condições extremamente hostis de sobrevivência na pré-história tornavam impossível que pessoas com quaisquer deficiências subsistissem naquele cenário. Acreditava-se que deficiências físicas ou mentais graves representavam a manifestação de maus espíritos ou pecados de vidas anteriores para os quais deveriam ser castigados. Crianças com deficiências eram abandonadas à própria sorte em cavernas e florestas ou lançadas em abismos. Na Roma Antiga, o infanticídio de crianças deficientes era considerado legal, sendo direcionado ao pai a concretude de tal feito. Quando adotadas por outrem, destinavam à atividade comercial em troca de exibicionismos sensacionalistas e pejorativos para os nobrese circos².

Silva também reporta ao período das guerras empreendidas na Grécia Antiga, o combate corpo a corpo, com uso de armas cortantes, que geraram muitos mutilados. O país era dotado de uma medicina bastante evoluída para a época e vários serviços de saúde. Serviços médicos na área militar eram fornecidos não somente aos soldados como também a prisioneiros mutilados. Mediante tal fato, a Grécia foi a pioneira na assistência à saúde de Pessoas com Deficiência (PcD), exceto para as crianças com deficiências congênitas².

A partir do Cristianismo, as PcD passam a ser compreendidas não como merecedora da ira divina e, sim, de cuidados. Nesta fase, a assistência às PcD tinha um cunho caritativo, onde a rejeição ou assassinato destas pessoas é substituído pelo confinamento e isolamento daqueles considerados “aberrantes” ou “inúteis”. O Renascimento, entre os séculos XV e XVII, representou um período de maior valorização do ser humano e, por extensão, das PcD. Neste momento, ganharam força a filosofia humanista e o Iluminismo cuja intenção era enaltecer a figura do homem enquanto sujeito, libertando-o da ignorância e superstição, até então, secularmente predestinado³.

Todo esse movimento de restauração da figura do Humano culminou com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão na França em 1789. Embora a Declaração não se reportasse diretamente às PcD, ela foi muito importante em um momento ulterior na história para este grupo. O Renascimento contribuiu bastante no desenvolvimento da ciência, notadamente a medicina, levando a criar casas para assistência de pessoas pobres ou com deficiências⁴. Ainda assim, com todo esse movimento restaurador, o estigma da exclusão de PcD ainda era marcante.

A partir do século XIX, Pereira³ relata que a sociedade assume um posicionamento de acolhimento e assistência às PcD vítimas de guerras ou de idosos incapacitados. Num contraponto ferrenho a essas conquistas históricas, no século XX, o regime nazista de Adolf Hitler enaltecia o Eugenuismo, com a ideologia da “pureza racial” em detrimento da condição de “corpos deficientes”, culminando no massacre de milhares de pessoas.

No século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade internacional volta sua atenção aos mutilados da guerra, já com uma concepção de maior inclusão e reabilitação. Foi um período de grandes avanços e mudanças de paradigma, enaltecendo as PcD como pessoas de direitos, meritórias de participação no corpo social. Como exemplo desse momento rico de debates foram declarados na assembleia geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1971, a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental e a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, em 1975. Em 1981, a ONU declarou o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, valorizando a proteção às PcD, com direitos civis e políticos, direito à educação e emprego, dentre outros^{4,5}.

O Brasil seguiu a mesma trajetória de marginalização, exclusão e luta pela inclusão que os registros históricos apontam. Antes mesmo da colonização, a maioria dos povos indígenas nativos já sacrificavam e matavam crianças com algum tipo de deficiência. De outro modo, os negros escravos, a partir das torturas que sofriam, desenvolviam sequelas que os tornavam deficientes e sem valor agregado aos seus patrões. Os colonizadores portugueses também foram alvo de doenças típicas do nosso país que levavam a deficiências físicas ou sensoriais. No século XIX, os conflitos militares deixaram uma grande quantidade de mutilados com precárias condições de assistência ou reabilitação⁶.

As primeiras iniciativas brasileiras de abordagem da PcD tinham um cunho caritativo e de assistencialismo. Foi comum a prática do asilamento dos ‘inválidos’ no século XIX e, a partir do século XX, começaram a serem criadas as escolas de ‘educação especial’, para os deficientes físicos e mentais, em caráter isolado. A institucionalização de PcD foi questionada a partir da segunda metade do século XX, quando o que se pregava à época era a retirada desses sujeitos para a integração em programas comunitários. Porém, esse movimento de suposta inclusão da PcD ainda estava arraigado no paradigma médico da deficiência, que argumentava que PcD eram consideradas doentes ou infortunadas e, dessa forma, necessitavam de cura ou algum amparo assistencial⁷.

1.2 Movimento político que iniciou a inclusão de PcD na sociedade

Pessoas com seus corpos marcados pela diferença estética ou funcional foram, por um longo período do pensamento ocidental, compreendidos como inválidos, anormais, monstros ou degenerados. Na era moderna, a interpretação religiosa de tais condições passou então a ser substituída, pelos conceitos biomédicos ou anatômicos, os quais interpretavam esses corpos como “doentes”. Nascia aí o Modelo Médico da Deficiência ou Modelo da Tragédia Pessoal, conceito marcado pelas desvantagens do corpo disforme dos deficientes⁸.

Em uma análise histórica do conceito de deficiência, Gaudenzi e Ortega⁸ registram que a partir da década de 1960, em contraposição a esse modelo, tem início o Movimento dos Direitos Deficientes, que reconhecia um novo paradigma, denominado *Disability Studies*, o qual pleiteava a participação de pessoas deficientes na pesquisa e nas decisões políticas que as envolviam. A partir de então, o Modelo Médico vai perdendo força, pois ser detentor de um corpo atípico não deveria ser sinônimo de estar fadado à exclusão social; a sociedade é que deveria se readequar às necessidades típicas deste grupo de pessoas. A primeira geração de teóricos do chamado Modelo Social, que contestava o Modelo Médico, eram homens com lesão medular que criticavam, veementemente, os pressupostos do materialismo histórico, a partir de ideias capitalistas que enalteciam a independência através de corpos produtivos e funcionais^{8,9}.

O modelo social defendia a ideia de que o modelo médico significava uma realidade de opressão e intensas desigualdades. À medida que esse modelo se expandia, outros movimentos sociais com retóricas semelhantes, eram agregados, tais como o movimento

feminista, antirracista e movimentos sobre as teorias de gênero. Doravante, iniciou-se a construção da legislação referente às políticas públicas para as PcD. Como resultado desses movimentos sociais, foi publicado em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a *International Classification of Functioning, Disability and Health* cujos pressupostos eram embasados na compreensão da deficiência como um estado/condição de saúde partindo de uma perspectiva biopsicossocial em direção a um plano interdisciplinar. Ainda nessa perspectiva, a Assembleia Geral das Nações Unidas elaborou, em 2006, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência seguindo os mesmos princípios previstos no modelo social da deficiência¹⁰.

Apesar dos reconhecidos avanços sociais que as PcD tiveram ao longo da história, a exclusão social e o preconceito ainda foram significativos. Na primeira metade do século XX, apesar do modelo biomédico ter desviado as concepções religiosas e reducionistas das PcD, este mesmo corpo ainda foi considerado “inapto” às funções sociais exigidas, rotulando-os em categorias como “patológicos”⁴. A própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, estabeleceu que as PcD deveriam ser “protegidas” dadas às circunstâncias de inoperância de seus corpos¹¹.

1.3 A construção do conceito de “Pessoa com Deficiência”

A construção do conceito do que se propõe ser uma *pessoa com deficiência* provém de uma complexidade de signos, representações e visões de mundo que se mesclam à propriedade intelectual da linguagem dos indivíduos culminando na reprodução de uma imagem ou conceito daquilo que é objeto de classificação¹². Vários são os modelos que expressam ideias para o que se aproxima o referido conceito, levando-se em consideração a temporalidade dos sujeitos e das convivências. Mota¹³ faz uma sinopse histórica dessas categorias conceituais, marcada por distintas visões acerca desta temática no século XX. Segundo o autor, os conceitos foram construídos desde concepções paternalistas e segregatórias até modelos que integravam mais o aspecto da influência do meio social e dos direitos humanos.

O modelo médico e o modelo social foram referências históricas nesse processo. Muitos autores contribuíram para a estruturação do conceito, o qual ainda permanece em constante debate, inclusive na direção de um novo paradigma, ainda sem consenso de denominação, o

modelo pós-social ou pós-moderno. O modelo pós-social pressupõe uma nova leitura multidisciplinar, transversal e multicultural, a partir de interlocuções do movimento feminista, de gênero e racial com o deficientismo¹⁴.

O estudo de Leite e Lacerda¹⁵ propôs-se descrever a elaboração de um procedimento metodológico para averiguar concepções de deficiência. As autoras discorrem, a partir da revisão de literatura elaborada, três enfoques para o conceito de deficiência. No primeiro, a deficiência é interpretada como atributo do sujeito, valorizando o orgânico e desprezando o meio social. O segundo enfoque é a concepção psicossocial, a qual considera a participação de fatores sociais, emocionais ou educacionais que condicionam o indivíduo a ser deficiente e diferente dos demais. O terceiro enfoque é a concepção interacionista que retrata a deficiência não como um atributo do indivíduo e, sim, socialmente construída num contexto temporal e espacial.

A partir da análise narrativa de uma mulher com deficiência física, Silva e Herzberg¹⁶ incitam à reflexão sobre os efeitos imaginários da identificação entre o ver e ser visto com deficiência. Remetem às teorias de Freud a Lacan para sustentar a formação do eu nos processos de identificação por imagens e palavras advindas do Outro. Segundo os autores, no campo social, a deficiência é concebida como ‘estranho’, ‘incapaz’ ou ‘doença’. Isto posto, o sujeito com deficiência assume uma posição de ‘deficiente’, o que regula e organiza a sua inserção no meio social, mesmo que experencie o sofrimento.

Pereira e Barbosa¹⁷ buscaram analisar os sujeitos que demandam a aposentadoria junto ao Instituto Nacional do Seguro Social diante do que depreendem ser o conceito de uma ‘pessoa com deficiência’. Apesar dos segurados utilizarem da denominação normativa da Lei para a conquista do direito, consideram a ‘deficiência’ envolvida no reconhecimento histórico, social e político de suas histórias singulares em estruturas sociais avessas ao que é diverso.

Pagliuca *et al*¹⁸ procuraram conhecer o conceito de pessoa com deficiência a partir de pessoas nessa condição. Estes sujeitos rejeitam as expressões incapacidade, perda, restrição, déficit, impedimento e exclusão. Reconhecem a expressão ‘limitado’ e com capacidade de desenvolver atividades.

Nogueira e Melo¹⁹ fazem uma crítica à denominação conceitual contida no Estatuto da Pessoa com Deficiência, embasada nas premissas da Convenção da Organização das Nações Unidas, de 2006. Enfatizam que a expressão ‘pessoa com deficiência’ não corresponde aos princípios do modelo social, mas, ao contrário, ainda reforça o modelo biomédico. Na reflexão dos autores, a palavra ‘deficiência’ está fortemente atrelada à ideia de falta de alguma estrutura ou função corporal, numa concepção biologicista. De outro modo, sugerem o termo ‘desabilidade’ como mais adequado por indicar uma inabilidade pessoal, adquirida ou inata, mas passível de interação com o meio social.

1.4 Atenção à saúde de PcD no contexto da Atenção Primária no mundo

Ao longo dos últimos quarenta anos, vários governos vêm se esforçando por aprimorar a atenção primária à saúde (APS) como um serviço de mais alta qualificação para sua população. As conferências de Alma-Ata, em 1978, e mais recentemente em Astana, em 2018, corroboraram o papel crítico da APS em todo o mundo²⁰.

Considerando a APS o espaço preferencial para a promoção da saúde no âmbito sanitário, incluindo-se aí a saúde das minorias e das PcD, a avaliação dos serviços para este grupo concentra-se no quesito acesso ou acessibilidade, especificamente para as pessoas com deficiência física²¹.

Verifica-se, ainda, a necessidade da comunidade científica dedicar-se ao desenvolvimento de mais pesquisas com um maior nível de evidência na área da APS no atendimento às necessidades de saúde das PcD. O conhecimento aprofundado desse cenário possibilitaria a reflexão para a construção de alternativas visando uma APS mais equânime e de qualidade para esses indivíduos.

Uma das propostas promissoras que a literatura registra é a assistência domiciliar. Essa modalidade de assistência configura-se como imprescindível no cuidado de PcD, interferindo na redução do risco de internação²². Da mesma forma, pessoas com deficiência intelectual logram melhor atenção em saúde no ambiente domiciliar, por representar um cuidado longitudinal e centrado na pessoa²³. O cuidado domiciliar para crianças com deficiência também se mostra fundamental^{24,25}, especialmente com a interação da equipe de saúde e a família²⁶⁻²⁸.

A literatura registra que as crianças com deficiência não possuem assistência à saúde de qualidade na APS²⁹. Adicionalmente, os profissionais de saúde alegam não estarem preparados para esta função, necessitando de intervenções diversas de outros profissionais, o que gera um cuidado fragmentado e disfuncional³⁰.

Com relação ao aprimoramento do acesso ou acessibilidade aos serviços, os investimentos tendem a ser priorizados em determinados ambientes do espaço urbano como jardins ou parques em detrimento dos serviços de saúde³¹. Mesmo havendo adaptações de mobiliários para PcD, em serviços de APS, isso não implica necessariamente em melhor cuidado; outros fatores são importantes para a prestação de assistência de qualidade, como cuidado centrado na pessoa e ambiente físico adequado³². Ainda no aspecto da acessibilidade, a disponibilidade do profissional médico nos serviços da APS deve ocorrer de maneira equitativa, considerando a distribuição geográfica de PcD³³, da mesma forma que revelou um estudo americano em que um terço das crianças encontram atrasos ou dificuldades no acesso³⁴.

Para os idosos com deficiência, a assistência à saúde na APS configura-se também como de baixa qualidade. Idosos em estágio de pós-hospitalização e em graus de maior limitação funcional, apresentam grandes disparidades de atenção à saúde³⁵. Caso estejam expostos à condição social de pobreza, esses indivíduos tornam-se mais vulneráveis ao surgimento de doenças e incapacidades, além de experimentar limitado acesso aos serviços de saúde³⁶.

O acesso aos serviços de saúde para pessoas com quadros psiquiátricos graves também representa um obstáculo, na medida em que contribui, juntamente com outros fatores como perfil socioeconômico e fatores de risco clínicos, em maior mortalidade³⁷. Existem dificuldades técnicas dos profissionais em assistir a esse grupo³⁸, além de maior probabilidade de hospitalizações por condições que são sensíveis ao cuidado primário, como infecções do trato respiratório e urinário³⁹, o que poderia ser amenizado também por um cuidado ofertado em horários alternativos⁴⁰⁻⁴².

As PcD possuem maiores necessidades de tratamento dentário quando comparadas à população geral. O serviço de saúde bucal específico para esse grupo é oneroso, apresenta limitações de acesso e com pouca capacitação dos dentistas⁴³.

A síntese da literatura revela que as PcD, pelos vários obstáculos de acesso aos serviços da APS registrados na literatura, são mais susceptíveis aos desfechos clínicos desfavoráveis que resultam de uma complexa relação de desigualdade em saúde-doença, onerando os sistemas de saúde e contribuindo para o estigma da exclusão²¹.

1.5 Avaliação da atenção primária para PcD no Brasil

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência⁴⁴ destaca importantes ações assistenciais para as equipes de saúde da família, que representam a operacionalização da APS no país. Porém, poucos estudos nacionais abordam o desenvolvimento dessas ações ou a atenção à saúde para as PcD.

Da mesma forma que registra a literatura internacional, os estudos brasileiros concentram-se em avaliar principalmente o atributo ‘acessibilidade’ da APS. As instalações físicas e sanitárias e o mobiliário das unidades de saúde não estão organizados em conformidade para o atendimento a essas pessoas⁴⁵. As PcD têm procurado cada vez mais os serviços da APS, como porta de entrada a que se propõe, e um cenário de acessibilidade arquitetônica limitada certamente prejudica a assistência.

A avaliação da APS através do instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCA-Tool)*, evidencia que não há diferença significativa de escores entre pessoas autodeclaradas com ou sem deficiência. Esse resultado reforça a necessidade de aprimoramentos do serviço para todos os usuários^{46,47}.

A assistência à saúde bucal, a partir de um estudo realizado no estado do Amazonas, mostrou-se com baixa cobertura, escasso financiamento e equipes com baixa qualificação. Além disso, o acesso ao serviço é limitado devido às condições geográficas locais⁴⁸. Os serviços odontológicos públicos para PcD não são acessíveis nas unidades de saúde devido a aspectos culturais, organizacionais, arquitetônicos, geográficos e de comunicação⁴⁹, além do que a maior parte dos procedimentos executados são curativos, denotando a procura tardia pelo tratamento odontológico⁵⁰.

Outros autores brasileiros corroboram conclusões semelhantes aos anteriores, apontando que os profissionais de saúde que assistem PcD não têm adequada formação na graduação, nem na

equipe, indicando despreparo para a função. Além disso, as unidades de saúde não dispõem de infraestrutura própria voltadas às PcD, bem como ações de saúde direcionadas a este público⁵¹.

A assistência à saúde no âmbito da APS no Brasil apresenta-se com importantes limitações para o acesso aos serviços⁵²⁻⁵⁴, necessitando de um profundo debate acerca do tema na sociedade⁵⁵.

1.6 Teoria das Representações Sociais

Diante de um mundo dotado de fenômenos multifacetados, dinâmico, habitado por seres humanos de naturezas diversas, o conhecimento produzido e adquirido se faz complexo e da mesma forma imbricado das realidades momentâneas vivenciadas. Os indivíduos, numa busca sedenta de suprir necessidades biológicas, culturais ou intelectuais, estabelecem as mais variadas conexões sociais, visando, de forma consciente ou não, o rearranjo de suas percepções⁵⁶.

A primeira base teórica que sistematizou o fenômeno das representações sociais data de 1961 na obra *La psychanalyse: son image et son public*, da autoria de Serge Moscovici. Moscovici era romeno, radicado em Paris a partir de 1948, tendo vivenciado experiência de racismo e discriminação. Segundo ele, a psicologia social poderia aclarar o que significavam as tensões decorrentes dos fenômenos econômicos, políticos, históricos e sociais. Além disso, Moscovici interessou-se, particularmente, pelo estudo da fenomenologia, por considerar as experiências individuais, simbolismos e interações em um mundo holístico e não fragmentado. Nascia aí a Teoria das Representações Sociais (TRS)⁵⁷.

Segundo Morera *et al*⁵⁸, o pressuposto básico da TRS é o de que não existe distinção entre o indivíduo e a coletividade ou entre o sujeito e o objeto. Ambos existem e se relacionam dentro de um mesmo contexto social, interacional. Representações Sociais (RS) são constituídas por elementos figurativos, normativos, ideológicos, além de crenças, valores e atitudes os quais intentam à resignificação da realidade, num direcionamento contínuo entre a ação, a reflexão e permeado pelo momento histórico. Ou seja, não existe realidade pragmática. As RS socialmente construídas é que definem o mundo tal qual o entendemos e replicamos.

As RS são fatos estruturados mentalmente que dão significado e sentido aos objetos sociais, mantendo-os coesos na sociedade. O objeto, ao ser nomeado e definido, configura a criação da identidade grupal, tornando homogênea a sua comunicação, a partir de RS pré-construídas. Mesmo que este objeto não se enquadre em alguma categoria pré-estabelecida no grupo social, o meio o absorve em algum outro campo afim do conhecimento passível de racionalizá-lo e torná-lo fluido e imerso ao senso comum⁵⁹.

As concepções de Moscovici no desenvolvimento da TRS desdobraram-se em outras abordagens a essa teoria igualmente importantes. Segundo Bertoni e Galinkin, denominam-se abordagem cultural, liderada por Denise Jodelet; abordagem societal, defendida por Willen Doise, e a abordagem estrutural liderada por Jean-Claude Abric⁶⁰.

Ainda segundo Bertoni e Galinkin⁶⁰, Jodelet incorpora os aspectos da vitalidade, transversalidade e da complexidade como três particularidades das RS. Quanto à vitalidade, corrobora a necessária interseção entre o sujeito e o social para se compreender as RS construídas. No aspecto da transversalidade, Jodelet alberga as ciências humanas, caracterizando a configuração psicossociológica das RS. Por fim, a autora destaca a complexidade em se compreender o funcionamento psíquico do sujeito e o funcionamento do sistema social posto que ambos se confundem e são imersos nessas representações.

A abordagem societal enfatiza a perspectiva sociológica do indivíduo em inter-relação com o coletivo e os grupos. Doravante, postula-se a análise intrapessoal, como a maneira como o sujeito se organiza internamente frente às suas experiências com o meio social; a análise interpessoal, destacando a dinâmica das relações entre os indivíduos numa determinada circunstância e a análise intergrupal, representando as diferentes associações dos sujeitos em seus respectivos grupos embasados num sistema de crenças, normas e representações que os definem⁶⁰.

A terceira abordagem supracitada é a estrutural, conduzida por Jean-Claude Abric, o qual desenvolveu a “Teoria do Núcleo Central” (TNC), na intenção de identificar a estrutura das RS. Segundo este autor, as RS são uma organização significativa e não simples reflexo da realidade, as quais podem ser apresentadas num sistema de pré-codificação representando as crenças, opiniões e atitudes acerca do objeto em questão. Assim, a representação está organizada em torno de um núcleo central, mais estável e homogêneo, que determina a

significação primeira do objeto. Em torno do núcleo central, apresentam-se os elementos periféricos os quais indicam os componentes mais fluidos da representação, conferindo a dimensão evolutiva da representação⁶⁰.

As ciências da saúde vêm apresentando um particular interesse no estudo das RS. Rocha *et al*⁶¹ analisaram as RS dos usuários das Estratégias de Saúde da Família sobre o Programa Mais Médicos. Pinho *et al*⁶², ainda no contexto do Programa Mais Médicos, fizeram um estudo das RS dos profissionais médicos acerca dos problemas mais frequentes que afetam o processo de trabalho nesse contexto. Shimizu *et al*⁶³ avaliaram as RS para o que seja ‘saúde’ e ‘doença’ a partir dos integrantes de movimentos sociais da saúde. Em outro estudo, nessa mesma linha, procurou-se conhecer as RS a partir das percepções de “saúde” e “doença”, partilhadas por acadêmicos de medicina⁶².

Na análise da literatura, embora se registre um crescente número de publicações abordando as RS junto aos profissionais de saúde, não foram identificados estudos abordando a percepção desses profissionais acerca dos cuidados dirigidos às PcD. É no contexto dessa lacuna identificada que se assenta parte do presente estudo, que buscou alcançar um recorte das RS, junto aos médicos de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta utilizará a TNC, identificando a significação mais robusta do objeto junto aos médicos entrevistados e, adicionalmente, os elementos periféricos os quais indicam os componentes mais fluidos da representação, que podem aferir a dinâmica das RS por parte do grupo avaliado.

2 OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

- Avaliar a qualidade da atenção à saúde para pessoas com deficiência no contexto da atenção primária em saúde e analisar as representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da Família quanto à atenção à saúde de pessoas com deficiência.

2.2 - Objetivos específicos

- Elaborar uma revisão integrativa da literatura acerca da qualidade da assistência à saúde às pessoas com deficiências no contexto da Atenção Primária;
- Identificar a prevalência de pessoas com deficiência na comunidade e, a partir delas, avaliar a qualidade da assistência segundo os atributos dos serviços de atenção primária que utilizam;
- Analisar as representações sociais de médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família quanto à atenção à saúde de pessoas com deficiência.

3 PRODUTOS CIENTÍFICOS

Em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de produtos técnico-científicos, a saber:

3.1 Produto 1: Artigo Científico “Qualidade da assistência à saúde às pessoas com deficiências na Atenção Primária: uma revisão integrativa”, formatado segundo as normas da Revista *Journal of Human Growth and Development* (B1)

3.2 Produto 2: Artigo Científico “Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a pessoa com deficiência e seus familiares”, formatado segundo as normas da Revista *Cadernos de Saúde Coletiva* (B1)

3.3 Produto 3: Artigo Científico “Representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da família sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência”, formatado segundo as normas da Revista *Cadernos de Saúde Pública* (A2)

3.1 Produto 1:

Título: Qualidade da assistência à saúde às pessoas com deficiências na Atenção Primária: uma revisão integrativa

Title: Quality of health care for people with disabilities in Primary Care: an integrative review

Autores:

- Viviane Braga Lima Fernandes – Professora do Departamento de Saúde Mental e Coletiva da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNIMONTES; e-mail: viviane.fernandes@unimontes.br
- Roberta Juliana Rocha Ramos – Acadêmica do curso médico da UNIMONTES; e-mail: robertajulianaramos@hotmail.com
- Pedro Gabriel Alves Ferreira - Acadêmico do curso médico da UNIMONTES; e-mail: pedro.gabriel1996.pgaf@gmail.com
- Antônio Prates Caldeira – Professor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da UNIMONTES; Doutor em Pediatria; e-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

Autor correspondente:

Viviane Braga Lima Fernandes

Rua Três Corações 476, bairro Ibituruna, Montes Claros, MG. CEP 39401-343

Telefone: (38) 99153-7141

E-mail: viviane.fernandes@unimontes.br

Não há financiamento para esta pesquisa

Qualidade da assistência à saúde às pessoas com deficiências na Atenção Primária: uma revisão integrativa

Quality of health care for people with disabilities in Primary Care: an integrative review

Resumo

Introdução: A atenção primária à saúde vem sendo cenário de constantes reflexões acerca da atenção à saúde de qualidade para as populações, incluindo as pessoas com deficiências. Apesar disso, são poucos os estudos nacionais ou internacionais que abordam o desenvolvimento das ações ou da atenção à saúde especificamente para as pessoas com deficiências. Os estudos registram que estes indivíduos vivenciam piores resultados em saúde devido à dificuldade de acesso aos serviços e diferenças na qualidade do cuidado.

Objetivo: Identificar e analisar as produções científicas sobre avaliação da qualidade da assistência para pessoas com deficiência no âmbito da atenção primária à saúde. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura. A busca de artigos foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed, no mês de agosto de 2019. Foram considerados como critérios de inclusão os trabalhos publicados entre 2015 e 2019, incluindo textos em português, inglês e espanhol. **Resultados:** Foram identificados 2025 trabalhos na base Pubmed e 407 trabalhos na Biblioteca Virtual. Após leitura e análise de títulos e resumos, remanesceram na base Pubmed 27 publicações e na base Biblioteca Virtual, cinco publicações, resultando num total final de 32 artigos eleitos para a presente análise. De uma maneira geral, registrou-se um número muito pequeno de publicações abordando o tema de revisão. Uma boa parte dos artigos selecionados enfatizou, dentre outros, a barreira ao acesso como um grande dificultador no atendimento às pessoas com deficiência. Os profissionais da equipe de cuidados primários que assistem esses indivíduos não são treinados adequadamente para este trabalho, apesar da literatura registrar que a equipe interdisciplinar produz melhor efeito no cuidado, especialmente no ambiente domiciliar. **Conclusão:** A assistência à saúde de pessoas com deficiências na atenção primária é tema ainda pouco abordado na literatura. Estes indivíduos necessitam do apoio de uma equipe interdisciplinar, maior acesso aos serviços e, como estratégia adjuvante na abordagem do cuidado, o contexto domiciliar.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência em Saúde.

Abstract

Introduction: Primary health care has been the scene of constant reflections on quality health care for populations, including people with disabilities. Despite this, there are few national or international studies that address the development of actions or health care specifically for people with disabilities. Studies report that these individuals experience worse health outcomes due to the difficulty of accessing services and differences in the quality of care. **Objective:** to identify and analyze scientific productions on assessing the quality of care for people with disabilities in the context of primary health care. **Methods:** This is an integrative literature review. Search for articles was carried out in the Virtual Health Library and Pubmeddatabases in August 2019. Inclusion criteria were productions published between 2015 and 2019, including Portuguese, English and Spanish languages. **Results:** We identified 2025 papers in Pubmed database and 407 in Virtual Health Library database. After reading and analyzing titles and abstracts, 27 publications remained from Pubmed database and five publications from Virtual Health Library database, resulting in 32 articles chosen for this analysis. In general, a small number of publications addressing the subject of this review wererecorded. A good part of the selected articles emphasized, among others, the barrier to access as a major obstacle in serving people with disabilities. The primary care team professionals who assist these individuals are not adequately trained for this work, despite the literature recording that the interdisciplinary team has a better effect on care, especially in the home environment. **Conclusion:** Health care for people with disabilities in primary care is a topic that is still little addressed in the literature. These individuals need the support of an interdisciplinary team, greater access to services and also, as an adjunct strategy in the approach to care, the home environment.

Keywords: Disabled Persons; Primary Health Care; Health Evaluation; Quality of Health Care.

Introdução

Desde a Conferência Internacional de Alma-Ata, em setembro de 1978 no Cazaquistão, até a mais recente Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde em Astana, a atenção primária à saúde (APS) vem sendo cenário de constantes reflexões acerca da atenção à saúde de qualidade para as populações¹. Com base em seus atributos de atenção e sua concepção integral do processo de saúde-doença², os serviços de APS representam o espaço preferencial para a promoção da saúde no âmbito sanitário, incluindo-se aí a saúde das minorias, como as pessoas com deficiências (PcD).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência destaca importantes ações assistenciais para as equipes de saúde da família, que representam a operacionalização da APS no país³. Porém, poucos estudos nacionais abordam o desenvolvimento dessas ações ou a atenção à saúde para as PcD. Alguns trabalhos registram que PcD experenciam uma importante diferença na qualidade aos cuidados em saúde, com dificuldades no acesso e piores desfechos clínicos^{4,5,6}.

A variabilidade das necessidades apresentadas pelas PcD torna difícil uma avaliação única e global. Quase sempre as avaliações se concentram em aspectos da acessibilidade arquitetônica, considerando a maior prevalência das deficiências que envolvem a mobilidade⁷. Outras minorias são frequentemente esquecidas e alguns artigos conclamam para abordagens mais profundas⁸⁻¹⁰. Esse fato, destaca a necessidade de uma análise mais profunda da literatura, de forma a identificar quais os aspectos têm sido abordados, como e quais resultados são registrados. De forma adicional, uma análise acurada da literatura possibilitará também a aproximação com experiências exitosas em diferentes partes do mundo e oportunidade de melhoria dos cuidados.

Conhecer a qualidade da assistência e o desempenho das equipes de APS em relação aos cuidados às PcD possibilitará aos gestores e profissionais de saúde uma reflexão sobre suas ações, com vistas à reorientação da prática e do modelo assistencial. O presente artigo tem como objetivo identificar e analisar as produções científicas sobre avaliação da qualidade da assistência para PcD no âmbito da atenção primária à saúde.

Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, que permite a identificação, compilação e síntese do conhecimento já produzido acerca de um assunto em específico, originando conclusões reflexivas para outras possíveis oportunidades de pesquisa¹¹. A pergunta inicial norteadora para a condução desta pesquisa foi: *“Como é avaliada a assistência à saúde para pessoas com deficiências na atenção primária?”*

A estratégia de busca na literatura foi direcionada às bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde – Portal BVS e Pubmed, e a pesquisa realizada no mês de agosto de 2019. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS) na BVS: “Pessoas com deficiência” *and* “atenção primária à saúde” *and* “avaliação em saúde”. Para o portal Pubmed

foram utilizados os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH): “*primary health care*” and “*persons with disabilities*” and “*quality of health care*”. Foram considerados como critérios de inclusão os trabalhos publicados entre 2015 e 2019, considerando a necessidade de publicações mais recentes, incluindo textos em português, inglês e espanhol. Foram considerados critérios de exclusão as publicações duplicadas, artigos de opinião, relatos de casos, outros estudos de revisão e textos que não se enquadrassem na delimitação da questão norteadora.

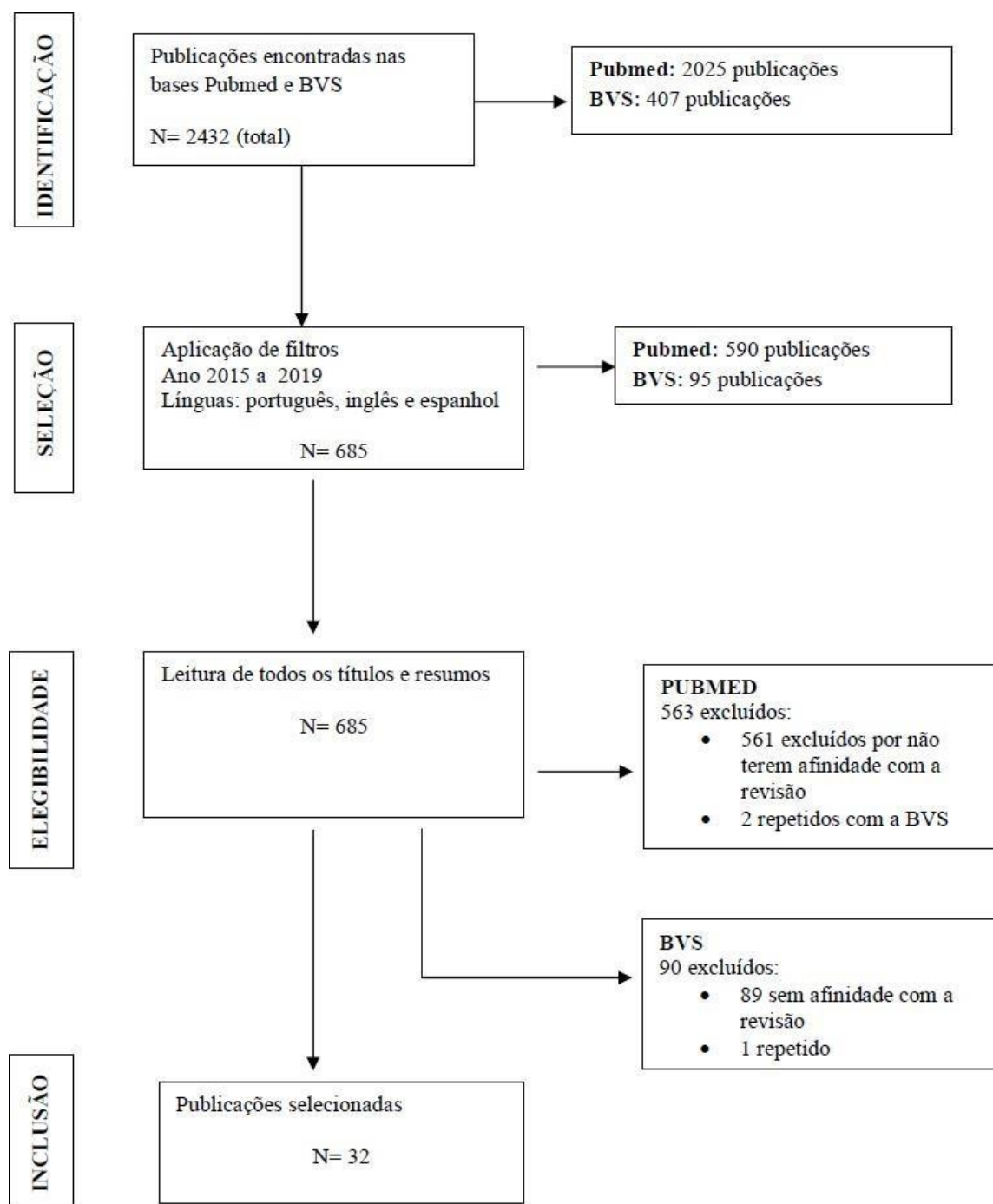
A pesquisa e análise do material selecionado foi conduzida por quatro revisores. A pesquisa inicial foi realizada por três revisores de forma independente para a seleção dos textos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Quando haviam divergências entre os revisores sobre a inclusão ou exclusão de algum texto, um quarto revisor avaliava o material, definindo-se cada situação por consenso do grupo. Os textos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e dos resumos, inicialmente, e quando havia dúvida sobre o conteúdo, o texto era lido na íntegra, antes da definição pela inclusão ou exclusão.

Resultados

No total, foram identificados 2025 trabalhos na base Pubmed e 407 trabalhos na base BVS. Após aplicação dos filtros do intervalo do ano e idiomas, restaram para leitura de títulos e resumos, respectivamente, 590 e 95 publicações. Dessa forma, após leitura e análise de todas elas, pelos quatro autores, remanesceram na base Pubmed 27 publicações incluídas e na base BVS, cinco publicações, resultando num total final de 32 trabalhos eleitos para o presente artigo. A figura 1 mostra o fluxograma sistematizado da busca das referidas pesquisas com a discriminação quantitativa das etapas.

A análise criteriosa dos artigos permitiu definir algumas dimensões sobre as quais se concentraram os estudos: (1) Avaliação no contexto da assistência domiciliar; (2) Avaliação de atributos da APS na atenção às PcD, (3) Avaliação da assistência à saúde de crianças com deficiências; (4) Avaliação da assistência à saúde de idosos com deficiências; (5) Avaliação da saúde mental e atenção às PcD; (6) Avaliação da saúde bucal para PcD e (7) A gestão do cuidado para PcD.

Figura 1 – Etapas de seleção de publicações para a revisão integrativa.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

A literatura registra uma limitada produção de trabalhos que abordam a qualidade da assistência à pessoa com deficiência na APS. A maior parte dos estudos avalia um grupo ou condição especial, sem uma análise global da atenção à saúde. Não se registra uniformidade de instrumentos para aferição da qualidade da assistência. Considerando esse contexto, os trabalhos identificados serão discutidos a partir das dimensões elencadas.

Avaliação no contexto da assistência domiciliar

A assistência domiciliar, promovida por uma equipe interdisciplinar, representa, de forma incontestável, uma ferramenta fundamental para o cuidado de pessoas, em especial PcD, objetivando melhorar a funcionalidade e bem-estar do indivíduo e reduzir o risco de internações¹². O estudo de Hernandez *et al* destaca que o cuidado domiciliar na atenção primária representa uma abordagem inovadora para o acesso à saúde de qualidade para a pessoa com deficiência intelectual, na medida em que o cuidado deixa de ser fragmentado e passa a ser realizado de maneira longitudinal, coordenado e centrado na pessoa¹³. Os autores descreveram como uma organização de assistência médica que fornece serviços especializados a aproximadamente 8.000 indivíduos apresentando deficiência intelectual, avaliaram seus processos de trabalho a partir de seis critérios de controle de qualidade do Comitê Nacional de Garantia de Qualidade nos Estados Unidos. Os resultados mostraram que as práticas de assistência interdisciplinar melhoram o acesso e a continuidade dos serviços, além de tornar eficaz estratificação de risco dos pacientes, dentre outros¹³.

Outros estudos, abordando exclusivamente o cuidado domiciliar para crianças, registraram que a assistência domiciliar é fundamental para as crianças com deficiências pois elas tendem a utilizar mais os serviços devido às suas necessidades peculiares^{14,15}. Miller *et al* demonstraram que três dos cinco componentes que definem a assistência médica domiciliar para a Academia Americana de Pediatria (atendimento centrado na família, coordenação de cuidados e obtenção dos encaminhamentos necessários) foram os que mais contribuíram na redução do tempo dispendido pelas famílias para o cuidado destas crianças em casa¹⁴.

Em 2016, segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde da Criança, nos Estados Unidos, 43,2% de crianças com deficiências receberam atendimento dentro de todos os critérios necessários para o atendimento domiciliar, ou seja, menos da metade delas¹⁵. A coordenação de

cuidados num ambiente domiciliar centrado na família, e de acordo com o que os pais consideram ser importante, está associado a uma menor probabilidade de incapacidade funcional nestas crianças, o que, por sua vez, reduz as necessidades em saúde não atendidas^{16,17}.

Nenhum artigo brasileiro foi identificado abordando o contexto da assistência domiciliar à PcD. Esse fato representa uma oportunidade de investigações futuras, considerando que o país tem uma grande rede de equipes de cuidados primários e essas equipes devem assumir prioritariamente os cuidados domiciliares¹⁸.

Avaliação de atributos da APS na atenção às PcD

Os estudos para avaliação dos atributos da atenção primária concentraram-se especialmente no quesito ‘acesso/acessibilidade’. Martins et al, a partir de *check list* elaborado da Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas, realizaram medidas do padrão arquitetônico nas áreas internas dos 98 prédios onde funcionam todas as unidades de saúde da família do município de João Pessoa, Paraíba¹⁹. Os resultados registraram que as instalações físicas, mobiliários e instalações sanitárias não estão adequadamente organizadas para o atendimento.

Num estudo conduzido nos Estados Unidos, avaliou-se a disponibilidade ou não de mesa de exame clínico com altura ajustável a indivíduos com e sem deficiência. A pesquisa ocorreu ao longo de sete meses com os pacientes da sala de espera. Verificou-se que a presença de mesas de altura ajustável pode não representar melhoria do atendimento de PcD, não significando maior probabilidade de serem examinadas. Os autores concluem que outros fatores são necessários para a prestação de assistência de qualidade como cuidado centrado na pessoa, ambiente físico adequado, dentre outros²⁰.

As PcD têm procurado cada vez mais os serviços da atenção primária, como porta de entrada a que se propõe, e um cenário de acessibilidade arquitetônica limitada certamente prejudica a assistência¹⁹. Na Inglaterra, dados do Escritório de Estatísticas Nacionais e um sistema de informações geográficas foram utilizados para analisar a distribuição espacial de médicos ao longo do território inglês²¹. O estudo mostrou que é necessário considerar a variação geográfica da prevalência de PcD e a distribuição espacial dos médicos mais equitativa para o cuidado.

Almeida *et al* utilizaram o questionário *Primary Care Assesment Tool (PCA-Tool)* em usuários autodeclarados com e sem deficiência de cinco unidades básicas de saúde no município de São Paulo²². Foram avaliados os atributos essenciais e os derivados da atenção primária a partir da percepção destes usuários. Não houve diferença significativa entre os dois grupos, sendo que os serviços atendem parcialmente as demandas de saúde dos usuários, mas com a necessidade de mudanças na organização da atenção primária.

O PCA-Tool também foi utilizado em uma avaliação dos atributos da atenção primária na atenção à saúde de crianças²³. Os autores observaram que três atributos apresentaram escores acima do ponto de corte para a população deficiente e dois para a população sem deficiência. Concluem que, em geral os dados não apresentam diferenças significativas entre crianças com e sem deficiência segundo a visão dos cuidadores. Mas destacam um escore geral abaixo do satisfatório nos dois grupos, o que representa a necessidade de maior aderência aos princípios da APS.

Não foram identificados estudos com abordagem mais profunda acerca dos atributos da APS. Entende-se que, além da acessibilidade, a coordenação dos cuidados deva ser um atributo continuamente aprimorado na atenção às PcD, de modo a otimizar a assistência nos diferentes níveis de cuidado.

Avaliação da assistência à saúde de crianças com deficiências

O empoderamento das famílias, no referido contexto de coordenação de cuidados, configura uma ferramenta promissora na melhoria da assistência, na medida em que promove uma maior interação da família com a equipe de saúde, especialmente o médico, inclusive já iniciando o preparo das crianças para a transição de cuidados para a idade adulta^{24,25}. As crianças com deficiências e suas famílias apresentam necessidades variadas exigindo parcerias profícuas como tripé equipe de saúde, comunidade e pais²⁶. Em um estudo, no qual os pais de crianças com paralisia cerebral avaliaram os serviços centrados na família, os melhores resultados basearam-se nos aspectos do respeito e o cuidado de suporte, abrangente e coordenado, não obstante os menores níveis de cuidado no contexto da atenção primária comparado à atenção especializada²⁷.

Apesar dos esforços no aprimoramento da assistência no contexto da atenção primária, e o reconhecimento dos pais quanto aos cuidados ofertados, ainda existem desigualdades na atenção à saúde para estas crianças²⁸. Os profissionais de saúde relatam também que não são devidamente treinados para lidar com essas crianças, com suas complexidades de saúde, nem mesmo nas decisões compartilhadas com a família, sendo necessários planos de ação compartilhados com outros profissionais e especialistas, o que por sua vez gera uma disfunção do cuidado e um desconhecimento do histórico de vida da criança quando se torna adulta²⁹.

Para Quaresma *et al*²³, os quais avaliaram os atributos da APS pelo instrumento PCA Tool - Brasil (versão criança), para crianças com ou sem deficiência, a atenção à saúde configurou-se como de baixa qualidade, representando um grande desafio para os profissionais de saúde e gestores. Faz-se necessário uma melhor qualificação dos trabalhadores e políticas robustas e de factível implantação para superar as lacunas existentes na prestação deste cuidado.

Um estudo conduzido por Chien *et al*³⁰ utilizou dados do extrato do programa Medicaid nos Estados Unidos, de nove estados americanos, os quais descreveram que a qualidade dos cuidados primários prestados às crianças com deficiência está abaixo do ideal. Os autores concluíram que as principais áreas que precisam ser aperfeiçoadas são a prevenção de agravos, a abordagem de quadros agudos e o gerenciamento de condições crônicas.

Em se tratando de fatores facilitadores ao acesso aos serviços, dados de pesquisa telefônica detalhada com mais de 40 mil pais de crianças com deficiência, nos Estados Unidos, revelaram que um terço das crianças encontram atrasos ou dificuldades no acesso³¹. Num outro estudo, que também utilizou dados da mesma pesquisa nos Estados Unidos, a partir de 49.242 entrevistas de pais de crianças com deficiências, evidenciou-se que os piores índices de assistência são para as crianças de grupos étnicos e raciais minoritários, com situação financeira de baixa renda e com as piores condições clínicas de saúde³².

Avaliação da assistência à saúde de idosos com deficiências

O grupo de pessoas idosas com deficiência é o segundo grupo mais avaliado na literatura, em relação aos estudos sobre PcD. Todavia, grande parte das publicações com esse grupo não destacam se as deficiências avaliadas são mais antigas ou restritas à condição de senilidade. Em

outras palavras, existe uma tendência para mensuração conjunta de deficiências, incapacidades e dificuldades funcionais⁷. Adicionalmente, poucos estudos enfatizam os cuidados primários em saúde e a avaliação da qualidade.

Numa avaliação de coorte de idosos assistidos pelo Medicare, nos Estados Unidos, as disparidades em relação cuidados recibos e recomendados segundo o estágio de incapacidade revelou que estas foram mais acentuadas nos cuidados relacionados ao acompanhamento pós-hospitalização e, em menor grau, no atendimento a condições crônicas e nos cuidados preventivos³³. Para os autores, os idosos em estágios mais elevados de limitação de atividade experimentam disparidades substanciais no recebimento dos cuidados recomendados.

Idosos com deficiência representam, provavelmente, o grupo de pessoas mais vulneráveis no enfrentamento de adversidades em saúde. Num estudo realizado com seis países, os autores observaram que idosos com deficiência recebem cuidados de saúde substancialmente mais inferiores em comparação com idosos que não sofrem qualquer forma de deficiência³⁴. O estudo, entretanto, não focou especificamente em serviços da atenção primária.

O estudo de Heller *et al* comparou dois grupos de pessoas acima de 50 anos com deficiência física que recebiam atendimento do Programa Medicaid³⁵. Um grupo representava a forma de financiamento direto pelo estado ao provedor (com média de idade de 60 anos), e o outro grupo na forma de pagamento de taxa a um plano de cuidados gerenciados por cada pessoa inscrita (com média de idade de 59 anos), totalizando um número de 1.636 entrevistas concluídas. Dispôs-se de uma escala adaptada do instrumento “Pesquisa de Avaliação do Consumo de Sistemas e Profissionais de Saúde”, bastante utilizada pelo Medicaid, onde foi constatado que cuidados em saúde são melhores se ocorrerem o atributo da longitudinalidade da assistência, o conhecimento dos profissionais acerca das condições clínicas dos pacientes, o atributo da coordenação do cuidado e a consideração do desejo do paciente no seu plano de cuidados.

No Canadá, um modelo de atenção primária coordenada em equipe foi implantado e posteriormente avaliado em instituições de longa permanência para idosos. A partir de dados dos Serviços de Saúde de Emergência, mantido pelas ambulâncias usadas no transporte, antes e após a implantação do modelo de cuidado coordenado, através de ligações telefônicas para estes serviços de dez instituições, foram elaborados os gráficos dos resultados. Houve uma redução de

36% na transferência de idosos para serviços de emergência, especialmente devido ao atributo da longitudinalidade do cuidado da APS e grande envolvimento da equipe, principalmente do médico³⁶.

Avaliação da saúde mental e atenção às PcD

Segundo o Relatório Mundial da Pessoa com Deficiência⁷, da Organização Mundial da Saúde, a deficiência deve ser entendida como algo complexo, dinâmico e multidimensional. O documento evidencia este conceito a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde que relaciona a funcionalidade e deficiência numa interação ativa entre fatores ambientais e pessoais com distúrbios de saúde. Sendo assim, não se elencam “grupos de diagnósticos” para classificações. Para a saúde mental, neste aspecto, há que se relativizar cada indivíduo que apresente determinada condição clínica em manifestar ou não uma perda de funcionalidade.

Segundo um estudo randomizado que avaliou o efeito de um modelo de acesso à saúde para indivíduos com deficiências psiquiátricas graves, as pessoas com tais transtornos apresentam altas taxas de comorbidades e mortalidade principalmente por problemas de acesso à saúde, aspectos socioeconômicos e fatores de risco clínicos³⁷. O estudo destaca que a falta de coordenação e continuidade dos cuidados em saúde mental, pode comprometer sobremaneira o atendimento médico a essas pessoas. Os autores evidenciaram nesta pesquisa que a presença de um profissional enfermeiro, com conhecimento de comorbidades médicas e psiquiátricas, atuando em equipe interdisciplinar de saúde pode contribuir na melhor integração do cuidado para indivíduos com transtornos psiquiátricos significativos.

Os profissionais da atenção primária têm dificuldades em assumir o tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos moderados e graves no seu cenário de prática. Não raro que exista estigma e discriminação, e assim, essas pessoas são referenciadas a outros serviços especializados³⁸. Com isto, configura-se uma alta probabilidade de as pessoas com transtornos mentais serem admitidas em serviços de emergência por condições que são sensíveis ao cuidado primário, como infecções do trato respiratório e urinário, o que, sendo a atenção primária ofertada de forma efetiva e oportuna poderia reduzir estas hospitalizações³⁹. Estudos apontam que o cuidado primário ofertado fora do horário padrão de trabalho é importante e necessário especialmente para as pessoas com deficiência intelectual que apresentam epilepsia, no intuito de

melhorar a atenção. Uma melhor assistência à saúde destes indivíduos, em horários alternativos, pode reduzir as internações evitáveis⁴⁰⁻⁴².

Avaliação da saúde bucal para PcD

Embora não abordem especificamente o contexto da Atenção Primária à Saúde, alguns estudos têm ênfase na avaliação da saúde bucal para PcD⁴³⁻⁴⁶. Esses estudos destacam aspectos epidemiológicos, educativos e relativos à iniquidade nos cuidados de saúde bucal para esse grupo populacional.

As PcD possuem maiores necessidades de tratamento dentário quando comparadas à população geral, porém, paradoxalmente, menos acesso a esse serviço⁴⁷. Quando conseguem o acesso, são submetidos a tratamentos menos conservadores com maior número de extrações dentárias. Na França, um sistema de coordenação de cuidados, chamado de ‘Rede de Saúde’, financiado pelo governo, tem por objetivo melhorar a dificuldade de acesso para este grupo vulnerável. De acordo o estudo de Gondlach *et al*, que avaliou este sistema de rede, houve melhora do acesso e intervenção preventiva apenas a nível local, na região geográfica que contemplava a rede⁴⁷. Porém, esse sistema de coordenação de cuidados mostrou-se oneroso, ainda com dificuldades no acesso pela PcD e com necessidade de treinamento de dentistas.

A gestão do cuidado para PcD

De acordo Bowers *et al*, que avaliaram o impacto da gestão dos coordenadores de assistência do Medicaid às pessoas inscritas com deficiências, a coordenação eficaz dos processos da assistência está associada a melhores resultados de saúde para os usuários⁴⁸. Os autores recomendam que sejam priorizadas estratégias de coordenação de cuidados centrados na pessoa e programas de treinamento que estreitem as relações de qualidade entre coordenadores do sistema e consumidores. Havendo comprometimento do cuidado, as PcD possuirão maiores necessidades de saúde não atendidas.

Em um estudo canadense, os autores observaram que pacientes com deficiência apresentavam maiores desvantagens sociais em comparação com seus pares sem deficiência e eram mais

propensos a usar os serviços de emergência, sugerindo que eles tinham necessidades de saúde não atendidas⁴⁹. O estudo conclui que, possivelmente, uma equipe interdisciplinar de cuidadores com foco na atenção da PcD, pode melhorar a qualidade da atenção.

Ao se propor a visibilidade das capacidades destes indivíduos, excluídos da sociedade por suas incapacidades, por exemplo, pelo maior apoio humano, maior disponibilidade de informações sobre suas condições clínicas e melhor mobilidade, há que se esperar uma redução das desigualdades no acesso à saúde⁵⁰. Porém, deve-se ressaltar que, em idosos com algum grau de deficiência que necessita de um cuidador para auxiliá-lo nas atividades básicas da vida diária, o cuidador também deve ser alvo da atenção da equipe de saúde⁵¹.

Este estudo se propôs a fazer um levantamento na literatura acerca de como ocorre a avaliação da assistência à saúde, no cenário da APS, para as PcD. De uma maneira geral, o que se pode observar é que de todos os artigos identificados a partir dos descritores propostos, um número muito pequeno de publicações abordou o tema desta revisão. Não existe uniformidade de instrumentos para avaliar a qualidade do cuidado para a PcD. Outra condição é a parca produção de trabalhos, dentro do escopo desta revisão, que abordem a assistência a grupos específicos, como adolescentes e mulheres com deficiências na atenção primária^{52,53}, tampouco para a população indígena da qual não se conhece o panorama do perfil de deficiências⁵⁴. Este fato reitera a condição de invisibilidade que as PcD assumem na sociedade, no meio acadêmico e da própria pesquisa.

As PcD estão em situação de grande vulnerabilidade social e de saúde, além de representarem custos significativos, diretos e indiretos, ainda que de difícil mensuração, para os governos. A condição de não possuírem acesso à saúde de forma adequada, os tornam mais suscetíveis a condições clínicas potencialmente graves, o que origina um ciclo vicioso e perverso de propagação de estigma-desigualdade em saúde-doença, onerando ainda mais os sistemas de saúde com os resultados catastróficos desta interação⁷.

Uma boa parte dos artigos selecionados enfatizou a barreira ao acesso como um grande dificultador no atendimento às PcD, mas com ênfase apenas em barreiras arquitetônicas. Todavia, um olhar mais profundo permite concluir que as barreiras são geográficas, físicas, culturais, políticas, organizacionais, mesmo com alguns locais onde o acesso foi melhor, mas

ainda com necessidade de aprimoramento⁴. Naturalmente a questão é complexa, já que alguns indivíduos não reconhecem suas possíveis deficiências ou podem sentir-se estigmatizados na medida em que experenciam alguma deficiência que configura uma barreira em si, ao acesso⁵⁵. Os profissionais da equipe de cuidados primários que assistem às PcD não são treinados adequadamente para este trabalho, notadamente os médicos, nem mesmo os administradores em saúde que desconhecem o aparato necessário de equipamentos para o atendimento adequado⁵⁶.

São necessárias mais pesquisas e mais ações que promovam maior conhecimento para os profissionais de saúde em geral, sobre o atendimento e entendimento de toda a complexidade que configura a atenção à saúde para PcD. Devido aos múltiplos aspectos envolvidos na assistência deste grupo vulnerável de pessoas, a literatura registra que a equipe interdisciplinar produz melhor efeito no cuidado, especialmente no ambiente domiciliar e com a coordenação de enfermeiros e assistentes sociais, os quais estariam mais familiarizados em lidar com PcD¹³. Não apenas o cuidado técnico em si tem importância. Há que se confluam todos os atores envolvidos numa proficiente interação do cuidado, envolvendo família-pessoa com deficiência-equipe de saúde-comunidade, com qualidade e de forma coordenada e longitudinal⁵⁷. Esta interação deve ser permeada por atitudes humanas de apoio, respeito, comunicação efetiva que empodera o paciente e a família, pelo compartilhamento de decisões e de planos terapêuticos que valoriza a pessoa como o centro do cuidado⁵⁸.

Por fim, mais invisível que a própria PcD em si, está a figura do cuidador. É uma outra pessoa, que pode ser um familiar ou um profissional de saúde, mas que não tem a capacitação necessária para aprimorar a assistência, tornando-o sobrecarregado e por vezes deprimido. Um cuidador malcuidado ou mal orientado compromete todo o ciclo da assistência que se propõe. Boa parte destes cuidadores são mulheres de baixa escolaridade, sem qualificação profissional e com distúrbios de saúde⁵⁹. Daí a necessidade premente de focar estudos também neste grupo, no mesmo momento em que se aborda a PcD, aclarando-se as suas necessidades e habilidades, além de ajudá-lo a desenvolver uma consciência mais forte de seu papel junto às PcD.

Conclusão

O tema abordado nesta revisão apresenta-se como um grande potencial de pesquisa, haja vista as lacunas de conhecimento que permearam a leitura e análise dos artigos, o que pode contribuir

sobremaneira nas organizações diversas dos serviços de atenção primária ao redor do mundo e, de maneira especial, à própria pessoa que apresenta algum tipo de deficiência. O foco é a Pessoa com Deficiência que necessita de maior assistência e visibilidade no sistema e na sociedade no sentido de aplacar o perverso estigma da exclusão.

REFERÊNCIAS

- 1) World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care. [acesso em 17 Feb 2020]. Disponível em <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>
- 2) Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 [Internet]. [citado 2020 Feb 17]. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf
- 4) Pharr JR, James T, Yeung Y. Accessibility, and accommodations for patients with mobility disabilities in a large healthcare system: How are we doing? *Disabil Health J* [Internet]. 2019 Mar; [citado 2020 Feb 17]; 12(4): 679-684. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.03.008>
- 5) Fuentes PSC, Bravo MMP, Guillén MAC. Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Enfermería Global* [Internet]. 2019 Apr; [citado 2020 Feb 17]; 54: 303-312. Disponível em <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.344761>
- 6) Santos AS, Portes AJF. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019; [citado 2020 Feb 17]; 27:e3127. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2612.3127>
- 7) Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. [Internet] [citado 2019 Sep 30]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- 8) Dias SS, Oliveria MCSL. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. *Rev bras educ espec* [Internet]. 2013 [citado 2020 Jun 04]; 19(2):169-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-65382013000200003>
- 9) Gaiva, MAM, Correa, ER, Santo EARE. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes que vivem e convivem com espinha bífida. *Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum* [Internet]. 2011 [citado 2020 Jun 04]; 21(1):99-110. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n1/10.pdf>
- 10) Santos PD, Silva FC, Sousa BA, Pires GKW, Iop RR, Ferreira EG, et al. Functionality and quality of life of children with disability. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 04]; 28(2):154-164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.123455>
- 11) Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev esc enferm* [Internet]. 2014 [citado 2020 Jun 04]; 48(2):335-345. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200020>
- 12) Pimdee A, Nualnetr N. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand. *Home Health Care Serv Q* [Internet]. 2017 Apr-Jun; [citado 2019 Oct 14]; 36(2): 81-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01621424.2017.1326332>
- 13) 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* [Internet] 2015; [citado 2019 Sep 02]; 14(1):61-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1536710X.2015.989562>
- 14) Miller JE, Nugent CN, Russell LB. Which Components of Medical Homes Reduce the Time Burden on Families of Children with Special Health Care Needs? *Health Serv Res* [Internet]. 2015 Apr; [citado 2019 Sep 02]; 50(2):440-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12215>
- 15) Lichstein JC, Ghandour RM, Mann MY. Access to the Medical Home Among Children With and Without Special Health Care Needs. *Pediatrics* [Internet]. 2018 Dec; [citado 2019 Sep 02]; 142(6):e20181795. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1795>
- 16) Litt JS, McCormick MC. Care Coordination, the Family-Centered Medical Home, and Functional Disability Among Children With Special Health Care Needs. *Acad Pediatr*

- [Internet]. 2015 Mar-Apr; [citado 2019 Sep 02]; 15(2):185–190. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.08.006>
- 17) Terwiel M, Alsem MW, Siebes RC, Bieleman K, Verhoef M, Ketelaar M. Family-centred service: differences in what parents of children with cerebral palsy rate important. *Child Care Health Dev* [Internet]. 2017 Sep; [citado 2019 Sep 02]; 43(5):663-669. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cch.12460>
 - 18) Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2005; [citado 2020 Jun 04]; 10(Suppl):231-242. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024>
 - 19) Martins KP, Gomes TM, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Rev Fun Care Online* [Internet]. 2018 Oct-Dec; [citado 2019 Sep 07];10(4): 1150-1155. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1150-1155>
 - 20) Morris MA, Maragh-Bass AC, Griffin JM, Rutten LJF, 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* [Internet]. 2017 Dec;[citado 2019 Sep 07]; 32(12):1342–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4155-2>
 - 21) Bauer J , Müller R, Brüggmann D, Groneberg DA. Spatial Accessibility of Primary Care in England: A Cross-Sectional Study Using a Floating Catchment Area Method. *Health Serv Res* [Internet]. 2018 Jun; [citado 2019 Sep 07]; 53(3):1957-1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12731>
 - 22) Almeida MHM, 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* [Internet]. 2017; [citado 2019 Sep 07]; 29(5):e20160225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>
 - 23) Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 Aug; [citado 2019 Sep 15]; 20(8):2461-2468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.07992014>
 - 24) Ufer LG, Moore JA, Hawkins K, Gembel G, Entwistle DN, Hoffman D. *Care Coordination: Empowering Families*, a Promising Practice to Facilitate Medical Home Use Among Children and Youth with Special Health Care Needs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018 May; [citado 2019 Sep 15]; 22(5):648–659. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2477-2>

- 25) Dressler PB, Nguyen TK, Moody EJ, Friedman SL, Pickler L. Use of Transition Resources by Primary Care Providers for Youth With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2018 Feb; [citado 2019 Sep 15]; 56(1):56-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1352/1934-9556-56.1.56>
- 26) Zajicek-Farber ML, Lotrecchiano GR, Long TM, Farber JM. Parental Perceptions of Family Centered Care in Medical Homes of Children with Neurodevelopmental Disabilities. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 Aug; [citado 2019 Sep 15]; 19(8): 1744–1755. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1688-z>
- 27) 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* [Internet]. 2016 Mar; [citado 2019 Sep 15]; 20(1):109-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1367493514551312>
- 28) Jolles MP, Thomas KC. Disparities in Self-reported Access to Patient-centered Medical Home Care for Children With Special Health Care Needs. *Med Care* [Internet]. 2018 Oct; [citado 2019 Sep 15]; 56 (10):840-846. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000978>
- 29) Foster CC, Mangione-Smith R, Simon TD. Caring for Children with Medical Complexity: Perspectives of Primary Care Providers. *J Pediatr* [Internet]. 2017 Mar; [citado 2019 Sep 15]; 182:275-282.e4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.017>
- 30) Chien AT, Kuhlthau KA, Toomey SL, Quinn JA, Okumura MJ, Kuo DZ et al. Quality of Primary Care for Children With Disabilities Enrolled in Medicaid. *Acad Pediatr* [Internet]. 2017 May-Jun; [citado 2019 Sep 15]; 17(4):443-449. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.10.015>
- 31) Rosen-Reynoso M, Porche MV, Kwan N, Bethell C, Thomas V, Robertson J et al. Disparities in Access to Easy-to-Use Services for Children with Special Health Care Needs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 May; [citado 2019 Sep 15]; 20:1041–1053. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1890-z>
- 32) Strickland BB, Jones JR, Newacheck PW, Bethell CD, Blumberg SJ, Kogan MD. Assessing Systems Quality in a Changing Health Care Environment: The 2009–10 National Survey of Children with Special Health Care Needs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 Feb; [citado 2019 Sep 15]; 19(2): 353–361. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1517-9>

- 33) Na L, Hennessy S, Bogner HR, Kurichi JE, Pezzin LE. Disability stage and receipt of recommended care among elderly Medicare beneficiaries. *Disabil Health J* [Internet]. 2017 Jan; [citado 2020 Jun 04]; 10(1):48-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.09.007>
- 34) Rahman MHU, Singh A, Madhavan H. Disability-based disparity in outpatient health system responsiveness among the older adults in low- to upper-middle-income countries. *Health Policy Plan* [Internet]. 2019 Mar; [citado 2020 Jun 04]; 34(2):141-150. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz013>
- 35) Heller T, Owen R, Bowers A, Gibbons HM. Aging With a Physical Disability in Medicaid Managed Care. *Res Aging* [Internet]. 2017 Jul; [citado 2019 Sep 17]; 39(6):778-798. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0164027516681049>
- 36) Marshall EG, Clarke B, Burge F, Varatharasan N, Archibald G, Andrew MK. Improving Continuity of Care Reduces Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2016 Mar-Apr; [citado 2019 Sep 17]; 29(2):201–208. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2016.12.150309>
- 37) Rogers ES, Maru M, Kash-MacDonald M, Archer-Williams M, Hashemi L, Boardman J. A Randomized Clinical Trial Investigating the Effect of a Healthcare Access Model for Individuals with Severe Psychiatric Disabilities. *Community Ment Health J* [Internet]. 2016 Aug; [citado 2019 Sep 30]; 52(6):667-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0009-3>
- 38) Mosaku KS, Wallymahmed AH. Attitudes of Primary Care Health Workers Towards Mental Health Patients: A Cross-Sectional Study in Osun State, Nigeria. *Community Ment Health J* [Internet]. 2017 Feb; [citado 2019 Sep 30]; 53(2):176-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0017-3>
- 39) Hosking FJ, Carey IM, DeWilde S, Harris T, Beighton C, Cook DG. Preventable Emergency Hospital Admissions Among Adults with Intellectual Disability in England. *Ann Fam Med* [Internet]. 2017 Feb; [citado 2019 Sep 30]; 15(5):462-470. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2104>
- 40) Heutmeckers M, Naaldenberg J, Verheggen SA, Assendelft WJJ, van Schroyen Lantman-de Valk HMJ, Tobi H et al. Health problems of people with intellectual disabilities in Dutch out-of-hours primary care. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2019 Mar; [citado 2019 Sep 30]; 32(2): 475-481. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jar.12537>

- 41) Heutmekers M, Naaldenberg J, Verheggen SA, Assendelft WJJ, Schrojenstein Lantman - de Valk HMJV, Tobi H et al. Does risk and urgency of requested out of-hours general practitioners care differ for people with intellectual disabilities in residential settings compared with the general population in the Netherlands? A cross-sectional routine data- based study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 Nov; [citado 2019 Sep 30]; 7(11):e019222. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019222>
- 42) Steele C, Ungemack J, Mormile-Mehler M, Rabitaille W. Changes in Hospital Utilization Among Seriously Mentally Ill Patients Following Enrollment in an Integrated Primary and Behavioral Health Care Program. *Conn Med* [Internet]. 2017 May; [citado 2019 Sep 30]; 81(5):271-279. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29738128/>
- 43) Waldman HB, Wong A, Perlman SP. Comprehending the Number of Individuals with Disabilities and the Need for Oral Health Services. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2017;[citado 2020 Jun 04]; 41(2):83-86. Disponível em: <https://doi.org/10.17796/1053-4628-41.2.83>
- 44) Gimm G, Wood E, Zanwar P. Access to Preventive Services for Working-Age Adults With Physical Limitations. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2017 Dec; [citado 2020 Jun 04]; 98(12):2442-2448. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.05.017>
- 45) Dougall A, Martinez Pereira F, Molina G, Eschevins C, Daly B, Faulks D. Identifying common factors of functioning, participation and environment amongst adults requiring specialist oral health care using the International Classification of Functioning, disability and health. *PLoS One* [Internet]. 2018 Jul; [citado 2020 Jun 04]; 13(7):e0199781. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199781>
- 46) Jones DM, Miller SR. Effectiveness of an Educational Module on Dental Hygiene Students' Attitudes Towards Persons with Disabilities. *J Dent Hyg* [Internet]. 2018 Aug; [citado 2020 Jun 04]; 92(4):27-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30143547/>
- 47) Gondlach C, Catteau C, Hennequin M, Faulks D. Evaluation of a Care Coordination Initiative in Improving Access to Dental Care for Persons with Disability. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2019 Aug; [citado 2019 Sep 25]; 16(15): 2753. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152753>
- 48) Bowers A, Owen R, Heller T. Care coordination experiences of people with disabilities enrolled in medicaid managed care. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2017 Oct; [citado 2019 Sep 21]; 39(21): 2207–2214. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1219773>

- 49) Lofters A, Guilcher S, Maulkhan N, Milligan J, Lee J. Patients living with disabilities The need for high-quality primary care. *Can Fam Physician* [Internet]. 2016 Aug; [citado 2019 Sep 21]; 62(8): e457-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521411>
- 50) Bussière C, Sicic J, Pelletier-Fleury N. Simultaneous effect of disabling conditions on primary health care use through a capability approach. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2016 Apr; [citado 2019 Sep 21]; 154:70-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.022>
- 51) 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* [Internet]. 2015 Sep; [citado 2019 Sep 21]; 49(3):370-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.003>
- 52) Nicolau SM; Schraiber LB; Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2013; [citado 2019 Oct 16]; 18(3):863-872. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032>
- 53) Toler F. Females with Down syndrome: Lost opportunities in primary care. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2015 Jul; [citado 2019 Oct 16]; 27(7): 356-362. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12194>
- 54) Junior CSD; Verona AP. Deficiências visual, auditiva e motora entre a população indígena no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018; [citado 2019 Oct 16]; 34(10):e00131717. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00131717>
- 55) Pinto AD, Shenfeld E, Lattanzio R, Aratany T, Wang R, Nisenbaum R et al. Routine identification of patients with disabilities in primary care: A mixed-methods study. *Disabil Health J* [Internet]. 2020 Apr; [citado 2020 May 05]; 13(2):100872. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100872>
- 56) Pharr J. Accessible medical equipment for patients with disabilities in primary care clinics: Why is it lacking? *Disabil Health J* [Internet]. 2013 Apr; [citado 2019 Oct 22]; 6(2):124-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.11.002>
- 57) 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* [Internet]. 2019 Jan-Dec; [citado 2019 Nov 08]; 56: 0046958019883175. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0046958019883175>
- 58) Marlow NM, Samuels SK, Jo A, Mainous AG. Patient-provider communication quality for persons with disabilities: A cross-sectional analysis of the Health Information National

Trends Survey. *Disabil Health J* [Internet]. 2019 Oct; [citado 2019 Nov 20]; 12(4):732-737. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.03.010>

- 59) Barros ALO, de Gutierrez GM, Barros AO, Santos MTBR. Quality of life and burden of caregivers of children and adolescents with disabilities. *Spec Care Dentist* [Internet]. 2019 Jul; [citado 2019 Nov 22]; 39(4):380–388. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/scd.12400>

Quadro 1 – Publicações selecionadas nas bases PUBMED e BVS entre 2015 e 2019.

AUTOR/ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	METODOLOGIA	RESULTADOS
Hernandez <i>et al</i> , 2015	Descritivo	Avaliar os padrões de cuidados médicos domiciliares de um serviço de saúde, para pacientes com deficiência intelectual.	Foi estabelecido um Comitê de Assistência Médica Domiciliar permanente para revisar os padrões estabelecidos pelo Comitê Nacional de Garantia de Qualidade.	Pessoas com deficiência intelectual apresentaram barreiras ao acesso e à continuidade da atenção; registros eletrônicos são efetivos para coletar e analisar dados clínicos, porém são onerosos e vários serviços não dispõem deste instrumento; planos de gestão do cuidado foram individualizados a pacientes de alto risco; outras medidas foram: criação de um folder explicativo que descreve hábitos saudáveis de estilo de vida para as pessoas com deficiência com hipertensão e diabetes; utilização de profissionais coordenadores de assistência às pessoas de alto risco.
Lichstein <i>et al</i> , 2018	Quantitativo	Fornecer as estimativas mais recentes de acesso ao cuidado médico domiciliar entre crianças com e sem deficiência nos Estados Unidos.	Dados da Pesquisa Nacional de Saúde da Criança (NSCH) (N = 50.212). O acesso ao cuidado médico domiciliar foi definido a partir de 5 subcomponentes: fonte usual de cuidados; cuidados pessoais por médico ou enfermeiro; acesso ao encaminhamento; coordenação de recebimento de assistência e recebimento de assistência centrada nos cuidados da família.	43,2% das crianças com necessidades especiais de saúde e 50,0% das crianças sem necessidades relataram ter acesso a um cuidado domiciliar. A disponibilidade do médico variou significativamente pelas características sociodemográficas dos dois grupos, assim como as taxas de realização de cada um dos 5 subcomponentes.
Miller <i>et al</i> , 2015	Observacional	Examinar quais componentes do cuidado médico domiciliar afetam o tempo que as famílias passam organizando os cuidados de saúde para seus filhos com necessidades especiais.	Dados da Pesquisa Nacional de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde de 2009-2010, abrangendo 40.242 crianças.	O cuidado centrado na família, a coordenação do atendimento e a obtenção de encaminhamentos necessários foram associados a menor sobrecarga na organização dos cuidados. Todos os cinco componentes juntos foram associados a menores probabilidades de sobrecarga de tempo.
Litt <i>et al</i> , 2015	Quantitativo	Testar o impacto da coordenação da assistência sobre as necessidades não atendidas de saúde de crianças com deficiência e sua incapacidade funcional, nos Estados Unidos.	Amostra de 34.459 crianças de 0 a 17 anos participando da Pesquisa Nacional de Crianças com Necessidades especiais de cuidados de saúde de 2009-2010. As informações foram obtidas através de dados públicos desta Pesquisa Nacional e por respostas a um questionário por meio de ligações telefônicas para os pais.	O cuidado da coordenação foi associado a menores chances de apresentar incapacidade, principalmente no espaço do cuidado domiciliar. A relação entre a coordenação do cuidado e incapacidade funcional foi mediada pela redução dos serviços não atendidos.
Terwiel <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Investigar elementos do serviço centrado na família que são considerados importantes pelos pais de crianças com paralisia cerebral na Holanda.	Utilizou-se o Questionário de Medida de Processos de Cuidados (MPOC-56) Em cada item do MPOC, foi solicitado aos pais que classificassem a importância do serviço em uma escala de cinco pontos.	Seis itens foram considerados importantes por quase todos (≥95%) os pais. Esses itens dizem respeito a elementos de informações específicas sobre a criança, cuidados coordenados e abrangentes para crianças e famílias e capacitação e parceria.
Martins <i>et al</i> , 2018	Descritivo exploratório	Investigar a acessibilidade física de mobiliários, equipamentos e instalações sanitárias em Unidades de Saúde de Família	Pesquisa de base populacional, utilizando-se um 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

		de João Pessoa, Paraíba.		bebedouros estão instalados adequadamente. Nenhuma das unidades apresentou textos contendo orientações e instruções escritas em <i>braille</i> ; 60,0% não têm sanitários adequados, e 92,2% não estão devidamente sinalizados.
Morris <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Comparar a frequência e a variação nas avaliações físicas nas mesas de exame ajustáveis e as percepções dos pacientes sobre cuidados de qualidade em serviços de APS nos Estados Unidos.	Participaram 399 pacientes adultos de duas clínicas de cuidados primários. Perguntou-se aos participantes se eles foram avaliados fisicamente em uma mesa ajustável durante sua consulta.	Não foram registradas diferenças entre as clínicas na probabilidade de os pacientes serem examinados em uma mesa de exame ajustável e acessível ou em suas percepções sobre a qualidade do atendimento.
Bauer <i>et al</i> , 2018	Descritivo exploratório	Analisar a distribuição espacial dos médicos generalistas na Inglaterra em relação ao grau de urbanização, privação social, saúde geral e grau de incapacidade dos indivíduos.	Os dados foram coletados do Escritório de Estatísticas Nacionais de 2016, do estudo censitário de 2014 e análise de um sistema de informação geográfica da Inglaterra.	O estudo não apresentou uma correlação positiva de demanda de atendimento de pessoas com deficiência e acessibilidade aos médicos.
Almeida <i>et al</i> , 2017	Observacional	Avaliar atributos essenciais e derivados da APS na percepção de usuários com e sem deficiência.	Estudo transversal utilizando o <i>Primary Care Assessment Tool</i> em usuários autodeclarados com e sem deficiência de cinco unidades básicas de saúde.	Participaram 93 usuários (67 com e 26 sem deficiência). Não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos atributos na comparação entre pessoas com e sem deficiência. Os usuários reconhecem que as equipes identificam problemas de locomoção e movimentação, mas que existem falhas no reconhecimento de problemas para ouvir, falar e enxergar.
Ufer <i>et al</i> , 2018	Quantitativo	Avaliar o impacto do programa “Coordenação de Assistência: Empoderando Famílias” para famílias de crianças com necessidades em saúde complexas, nos Estados Unidos.	Foram selecionados 190 cuidadores familiares de crianças, imediatamente após o treinamento. Uma avaliação adicional de acompanhamento, um ano após o treinamento, foi concluída por 80 participantes.	As famílias que participaram do relatório de treinamento são a principal fonte de cuidados de coordenação para seus filhos e 83,7% viram seu papel na assistência mudar como resultado do treinamento. Os resultados sugerem que o apoio dos colegas e a comunicação com os provedores aumentaram como resultado do treinamento ao longo do estudo.
Dressler <i>et al</i> , 2018	Quantitativo	Avaliar a utilização de uma Clínica de Transição consultiva para jovens com deficiência intelectual, como um projeto de melhoria da qualidade e avaliar o envolvimento dos profissionais de cuidados primários no planejamento da transição.	Foram pesquisados 29 serviços de atenção primária de referência, os quais receberam formulários de pesquisa para a clínica consultiva para serem respondidos pelas famílias e profissionais.	Embora muitos prestadores perceberam a clínica e os recursos como úteis, as barreiras individuais e sistêmicas frequentemente os limitavam de participar do planejamento de transição para essa população de pacientes. Além disso, devem ser melhoradas a gestão da informação e a capacidade de fornecer cuidados mais abrangentes aos adolescentes. Faz se necessário também o engajamento da família, pacientes e profissionais neste momento de transição.
Zajicek-Farber <i>et al</i> , 2015	Quantitativo	Explorar as percepções das famílias com suas experiências de Cuidados Centrados na Família em cuidados domiciliares para crianças com deficiência intelectual.	Foram entrevistados 122 pais de crianças com deficiência intelectual, utilizando um questionário estruturado, a Ferramenta de Autoavaliação de Cuidados Centrados na Família.	Apenas 31% dos pais estavam satisfeitos com os cuidados de saúde primários recebidos pelas crianças. Os pontos fortes do Cuidado Centrado na Família foram principalmente nas parcerias e nos cuidados com o provedor da família, quando focados em atender às necessidades de cuidados médicos da criança. Como pontos fracos, foram registradas as necessidades das famílias, a falta de coordenação, acompanhamento e apoio com recursos da comunidade.
Myrhaug <i>et</i>	Quantitativo	Explorar como pais de pré-escolares com	Pesquisa de base populacional de pais de	A taxa de resposta foi de 34%. As escalas sobre respeito e apoio

<i>al, 2016</i>		paralisia cerebral experimentaram o nível de serviços centrados na família usando a Medida de Processos de Cuidados (MPOC-20) na atenção primária à saúde e examinar as relações entre essas experiências e serviços fornecidos.	pré-escolares com paralisia cerebral registrados em Programa Nacional de Acompanhamento. Foram enviados questionários do MPOC-20 para 360 pais.	e cuidados coordenados e abrangentes receberam as classificações mais altas, e o fornecimento de informações gerais recebeu o menor valor. Os achados indicaram níveis mais baixos de centralidade na família nos contextos da atenção primária à saúde do que a relatada na atenção especializada à saúde.
Jolles <i>et al</i> , 2018	Quantitativo	Examinar a variação na experiência do cuidador em relação aos cuidados domiciliares ao longo do tempo e por características da criança.	Estudo transversal de dados da Pesquisa do Painel de Despesas Médicas de 2003–2012 para crianças com deficiências com idades entre 5 e 17 anos.	Trinta e um por cento das crianças relataram assistência médica em concordância aos cuidados domiciliares; o cuidado com aspecto abrangente (83%) e compassivo (82%) foram os mais prevalentes e os menos comuns foram os cuidados acessíveis (59%) e o atendimento centrado no paciente (60%).
Foster <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Descrever experiências do cuidado, principais barreiras e facilitadores para cuidar de crianças com problemas médicos complexos, na perspectiva dos prestadores de cuidados primários.	Questionário na web, enviado para prestadores de cuidados primários, solicitando os seguintes quesitos: descrever suas experiências com o cuidado da criança e identificar as principais barreiras que afetam sua capacidade de cuidar.	Cento e treze prestadores responderam totalmente o questionário. Eles registraram que características médicas como polifarmácia (88%), envolvimento de múltiplos órgãos (84%) e diagnósticos raros (83%) afetaram negativamente os cuidados. Cuidadores com altas necessidades (88%), tempo limitado com pacientes e cuidadores (81%), e um grande número de especialistas envolvidos no cuidado (79%) também foram citados com frequência.
Quaresma <i>et al</i> , 2015	Quantitativo	Comparar os atributos da Atenção Primária à Saúde prestada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família às crianças e adolescentes com e sem deficiência física.	Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. Para coleta de dados utilizou-se o instrumento PCATool-Brasil (versão criança), aplicado aos cuidadores das crianças e adolescentes.	Em geral os dados não apresentaram diferenças significativas entre crianças com e sem deficiência segundo a visão dos cuidadores. A avaliação dos atributos da APS caracterizou-se como um atendimento de baixa qualidade à população infanto-juvenil, evidenciando baixos escores para os atributos da acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária.
Chien <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Examinar a prevalência das crianças com deficiência entre os inscritos no Medicaid, na faixa etária de 1 a 18 anos, avaliar a qualidade dos cuidados primários para estas crianças e as diferenças na qualidade dos cuidados para crianças com e sem deficiência.	Estudo transversal usando o Medicaid Analytic 2008, aplicando 12 medidas de qualidade para avaliar aspectos da prevenção e triagem, cuidados agudos e crônicos de doenças.	Identificou-se 5,3% da população do estudo como crianças com deficiência. Os níveis de qualidade dos cuidados para estas crianças estavam abaixo 50% em 8 das 12 medidas de qualidade.
Rosen-Reynoso <i>et al</i> , 2016	Quantitativo	Analisar fatores associados à facilidade de uso e dificuldades na obtenção de serviços orientados para crianças com deficiências.	Dados da Pesquisa Nacional de Crianças com Necessidades especiais de assistência médica de 2009–2010 e usando critérios revisados para “facilidade de uso” dos serviços de saúde, incluindo: elegibilidade, disponibilidade de serviços, listas de espera, custo e acesso a informações.	Um terço das famílias com crianças com deficiências encontra dificuldades, atrasos ou frustrações na obtenção de serviços de saúde, principalmente para crianças pobres, com comportamentos complexos e limitações funcionais.
Strickland <i>et al</i> , 2015	Quantitativo	Fornecer uma avaliação nacional, baseada na população, da qualidade do sistema de saúde para crianças e jovens com	Foram examinadas 49.242 entrevistas com pais de crianças com necessidades especiais de saúde da Pesquisa Nacional de	17,6% das crianças com deficiência receberam atendimento consistente com todos os seis indicadores de qualidade: parcerias na tomada de decisões; assistência coordenada e contínua e

		necessidades especiais de saúde, usando uma estrutura de seis indicadores de qualidade do sistema de saúde.	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde de 2009-2010.	abrangente em um ambiente domiciliar; seguro privado e/ou público adequado para pagar pelos custos; triagem precoce e contínua de necessidades especiais de assistência médica; organização de sistemas de serviços baseados na comunidade; recepção dos serviços necessários para jovens com deficiência para fazer a transição para os cuidados de saúde de adultos. As taxas de realização foram mais baixas para crianças de grupos étnicos e raciais minoritários, aqueles que residem em domicílios onde o inglês não era o idioma principal, aqueles em domicílios de baixa renda e os mais afetados por sua condição de saúde.
Heller <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Avaliar serviços de saúde e necessidades de saúde não atendidas de adultos (50 anos ou mais) com deficiência física na assistência gerenciada Medicaid versus serviço taxado Medicaid.	Pesquisas de 309 indivíduos no Medicaid sem taxas e 349 no Medicaid com taxas. Foram incluídos aspectos demográficos, processos de trabalho, avaliação dos serviços de saúde e necessidades não atendidas de assistência médica.	Entre os inscritos no Medicaid sem taxas, houve melhor qualidade de saúde e processos de trabalho mais positivos, devido à melhor continuidade dos cuidados, e melhores experiências com coordenadores de atendimento e profissionais de saúde.
Marshall <i>et al</i> , 2016	Observacional	Avaliar um modelo de atenção primária coordenada em equipe, implementado em instituições de longa permanência no Canadá.	Série temporal antes e após implementação do modelo. Os participantes eram residentes de 10 instituições de longa permanência representando 1424 leitos. Foram contabilizadas as chamadas telefônicas do serviço de urgência 911 destas instituições.	Após a implementação do referido modelo de atenção primária, o transporte das instituições para os departamentos de emergência reduziu em 36%. A continuidade dos cuidados melhorou, aumentando de 38% antes para 55% após o modelo.
Bowers <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Compreender o impacto da experiência e contatos com coordenadores de assistência no Medicaid Managed Care de pacientes inscritos com deficiências.	As pesquisas, num total de 1041, foram realizadas pelo correio, telefone, e Internet. A amostra utilizada para análise incluiu 442 inscritos no Medicaid que receberam coordenação de atendimento.	Experiências positivas de inscritos relacionadas aos coordenadores de assistência apresentam melhores avaliações de serviços de saúde e menos necessidades não atendidas.
Lofters <i>et al</i> , 2016	Quantitativo	Comparar os fatores de risco no atendimento em serviço de atenção primária de qualidade inferior, os marcadores de necessidades não atendidas na atenção primária e a disponibilidade em participar de pesquisas, entre pacientes da atenção primária, com e sem deficiências físicas.	Pesquisa na sala de espera de uma unidade de saúde da família, usando uma amostra de conveniência. Participaram 40 pacientes atendidos na Clínica de Mobilidade da equipe e outros 80 pacientes da população total da mesma equipe.	Pacientes da Clínica de Mobilidade tiveram seu estado de saúde como regular ou ruim. Metade dos pacientes havia visitado o departamento de emergência pelo menos uma vez no ano anterior, sugerindo que eles tinham necessidades de saúde não atendidas. Oitenta por cento deles concordaram em vincular seus dados de assistência médica para pesquisa, contra 55% daqueles da população total de pacientes.
Bussière <i>et al</i> , 2016	Quantitativo	Avaliar a deficiência através de capacidades latentes (moldadas por critérios pessoais, sociais e variáveis ambientais) e analisar simultaneamente seus efeitos no uso da atenção primária à saúde.	A fonte de dados foi a Pesquisa francesa Saúde e Deficiência de 2008 contemplando 29.931 indivíduos. Determinantes potenciais relacionados à incapacidade foram selecionados para medir cinco variáveis latentes: condição de saúde e cognição, física, social e capacidades	Observou-se uma menor probabilidade de uso de cuidados de enfermagem entre pessoas com menor capacidade cognitiva. Não houve influência significativa das capacidades cognitiva ou física para qualquer tipo de uso de rastreamento de câncer. No entanto, a triagem para o câncer foi afetada principalmente pelas capacidades sociais e socioeconômicas.

			socioeconômicas.	
Thorpe <i>et al</i> , 2015	Quantitativo	Avaliar a associação entre limitações funcionais do cuidador e diminuição do acesso aos serviços preventivos recomendados às pessoas dependentes de cuidados.	Adultos dependentes e seu cuidador informal na atenção primária foram identificados no banco da Pesquisa Nacional do Painel de Despesas Médicas dos anos de 2000-2008, tendo sido analisados de fevereiro a outubro de 2014. Através de questionários, as pessoas com deficiência responderam sobre quesitos de prevenção clínica que constam nas linhas diretivas da força tarefa americana.	38,0% dos cuidadores relataram pelo menos uma limitação funcional. A porcentagem de medidas preventivas recebidas pelos pacientes era significativamente menor se o cuidador tivesse habilidades cognitivas ou de mobilidade reduzida ou limitações de saúde emocional.
Gondlach <i>et al</i> , 2019	Descritivo exploratório	Relatar uma avaliação interna de uma rede de saúde que coordena a odontologia para pessoas com deficiência e discutir o modelo francês de redes de saúde como resposta para melhorar o acesso aos cuidados.	Diretrizes governamentais existentes para a avaliação de redes foram adaptadas para o serviço avaliado. Este serviço coordenou os dentistas para garantir a triagem, prevenção e tratamento para 3219 pessoas com deficiência em 2015.	Os pontos fortes identificados incluíram a identificação de pessoas vulneráveis, melhor acesso ao tratamento e colaboração com os principais serviços de assistência. Os pontos vulneráveis foram treinamento de profissionais, continuidade dos cuidados, compartilhamento de informações e participação das partes interessadas.
Rogers <i>et al</i> , 2016	Quantitativo	Examinar um modelo projetado para coordenar e integrar os cuidados de saúde primários e de saúde mental pessoas com deficiência mental severa a fim de melhorar o acesso e integração, funcionamento, percepção do estado de saúde, controle e crenças de saúde e sintomas.	Duzentos indivíduos foram recrutados e designados aleatoriamente para receber atendimento primário realizado por uma enfermeira (n = 94) ou outros serviços rotineiros (n = 106), sendo avaliado a saúde mental e seguidos por 12 meses.	Os participantes com deficiência mental severa que se receberam assistência da enfermagem, experimentaram ganhos de percepção da qualidade da atenção primária. Existem benefícios de saúde acumulados para indivíduos que recebem serviços de enfermeiros em um ambiente de saúde mental para abordar necessidades de cuidados primários em saúde.
Mosaku <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Conhecer os fatores que afetam as atitudes dos trabalhadores da APS em relação às pessoas com deficiência mental, com a intenção de projetar programas direcionados a alcançar uma mudança positiva na assistência dessas pessoas.	Pesquisa transversal usando a escala "Atitudes da Comunidade em relação às Doenças Mentais". Cento e vinte trabalhadores da atenção primária foram selecionados aleatoriamente em três áreas do governo local.	A maioria dos trabalhadores da atenção primária à saúde mantém uma atitude benevolente em relação às pessoas com deficiência mental. Trabalhadores com 10 anos ou mais de experiência, tendem a ser menos autoritários e com menos atitudes sociais restritivas em relação a esses pacientes.
Hosking <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Descrever as admissões hospitalares evitáveis para adultos com e sem deficiência intelectual e avaliar as diferenças na gestão da atenção primária antes da internação por 2 condições sensíveis à atenção primária (CSAP).	Utilizaram-se registros eletrônicos para estudar uma coorte de 16.666 adultos com deficiências intelectuais e 113.562 adultos da mesma idade e sexo, sem deficiências intelectuais de 343 serviços de atenção primária inglesas.	A taxa geral de internações de para adultos com e sem deficiência intelectual foi de 182 e 68 por 1.000 por ano, respectivamente. As CSAP representaram 33,7% das internações entre os primeiros comparado com 17,3% entre os últimos. Embora adultos com deficiência intelectual tenham apresentado risco quase 5 vezes maior de admissão devido a infecções de vias respiratórias inferiores e infecções do trato urinário, eles tiveram uso semelhante na atenção primária, antes da admissão como a população em geral.
Heutmekers <i>et al</i> , 2019	Quantitativo	Identificar os problemas de saúde mais comuns de pessoas com deficiência intelectual que acessam a APS fora do horário padrão, em comparação com a	Estudo transversal com dados da rotina de duas horas extras no funcionamento de unidades de APS, no ano de 2014. De um total de 41.166 pessoas de 20 a 65 anos	No atendimento da APS, fora do horário padrão, ter uma deficiência intelectual foi associado a uma maior probabilidade de apresentar epilepsia e preocupações acerca dos efeitos adversos do tratamento. O treinamento e melhor manuseio de

		população em geral.	que solicitaram horas extras atenção primária, 315 pessoas foram identificadas com deficiência intelectual.	medicamentos ao nível dos serviços de saúde para pessoas com deficiência intelectual poderiam reduzir pedidos de atendimento relacionados a medicamentos nestes horários alternativos, bem como o melhor treinamento dos médicos generalistas para lidar protocolos de epilepsia.
Heutmekeers <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Investigar se as pessoas com deficiência intelectual em ambiente residencial tiveram maior probabilidade que as pessoas da população em geral em solicitar atendimento médico fora do expediente e seesses pedidos tiveram um nível semelhante de urgência.	Estudo transversal com base em dados de dois serviços de APS, fornecidos fora do horário comercial, em 2014. De uma população 432 582 pessoas, 1448 foram identificadas como apresentando deficiência intelectual.	Das pessoas com deficiência intelectual, 30,9% solicitaram atendimento fora do horário padrão, enquanto que na população geral esse índice foi de 18,4%. Geralmente, o atendimento de pessoas com deficiência intelectual foi classificado como menos urgente, solicitando aconselhamentos. A falta de sensibilidade às necessidades específicas de saúde, diferentes apresentações e preditores de morbidade precoce em pessoas com deficiência intelectual precisam ser revistos, pois potencialmente influenciam o acesso à saúde. A alta porcentagem de solicitações de aconselhamento sugere que alguns cuidados com o médico generalista, no expediente fora de horário padrão, podem ser evitados. Esse cenário aumenta as dificuldades em intercâmbio de informações sobre saúde entre cuidadores e médicos, tornando o atendimento disfuncional.
Steele <i>et al</i> , 2017	Quantitativo	Compreender os efeitos do uso e gastos relacionados a modelos integrados de atenção primária e comportamental para melhorar o acesso à assistência de pessoas com deficiência mental severa.	Revisão retrospectiva longitudinal de 343 pacientes matriculados no programa de atenção primária e comportamental do Medicaid, que analisou a utilização do hospital até um ano antes e depois da inscrição e os gastos estimados com os dados de reembolso do Medicaid.	Houve uma diminuição significativa na admissão ao departamento de emergência do hospital por pessoa com deficiência mental, comparado ao antes da inscrição e o após a inscrição (2,39 versus 1,88, P = 0,009). Os cuidados de saúde integrados podem diminuir a utilização de setor de emergência para esses indivíduos, aumentando a economia do Medicaid e reduzindo a receita hospitalar.

3.2 Produto 2

Título: Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde segundo a pessoa com deficiência e seus familiares

Title: Evaluation of the attributes of Primary Health Care according to the person with a disability and their families

Resumo

Objetivou-se conduzir um inquérito de base populacional para identificar a distribuição de pessoas com deficiência (PcD) na comunidade e avaliar os atributos dos serviços de atenção primária que utilizam. Trata-se de estudo transversal, com amostragem aleatória por conglomerados. Foram sorteados 40 setores censitários urbanos do município, com abordagem a 20 domicílios em cada setor e aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica e do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*Primary Care Assessment Tool – PCATool*). Nos 800 domicílios visitados foram encontradas 2680 pessoas, entre as quais 50 eram PcD, segundo registro das famílias, sendo 45 pessoas adultas e cinco crianças. Entre os adultos, houve predomínio do sexo masculino (57,8%); a idade média foi de 51,7 anos e registrou-se uma média de 6,4 anos de anos de estudo. As principais deficiências registradas foram a mental/intelectual (40,0%) e a física (34,0%). Em relação aos adultos, os maiores escores foram para Acesso de primeiro contato/Utilização, longitudinalidade e Coordenação/Sistema de informações. Todos os demais atributos mostraram-se com valores abaixo de 6,6, com valores críticos para os atributos de Acesso de primeiro contato/acessibilidade (4,38) e serviços disponíveis (3,58). Entre as crianças, os valores mais baixos foram para Acesso de primeiro contato/acessibilidade (3,56) e Coordenação/sistemas de informação (4,67). Os resultados registram a necessidade urgente de reorganização dos serviços para melhoria da assistência à saúde para PcD na atenção primária, visando a prevenção de descompensações clínicas e/ou internações e/ou mortes evitáveis.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pessoas com Deficiência. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde.

Abstract

We aimed to conduct a population-based survey to identify the distribution of people with disabilities (PwD) in the community and assess the attributes of the primary care services they use. This is a cross-sectional study, with random cluster sampling. Forty urban clusters in the city were drawn, approaching 20 households in each cluster, and applying a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool (PCATool). In the 800 households visited, 2680 people were found, among which 50 were PwD, according to the families' records, 45 adults and five children. Among adults, there was a predominance of males (57.8%); the mean age was 51.7 years and there was an average of 6.4 years of schooling. The main deficiencies recorded were mental/intellectual (40.0%) and physical (34.0%). In relation to adults, the highest scores were for First Contact Access/Use, Longitudinality and Coordination/Information System. All other attributes showed values

below 6.6, with critical values for the First Contact Access/Accessibility (4.38) and available services (3.58). Among children, the lowest values were for First Contact Access/Accessibility (3.56) and Coordination/Information Systems (4.67). The results show the urgent need to reorganize services to improve care for PwD in primary care.

Keywords: Primary Health Care. Disabled Individuals. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

Introdução

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão, pessoa com deficiência (PcD) é “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”¹. Trata-se de um conceito em evolução, que, ao longo dos anos, incorporou aspectos da funcionalidade e da incapacidade aos contextos sociais, ambientais e culturais, destacando a necessidade de um olhar diferenciado e mais voltado à inclusão².

O Brasil conta, há quase uma década, com uma “Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência”, que estabelece a necessidade de tratamento equânime, assegurando direitos para que as PcD possam contar com melhores condições e qualidade de vida³. Apesar da legislação existente, e da grande ampliação do acesso aos cuidados primários à saúde, com a expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), os fluxos de assistência ainda não se consolidaram em todas as áreas, e a rede de atenção e cuidados às PcD é um exemplo emblemático⁴. A qualidade da assistência às PcD não tem sido aferida regularmente no âmbito das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que representa a principal porta de entrada aos cuidados de saúde e constituem a operacionalização da APS no Brasil.

Em princípio, são as equipes da ESF que, ao incorporar o trabalho da APS, deveriam assumir o desafio da assistência à saúde das PcD, pelo menos, como acesso preferencial e coordenador do cuidado. Todavia, o excesso de atividades e acúmulo de tarefas atribuídas a essas equipes, aliado à carência de políticas específicas de capacitação e educação continuada para atender a esse público, não gera expectativas de excelência na qualidade da assistência à saúde para as PcD no âmbito da APS⁵.

Estudos que avaliam a qualidade da assistência às PcD na APS têm o potencial de alertar para a necessidade de cuidados oportunos e para a efetivação da rede de cuidados^{6,7}. Também podem levar aos gestores de saúde, a identificação de lacunas assistenciais e definição de novos processos de atenção à saúde. Contudo, esses estudos são escassos e ressaltam invisibilidade desse grupo aos olhos da academia, dos gestores e dos próprios serviços de saúde.

Em estudo realizado com usuários com e sem deficiência em São Paulo, verificou-se a existência de fragilidades no reconhecimento de demandas específicas. Os autores concluem que existe necessidade de mudanças estruturais e do processo de trabalho para assegurar a acessibilidade, integralidade do cuidado na APS⁶. Em outro estudo realizado em Tocantins, mas voltado especificamente às crianças e adolescentes com e sem deficiência, a avaliação dos atributos da APS caracterizou-se como um atendimento de baixa qualidade⁸. Ambos os estudos foram conduzidos a partir do *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool Brasil), uma ferramenta reconhecida internacionalmente e já validada no Brasil para avaliação da qualidade e dos atributos da atenção primária^{9,10}. Em 2020, o Ministério da Saúde publicou uma atualização do instrumento, acrescentando a versão reduzida dos questionários para adultos e crianças e avaliação de saúde bucal¹¹.

Estudos similares fora do país também apontam para uma situação precária na assistência à saúde de PcD na atenção primária^{12,13}. Todavia, esses estudos (nacionais ou internacionais) abordam uma população de PcD já inserida em serviços assistenciais ou vinculadas a instituições ou organizações que propiciam alguma medida de facilidade no acesso aos cuidados de saúde. Não foram localizados estudos que avaliem a percepção de PcD identificadas de forma aleatória na população. No presente estudo, buscou-se conduzir um inquérito de base populacional para identificar a distribuição de PcD na comunidade e, a partir delas, avaliar os atributos dos serviços de atenção primária que utilizam.

Métodos

Este estudo transversal, que se seguiu a um inquérito epidemiológico, de base populacional, ocorreu entre dezembro de 2018 a novembro de 2019, na cidade de Montes Claros, MG. A

cidade é o principal polo urbano do norte de Minas, conta com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes, que conta com cobertura plena das equipes da ESF. Para o cálculo amostral, foi estabelecido um nível de confiança de 95%, uma prevalência estimada de 6,2% e um erro de 1,3% e um fator de correção para o efeito do desenho igual a dois, o que definiu uma amostra mínima de 2636 pessoas. Considerando um número médio de 3,5 moradores por domicílio, deveriam ser avaliados, pelo menos, 754 domicílios. Definiu-se então pela abordagem de 40 setores censitários, aleatoriamente selecionados e 20 domicílios em cada setor, a serem visitados consecutivamente, sempre no lado direito da via, a partir de um ponto inicial selecionado ao acaso. Foram excluídos domicílios especiais (abrigos, orfanatos e asilos). Para as casas sem moradores no momento da visita, foi feita nova tentativa em outro dia. Ainda não havendo moradores para receber o entrevistador, este domicílio era substituído, da mesma forma que outras casas vazias ou habitações cujos moradores não desejassem participar do inquérito.

A coleta de dados foi conduzida por equipe especialmente treinada, formada por enfermeiro e acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina. Após apresentação pessoal, explicação sobre a pesquisa e registro de anuência em termo de consentimento livre e esclarecido, as duas questões iniciais da pesquisa eram (1) *Alguém da família tem deficiência?* e (2) *“Alguém da família tem dificuldade significativa ou incapacidade permanente de realizar as principais atividades de vida: andar, falar, respirar, executar tarefas manuais, ver, ouvir, cuidar de si mesmo, trabalhar, sentar, levantar, erguer e ler?”*

Foram inseridos no estudo todas as pessoas que eram atribuídas alguma deficiência pela família, segundo as questões prévias. Não foram estabelecidos critérios de exclusão, no sentido de incorporar ao estudo o maior número possível de PcD. Quando identificada alguma pessoa com deficiência, a partir de resposta positiva a uma das questões iniciais, seguia-se à aplicação dos questionários de identificação e *PCA-Tool*. Quando a PcD era criança ou pessoa incapacitada para responder, segundo avaliação da família, as questões eram respondidas pelo responsável ou cuidador mais próximo.

O *PCA-Tool* é um instrumento inicialmente desenvolvido nos Estados Unidos⁹ e validado no Brasil por Harzheim *et al*¹⁰. Conta com apoio do Ministério da Saúde, que recomenda o instrumento como uma das ferramentas de apoio para avaliação e melhoria dos atributos da

APS pelas equipes da ESF. O instrumento possui versões distintas para adultos e crianças e registra a percepção dos usuários ou cuidadores, em relação aos serviços prestados, segundo aferição de pontuação para as diferentes questões que definem cada atributo (Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização; Longitudinalidade; Integralidade: serviços disponíveis e serviços prestados; Coordenação integração de cuidados e sistemas de informações; Orientação familiar e Orientação comunitária). O instrumento contempla também a síntese dos atributos essenciais (escore essencial) e a avaliação global de todos os atributos (escore geral)¹¹.

Neste estudo, para análise avaliativa, foram consideradas as orientações propostas pelo instrumento com transformação dos pontos alcançados em uma escala de zero a dez, na qual o valor 6,6 representa um ponto de corte sugerido para definição da presença/qualidade do atributo avaliado¹⁰. Além dos atributos referidos, o instrumento afere também o grau de afiliação, ou seja, a identificação e intensidade de vínculo com um serviço, apontado pelo respondente, como o serviço de referência para os cuidados em saúde.

Para a análise dos dados, foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics*, versão 22. Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros sob o parecer nº 2.599.141.

Resultados

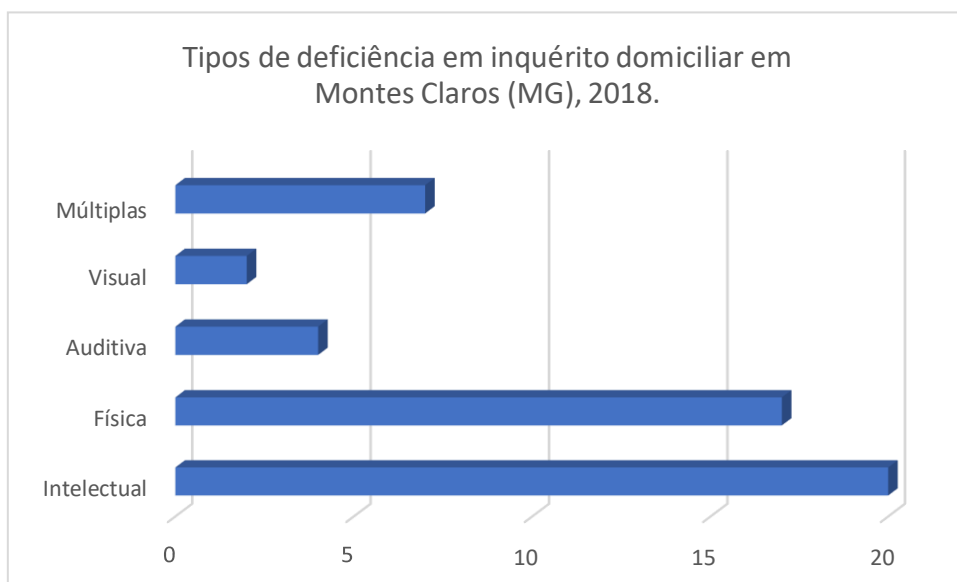
Foram visitados 800 domicílios, distribuídos em 40 setores censitários, com coleta de informações referentes a 2680 pessoas, entre as quais 50 eram PcD, sendo 45 pessoas adultas com deficiências e cinco crianças.

Entre os adultos, houve predomínio do sexo masculino (57,8%); a idade média foi de 51,7 anos, com mínimo de 19 e máximo de 89 anos. Em relação à escolaridade, registrou-se uma média de 6,4 anos de estudo para o grupo. Quanto à renda, a maioria das famílias entrevistadas (82,2%) declarou o valor de 1 a 5 salários-mínimos. A maior parte dos respondentes referiu cor da pele preta ou parda (68,8%) e apenas seis (13,3%) viviam com

companheiro(a). Entre as crianças, três eram do sexo masculino e a idade variou de nove a onze anos.

As deficiências registradas pelos entrevistados e/ou responsáveis estão registradas na Gráfico 1. A mais comumente referida foi a deficiência mental ou intelectual (n=20; 40,0%), seguida pela deficiência física (n=17; 34,0%).

Figura 1: Distribuição dos tipos de deficiência identificados em inquérito domiciliar, segundo informações das famílias; Montes Claros, 2018.



Os atributos da atenção primária são apresentados na Tabela 1. Os resultados registram que tanto adultos como crianças apresentam um bom grau de afiliação com as equipes da ESF. Em relação aos adultos, os maiores escores foram para Acesso de primeiro contato/Utilização, longitudinalidade e Coordenação/Sistema de informações. Todavia os demais atributos mostraram-se com valores abaixo do desejável, com valores muito baixos para os atributos de Acesso de primeiro contato/acessibilidade e serviços disponíveis. Em relação aos serviços prestados, os escores foram insatisfatórios para ambos os sexos. As mulheres avaliam de forma mais positiva as atividades da ESF, pois, comparativamente ao sexo masculino, apresentaram maiores escores geral e essencial.

Tabela 1: Escores médios, intervalos de confiança de 95% e desvios-padrão para os atributos da atenção primária em saúde, segundo percepção de pessoas com deficiência; Montes Claros (MG), 2018.

Atributos avaliados	Escore médio	IC95%	DP
<i>Usuários Adultos</i>			
Grau de afiliação	8,89	8,18-9,60	2,36
Acesso de Primeiro Contato			
Utilização	9,36	8,97-9,74	1,28
Acessibilidade	4,38	3,86-4,89	1,73
Longitudinalidade			
Longitudinalidade	8,16	7,76-8,57	1,34
Coordenação			
Integração de Cuidados	5,91	4,69-7,12	4,03
Sistema de Informações	7,38	6,69-8,07	2,29
Integralidade			
Serviços Disponíveis	3,58	3,10-4,06	1,60
Serviços Prestados - Sexo feminino	5,98	4,89-7,07	2,19
Serviços Prestados - Sexo masculino	5,64	4,79-6,49	2,10
Orientação Familiar	6,47	5,36-5,56	3,68
Orientação Comunitária	5,41	4,57-6,24	2,77
Escore Essencial - Sexo feminino	6,78	6,12-7,45	1,38
Escore Essencial - Sexo masculino	6,58	6,00-7,15	1,42
Escore Geral - Sexo feminino	6,63	5,87-7,40	1,59
Escore Geral - Sexo masculino	6,43	5,83-7,04	1,49
<i>Usuários Crianças</i>			
Grau de afiliação	10,00	-	-
Acesso de Primeiro Contato			
Utilização	7,11	5,03-9,20	1,67
Acessibilidade	3,56	1,00-7,56	3,23
Longitudinalidade			
Longitudinalidade	6,86	4,34-9,37	2,02
Coordenação			
Integração de Cuidados	7,07	4,91-9,22	1,74
Sistema de Informações	4,67	2,39-6,94	1,83
Integralidade			
Serviços Disponíveis	5,41	3,26-7,56	1,73
Serviços Prestados	8,13	7,76-8,51	0,30
Orientação Familiar	8,22	6,37-10,00	1,49
Orientação Comunitária	5,83	2,24-9,41	2,89
Escore essencial	6,60	5,79-7,40	0,65
Escore Geral	6,68	5,64-7,72	0,83

Os escores do *PCA-Tool* para a atenção à saúde da criança apresentaram, de modo geral, valores mais elevados. Ainda assim, o Acesso de primeiro contato/acessibilidade, a Coordenação/Sistemas de informações, a Integralidade/serviços disponíveis e a orientação comunitária apresentaram valores abaixo de 6,6.

Discussão

O presente estudo avaliou os escores médios para os atributos essenciais e derivados da atenção primária segundo a percepção de PcD e seus familiares, a partir de uma pesquisa de base populacional. Trata-se de uma proposta metodológica ainda não identificada na literatura nacional. Tal abordagem teve como objetivo identificar a PcD em seu domicílio e proceder a uma coleta de dados isenta de vieses envolvidos com a vinculação da pessoa com o serviço de saúde, em tender a participar da pesquisa quando presente no ambiente da unidade da ESF. O chamado “viés de gratidão” (*Gratitude bias*), a partir da coleta realizada nos serviços de saúde, poderia prejudicar uma avaliação mais crítica da atenção à saúde¹⁴.

O primeiro dado a se destacar entre os resultados foi a baixa prevalência de PcD, que se mostrou inferior à expectativa dos autores, considerando dados da literatura^{15,16}. É possível que, em função da evolução do conceito, os métodos de investigação sejam igualmente variáveis e justifiquem dados de prevalência de PcD com valores discrepantes. O censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 registrou uma prevalência em torno de 23,9% para a população brasileira, mas em nota oficial, em 2018¹⁷, apresentou uma retificação dos dados apresentando prevalência de 6,7%. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde¹⁸ estimou uma prevalência de 6,2%.

Apesar de um número bem inferior à média, o que representa uma ‘minorias’, o termo ora em questão não faz alusão necessariamente a um valor numérico e sim a grupos excluídos do poder político, econômico e social. Esses grupos, tais quais os negros, as mulheres, a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais), dentre outros, estão sub-representados na esfera do poder que a sociedade impõe¹⁹.

A caracterização do grupo permite inferir que se trata de uma população que apresenta vulnerabilidades, como a baixa escolaridade e a renda escassa. Considerando a idade média

dos adultos do grupo, é razoável assumir que também se trata de um aspecto negativo, pois uma pior situação socioeconômica e a baixa escolaridade são fatores significativamente associados ao aumento de risco de dependência para atividades instrumentais de vida diária para maiores de 50 anos²⁰. A prevalência de deficiência e limitações funcionais aumenta em proporção linear com a idade, de maneira rápida, em países em desenvolvimento²¹. O estado civil também representa uma situação crítica para o grupo, pois, entre PcD, o bem-estar subjetivo é significativamente menor para aqueles sem parceiro(a)²². Além disso, a solidão está relacionada a pior autoavaliação da saúde, piora das habilidades cognitivas, uso de serviços de saúde e até mesmo a maior taxa de mortalidade²³.

A avaliação dos escores médios dos atributos aferidos a partir da percepção das PcD revela uma situação preocupante em alguns quesitos, ressaltando que, embora alguns atributos tenham se mostrado com escores satisfatórios (acima de 6,6), vários deles apresentaram escores baixos, denotando baixa adesão aos atributos da APS e, portanto, uma assistência que está aquém da qualidade desejável para o nível de atenção avaliado. Tal cenário está em consonância com o recente estudo da Pesquisa Nacional de Saúde que avaliou a APS, tendo atingido o escore médio geral do *PCATool* no Brasil de 5,9, revelando a necessidade de melhoria dos serviços de atenção primária à saúde em todo o país²⁴.

Para o atributo de Acesso de Primeiro Contato, embora os respondentes registrem uma percepção positiva quanto à utilização, notificam uma baixa acessibilidade. Esse resultado já foi registrado em outros estudos tanto para a população com deficiência^{6,8} e sem deficiência²⁵. O resultado foi comum entre adultos e crianças e traduz, provavelmente, dificuldades enfrentadas pelos usuários que vão desde a existência de barreiras geográficas e arquitetônicas até dificuldades resultantes de problemas relacionados ao processo de trabalho e organização dos serviços nas equipes da ESF, como dificuldades para agendamento, horário restrito de funcionamento das unidades e longo tempo de espera para atendimento²⁵. É relevante destacar que para as PcD, uma baixa acessibilidade, especialmente quando relacionada ao processo de trabalho nas unidades de saúde, representam uma negação ao princípio da equidade e reforçam a exclusão histórica desse grupo.

Em relação à longitudinalidade, observou-se uma apreciação positiva para o atributo igualmente para adultos e crianças, destacando um reconhecimento dos respondentes quanto a

relação de vínculo com os profissionais de saúde e o local de atendimento. Esse resultado também foi observado por Almeida *et al*, que registraram valores satisfatórios tanto para a população com deficiência, como para a população em geral⁶. Trata-se de um aspecto positivo, que aponta para uma mudança de comportamento da população, que deixa de lado o modelo hospitalocêntrico e de atendimento pontual e busca se vincular mais perenemente com as equipes da ESF. Nesse sentido, as ações dos agentes comunitários de saúde, com cadastramento da clientela e visitas regulares parecem representar uma medida fundamental²⁶.

Para o atributo coordenação, os escores dos adultos revelaram uma situação insatisfatória para a integração de cuidados e satisfatória para a parte de sistema de informações. Já os escores da versão infantil revelaram uma situação satisfatória para a integração de cuidados e uma percepção negativa, insatisfatória referente ao sistema de informações. Esse resultado retrata as particularidades das questões do instrumento que, em relação à integração de cuidados, aborda o acesso ao especialista e ao sistema de referência e contrarreferência, aspectos ainda críticos para o Sistema Único de Saúde, especialmente para o paciente adulto, que tem maior demanda pelo atendimento em nível secundário²⁵.

Em relação à atenção à criança os sistemas de informações parecem mais críticos, pois envolvem, sobretudo, a manipulação de prontuários e o cartão de vacinação. Os resultados da avaliação desse atributo em outros estudos apontam resultados divergentes. Almeida *et al* observaram valores mais elevados e satisfatórios para PcD para a integralidade do cuidado e valores mais baixos, insatisfatórios, para a dimensão de sistemas de informações⁶. Por outro lado, Vidal *et al* registram em estudo realizado em Santa Catarina maior percentual de altos escores para a dimensão de sistemas de informações em relação à integralidade dos cuidados²⁷.

O atributo coordenação envolve uma ação muito importante das equipes da ESF, mas estritamente ligada à disponibilidade de recursos e à integração da rede de cuidados. Os resultados divergentes na literatura sobre esse atributo revelam, provavelmente, uma situação crítica e a necessidade de estruturação dos serviços a nível local, incluindo uma adequada comunicação entre os níveis assistenciais^{25,28}. Considerando que esse atributo é especificamente importante para uma assistência adequada às PcD, que necessitam de diferentes intervenções em saúde, os escores baixos devem representar um alerta aos gestores

de saúde, pois demonstra a baixa qualidade da assistência, configurando em riscos de desfechos de pior prognóstico.

Em relação à integralidade do cuidado, todas suas dimensões mostraram resultados abaixo de 6,6, portanto, insatisfatórios na avaliação dos adultos com deficiência. Esse atributo ressalta a necessidade de os serviços de saúde oferecerem uma maior diversidade de recursos. Não é raro observar que alguns gestores de saúde tendem a centralizar a oferta de alguns serviços (como pequenas cirurgias, testagem para HIV, entre outros) e esse fato compromete a assistência integral ao indivíduo. Outros estudos também revelam valores críticos para o atributo integralidade do cuidado e isso traduz a necessidade urgente de reorganização das práticas assistenciais e maiores investimentos em recursos humanos e materiais^{25,29,30}. Em se tratando de pessoas com deficiência, a distância a ser percorrida para alcançar o serviço pode representar um aspecto crucial.

Na percepção dos cuidadores de crianças com deficiência abordadas neste estudo, a dimensão serviços disponíveis teve uma avaliação negativa, enquanto a dimensão de serviços prestados teve uma avaliação satisfatória. É possível que, em relação aos serviços prestados, o escore satisfatório registre a implementação de ações de educação em saúde realizadas pela equipe de enfermagem e o fato de que ações de prevenção e promoção à saúde infantil estão mais consolidadas nas equipes da ESF. O estudo de Quaresma e Stein observou escores críticos para ambas as dimensões desse atributo em estudo realizado em Palmas (TO)⁸. É relevante destacar, entretanto, que tanto neste estudo ora apresentado quanto o estudo de Tocantins, o número de respondentes para as crianças com deficiência foi muito reduzido. Ademais, um estudo recente envolvendo grande número de cuidadores de crianças sem deficiência também registrou escores baixos para a integralidade do cuidado³¹.

Entre os atributos derivados, foram avaliadas a orientação familiar e comunitária. Ambas apresentaram valores insatisfatórios para a população adulta com deficiência. Esse resultado é similar ao que registra outro estudo, suscitando reflexões acerca das disparidades da avaliação entre usuários e profissionais, que usualmente apresentam uma percepção positiva em relação a tais atributos^{31,32}.

Neste contexto, os atributos avaliados de maneira mais insatisfatória foram a acessibilidade (dentro do Primeiro Contato) e a integralidade. Tais resultados evidenciam a fragilidade da assistência no município, principalmente para a carta de serviços e processos organizacionais das unidades, possivelmente podendo contribuir com internações evitáveis³³ ou mesmo óbitos evitáveis^{34,35}.

De outro modo, há que se ressaltar os escores avaliados positivamente, sobretudo nos quesitos de grau de afiliação, utilização (dentro do Primeiro Contato) e longitudinalidade, o que notabiliza o sentimento de pertencimento que a PcD tem da sua unidade local de saúde, além de uma fonte continuada de atenção à saúde. Tais resultados registram a diligência da gestão em viabilizar excelência em qualidade de assistência ao cuidado de PcD.

Algumas limitações devem ser consideradas para o presente estudo, especialmente o número reduzido de respondentes. A baixa escolaridade da expressiva maioria da amostra pode ser um fator que impacta diretamente na compreensão das questões e nas respostas. Outro aspecto diz respeito à utilização apenas da percepção dos usuários e familiares, sem a inclusão do olhar dos prestadores de serviços. Todavia, registra-se o mérito de uma abordagem não vinculada a serviços de saúde e realizada a partir de um inquérito domiciliar. A carência de estudos na área e, particularmente, a falta de estudos para a região também notabilizam os resultados, que deverão ser apreciados pelos gestores de saúde. Poucos estudos epidemiológicos nacionais abordam as PcD, acentuando a invisibilidade desse grupo aos olhos dos serviços e gestores de saúde.

A assistência à saúde de baixa qualidade na APS para PcD expressa um cenário de profundas desigualdades na atenção a essas pessoas, historicamente segregadas na sociedade, em que pese alguns quesitos terem sido avaliados positivamente, representando um esforço da gestão na prestação do cuidado. Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma maior interlocução da comunidade científica, sociedade civil e gestores públicos, na direção de aperfeiçoar serviços de saúde mais inclusivos e efetivos nas necessidades que se fizerem presentes. Espera-se que os resultados possam subsidiar novas ações inclusivas e mudanças no fluxo de pacientes nos diversos pontos de atenção à saúde, dentro da rede de cuidados para essas pessoas, que são historicamente excluídas das políticas públicas e assistenciais.

]

Referências

- 1) 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 de julho de 2015.
- 2) Madden RH, Bundy A. The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics. *Disabil Rehabil* 2019 Jun;41(12):1450-1462.
- 3) BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais. 1ª ed. Brasília, 2012.
- 4) Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(3): e4480016.
- 5) Condessa AM, Giordani JMA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev bras epidemiol* 2020; 23: e200074.
- 6) Almeida MHM, 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) Martins KP, Gomes TM, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Rev Fun Care Online* 2018; 10(4):1150-5.
- 8) Quaresma FRP, Stein AT. Atributos da atenção primária prestada às crianças/adolescentes com e sem deficiência. *Cien Saude Colet* 2015; 20(8):2461-8.
- 9) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-175.
- 10) Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):274-84.
- 11) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

- 12) Popplewell NTA, Rechel BPD, Abel GA. How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* 2014; 4:e004714.
- 13) Lofters A, Guilcher S, Maulkhan N, Milligan J, Lee J. Patients living with disabilities: The need for high-quality primary care. *Can Fam Physician* 2016; 62:e457-64.
- 14) Vaitsman J, Andrade GRBD. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):599- 613.
- 15) Lauer EA, Houtenville AJ. Estimates of prevalence, demographic characteristics and social factors among people with disabilities in the USA: a cross-survey comparison. *BMJ Open* 2018; 8:e017828.
- 16) Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG, Moura L. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3253-64.
- 17) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington.
- 18) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciclos de Vida. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro, p. 1-92, 2015.
- 19) Santos TT, Barros AT. Representação política das pessoas com deficiência na Câmara dos Deputados: a percepção dos representados. *Rev Bras Ciênc Polít* 2018; 26: 223-271.
- 20) Vieira MCU, Dias DF, Bortoletto MSS, Silva AMR, Cabrera MAS. Predictors of functional dependence among individuals aged 50 years and older: a 4-year follow-up study. *Geriatr Gerontol Aging* 2019; 13:157-166.
- 21) Prynne JE, Polack S, Mactaggart I, Banks LM, Hameed S, Dionicio C, Neupane S, Murthy G, Oye J, Naber J, Kuper H. Disability among Older People: Analysis of Data from Disability Surveys in Six Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(13):6962.
- 22) Emerson E et al. The wellbeing of working-age adults with and without disability in the UK: Associations with age, gender, ethnicity, partnership status, educational attainment and employment status. *Disabil Health J* 2020; 13(3):1008892.
- 23) Warner DF, Adams SA, Anderson RK. The Good, the Bad, and the Indifferent: Physical Disability, Social Role Configurations, and Changes in Loneliness Among Married and Unmarried Older Adults. *J Aging Health* 2019; 31(8):1423-53.

- 24) Pinto, L.F., D'Avila, O.P., Hauser, L. et al. Innovations in the national household random sampling in Brazilian National Health Survey: results from Starfield and Shi's adult primary care assessment tool (PCAT). *Int J Equity Health* 2021; 20 (113).
- 25) Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1881-93.
- 26) Brasil CCP, Silva RM, Bezerra IC, Vieira LJES, Figueiredo MLF, Castro FRVF et al. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Cien Saude Colet* 2021; 26(1):109-18.
- 27) Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, Fontanive PVN. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27(4):e2017504.
- 28) Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- 29) Janke GF, Ribeiro TS, Faraoni AG, Viana AL. Atributos da Atenção Primária à Saúde nos cuidados às pessoas com condições crônicas. *Saude e pesqui* 2020; 13(3): 537-46.
- 30) Machado GAB, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta paul enferm* 2021; 34: eAPE00973.
- 31) Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(2):e00095418.
- 32) Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Suppl 3):1366-72.
- 33) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008.
- 34) Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2007; 16(4): 233-244.

- 35) Malta DC, França E, Abreu DX, Oliveira H, Monteiro RA, Sardinha LMV et al .
Atualização da lista de causas de mortes evitáveis (5 a 74 anos de idade) por
intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde 2011; 20(3):
409-412.

3.3 Produto 3

Título: Representações sociais de médicos da Estratégia Saúde da família sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência

Title: Social representations of doctors from the Family Health Strategy on health care for people with disabilities

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser habilitada para uma assistência de qualidade, com ênfase na promoção da saúde para todos os grupos populacionais, incluindo-se aí, as pessoas com deficiências (PcD). Para uma assistência mais equânime e efetiva, é preciso conhecer as representações sobre esse tema elaboradas pelos profissionais que atuam neste contexto. Neste estudo, objetivou-se analisar as Representações Sociais de médicos que atuam em equipes da APS sobre o atendimento à saúde para PcD. Trata-se de estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com abordagem estrutural da Teoria do Núcleo Central. O estudo foi conduzido entre junho de 2019 e agosto de 2020, com médicos cadastrados nas equipes da Estratégia Saúde da Família com utilização da técnica de evocação de palavras. Os softwares EVOC[®] e IRAMUTEC[®] foram utilizados para análise dos dados. Participaram do estudo 109 médicos, com predomínio de profissionais jovens, do sexo feminino, com menos de cinco anos de atuação nos serviços. A análise dos dados sugere que a atenção às PcD na atenção primária se orienta por uma prática truncada, permeada pelo receio e pelas dificuldades de médicos e pacientes. Essa dificuldade ora é expressa como lacuna no processo de formação, ora como dificuldade de comunicação (informação), ora como característica inerente ao paciente (dificuldade para compreensão ou para acessar os cuidados de saúde).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pessoas com deficiência. Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Pesquisa qualitativa.

Abstract:

Primary Health Care (PHC) must be enabled for quality care, with an emphasis on health promotion for all the population groups, including people with disabilities (PwD). For a more

equitable and effective care, it is necessary to know the representations on this topic elaborated by professionals who work in this context. In this study, the objective was to analyze the Doctors' Social Representations who work in PHC teams about health care for people with disabilities. This study was based on the Social Representations Theory, with a structural approach from the Central Nucleus Theory. The study was conducted between June 2019 and August 2020, with physicians registered in the Family Health Strategy teams using the word evocation technique. EVOC® and IRAMUTEC® softwares were used for the data analysis. 109 physicians participated in the study, with a young female professionals predominance, with less than five years of experience in the services. The Data analysis suggests that PwD care in primary care is guided by a truncated practice, permeated by fear and doctors' and patients' difficulties. This difficulty is sometimes expressed as a gap in the training process, sometimes as a communication difficulty (information), sometimes as an inherent patient characteristic (difficulty in understanding or accessing the health care).

Keywords: Primary Health Care. Disabled Persons. Quality Assurance, Health Care. Qualitative Research.

Introdução

A Atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de um sistema de serviço de saúde e a forma preferencial do primeiro contato das pessoas aos cuidados de saúde¹. Em princípio, uma APS forte, orientada pelos atributos que a definem (Acessibilidade, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação) está habilitada para uma assistência de qualidade, mais custo efetiva e com ênfase na promoção da saúde para todos os grupos populacionais², incluindo-se aí, a saúde das minorias e das pessoas com deficiências (PcD).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência destaca importantes ações voltadas para esse público, com protagonismo das equipes de APS, operacionalizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF)³. Porém, ainda são poucos os estudos que abordam o desenvolvimento dessas ações ou a atenção à saúde para as PcD, sendo relevante os que destacam dificuldades de acesso e baixa qualidade do cuidado em saúde, com piores desfechos clínicos^{4,5}.

Para um conhecimento mais profundo da situação, são necessários estudos que avaliem, entre outros aspectos, a representação dos profissionais responsáveis pelos cuidados de saúde na APS sobre a atenção à saúde para PcD. Apesar de grandes avanços, sobretudo no acesso ao serviço e provisão de médicos, a APS brasileira ainda convive com grandes desafios na organização do serviço, incompletude de oferta das ações, estrutura arquitetônica precária e dificuldades de provisão de pessoal⁶. Especialmente quanto às PcD, as adequações físicas estruturais e organizacionais das unidades são importantes barreiras para a inclusão e acolhimento desses usuários⁷.

A qualidade da assistência da APS no Brasil apresenta fragilidades sendo necessários aperfeiçoamentos⁸. Os profissionais de saúde da APS desconhecem o Plano Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como não se mostram preparados para o acolhimento e comunicação, como instrumento peculiar para algumas PcD, o que contribui para um atendimento excludente^{9,10,11}. Embora muitos profissionais defendam a assistência integral à PcD, não reduzida a processos nosológicos, creditam a instituições especializadas e filantrópicas a melhor assistência desses indivíduos¹².

Para melhor compreensão das ações e resultados que os serviços da APS projetam para os usuários, há que se conhecer e refletir sobre as representações elaboradas pelos profissionais que atuam neste contexto^{9,13}. Nos últimos anos a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta originalmente por Serge Moscovici¹⁴, vem se tornando muito frequente em estudos que buscam avaliar os valores, noções e práticas de determinados grupos sociais, considerando que tais representações são consideradas uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social¹⁵. Dessa forma, o conhecimento das representações sociais (RS) de um grupo possibilita caracterizar os fenômenos construídos coletivamente, sem desconsiderar a individualidade dos sujeitos, mediados pela linguagem¹⁶.

A literatura registra alguns trabalhos que aclaram as RS de profissionais de saúde acerca das práticas educativas no serviço¹⁵, da autonomia profissional que envolvem o HIV/Aids na perspectiva de gênero¹⁷ e na abordagem das doenças negligenciadas¹⁸. Todavia, não foram identificados estudos que abordam as RS de profissionais de saúde sobre o cuidado de saúde

às PcD. Esse aspecto salienta a invisibilidade das PcD na sociedade e no meio acadêmico e científico. O presente trabalho teve como objetivo analisar as Representações Sociais de médicos que atuam em equipes da atenção primária sobre o atendimento à saúde para PcD.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na TRS e com abordagem estrutural da Teoria do Núcleo Central (TNC), proposta por Jean-Claude Abric¹⁶. A abordagem estrutural se apresenta na forma de dois sistemas que se complementam, o núcleo central e o periférico. O núcleo central é o que dá significado à representação, com elementos constituintes mais resistentes a modificações. Já o núcleo periférico constitui a maior parte dos elementos da evocação, sendo de caráter mutável e adaptável à realidade social vigente. A TNC sistematiza as representações sociais em torno de núcleos que estabelecem, ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna¹⁶.

A pesquisa foi realizada em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. Trata-se de cidade polo da região, referência na prestação de serviços e que conta com uma população estimada de 410 mil habitantes. No contexto da APS, a cidade possui 142 equipes da ESF, 132 urbanas e 10 rurais, o que confere ao município uma taxa de cobertura superior a 100%.

Para o presente estudo, foram selecionados aleatoriamente 120 médicos, alocados em equipes da ESF da zona urbana do município. Essa amostra corresponde ao que recomenda a literatura para a análise prototípica²⁰, já que, apesar de não haver apontamentos exatos do número mínimo necessário de participantes, quanto maior o número, mais estáveis serão os resultados. A partir de 100 elementos na amostra, é considerado ideal para conclusões mais robustas^{21,22}. A coleta de dados foi realizada entre o período de junho de 2019 a agosto de 2020. Inicialmente, foram entrevistados 56 médicos, presencialmente, nas unidades básicas de saúde, sendo previamente agendada data com os participantes, conforme disponibilidade, evitando-se, assim, a interrupção das atividades profissionais. Como a coleta de dados incluiu parte do período da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19), optou-se pelo contato *online* para as demais entrevistas. O questionário foi transcrito para a plataforma *Google forms* e disponibilizado aos médicos através dos *e-mails* pessoais, fornecidos pela coordenação da ESF da Secretaria Municipal de Saúde. Nesta etapa, foram entrevistados, virtualmente, 53 profissionais, perfazendo um total de 109 médicos participantes.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento elaborado pelos pesquisadores, abordando o perfil sociodemográfico e de formação profissional, além de características da assistência médica para PcD e sua frequência. Adicionalmente, foram apresentadas questões específicas para o teste de evocação de palavras, para análise das RS: (1) “*Fale cinco palavras ou expressões que lhe vem à cabeça ao pensar no atendimento à pessoa com deficiência*”; (2) “*Escolha uma palavra ou expressão que considera a mais importante entre as cinco citadas anteriormente*”; e (3) “*Justifique a importância da escolha da palavra que você considerou a mais importante*”. A partir das evocações dispostas no quadro de quatro casas e das justificativas apresentadas pelos profissionais, procedeu-se à análise desses excertos, visando compreender o significado desses termos para os médicos.

Os dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional foram analisados por análise estatística descritiva simples. Os dados provenientes da técnica de associação livre de palavras ou evocação de palavras foram examinados por meio da análise estrutural e apresentadas no quadro de quatro casas, construído com o auxílio do *software Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations (EVOC®)* versão 2005²⁰.

As entrevistas transcritas compuseram um único corpus submetido ao IRAMUTEQ®, (*Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) o qual originou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Trata-se de uma análise construída através de classes, a partir de segmentos de texto de um *corpus*, que classifica e categoriza os vocábulos em função da frequência e conteúdo semântico dos mesmos^{23,24}.

Todos os aspectos éticos foram considerados para a realização desta pesquisa. A realização do estudo obteve o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde da cidade sede do estudo. Os participantes concordaram com a participação, com registro de assinatura em termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) com o parecer de número 3.332.823.

Resultados

O grupo de médicos participantes do estudo teve predomínio do sexo feminino (n=78; 71,6%), a maioria com idade inferior a 30 anos (n=41; 37,6%), e referindo estado civil solteiro (n=56; 51,4%). Cerca de metade desses profissionais são generalistas ou estão cursando a residência de medicina de família e comunidade, sendo que 70% deles atuam na ESF há menos de cinco anos. Todos referiram ter contato com pacientes com deficiência durante suas atividades assistenciais. Em relação a treinamento prévio, cerca de 10% dos respondentes relataram algum tipo de treinamento para atendimento à PcD, mas sem caracterização do procedimento.

Em relação às evocações, os participantes em conjunto produziram 522 palavras ou expressões, sendo 171 palavras ou expressões diferentes. A frequência mínima de evocação para inserção no quadro de quatro casas foi igual a nove (representando 50% das frequências acumuladas de citações/evocações). A média das Ordens Média de Evocação (OME), ou seja, o “rang” foi igual a 2,93 e o ponto de corte das OME foi de 2,70.

A técnica de evocação livre de palavras possibilitou identificar os principais elementos associados à atenção à saúde de PcD pelos médicos da APS, gerando, a partir do *software* EVOC[®], o Quadro de Quatro casas (Figura 1), que demonstra a relação das palavras evocadas e sua frequência e a ordem média das evocações (OME). Na abordagem estrutural da TNC, os elementos que se situam no quadrante superior esquerdo se destacam como o provável núcleo central das RS. Fundamentando-se nos pressupostos da TNC, os elementos semânticos situados no quadrante superior esquerdo, representam as evocações com mais frequência e mais prontamente evocadas. O núcleo é constituído por elementos estáveis que não variam em função do contexto imediato²⁵.

Os elementos que compõem o provável núcleo central da RS foram: “Dificuldade de comunicação”, “Dificuldade”, “Cuidado”, “Acessibilidade” e “Limitação”. Dentre essas a mais evocada foi “Dificuldade de comunicação” e a mais prontamente evocada (menor “rang”) foi “Acessibilidade”.

A primeira e a segunda periferias contêm cinco evocações, assim distribuídas: “empatia” presente na primeira periferia e os elementos “equidade”, “despreparo”, “paciência” e “respeito” os quais constituem a segunda periferia. As evocações “acesso” e “inclusão” estão

no quadrante inferior esquerdo e representam os elementos de contraste das RS dos médicos das ESF(s) referentes à assistência de PcD.

Figura 01 - Quadro de quatro casas - distribuição da frequência e ordem média de posição gerada pelo *Rangfrq* do *software* EVOC® da evocação livre de palavras dos médicos da APS a partir da indução com os termos “atendimento à pessoa com deficiência” - Montes Claros (MG), 2019/2020.

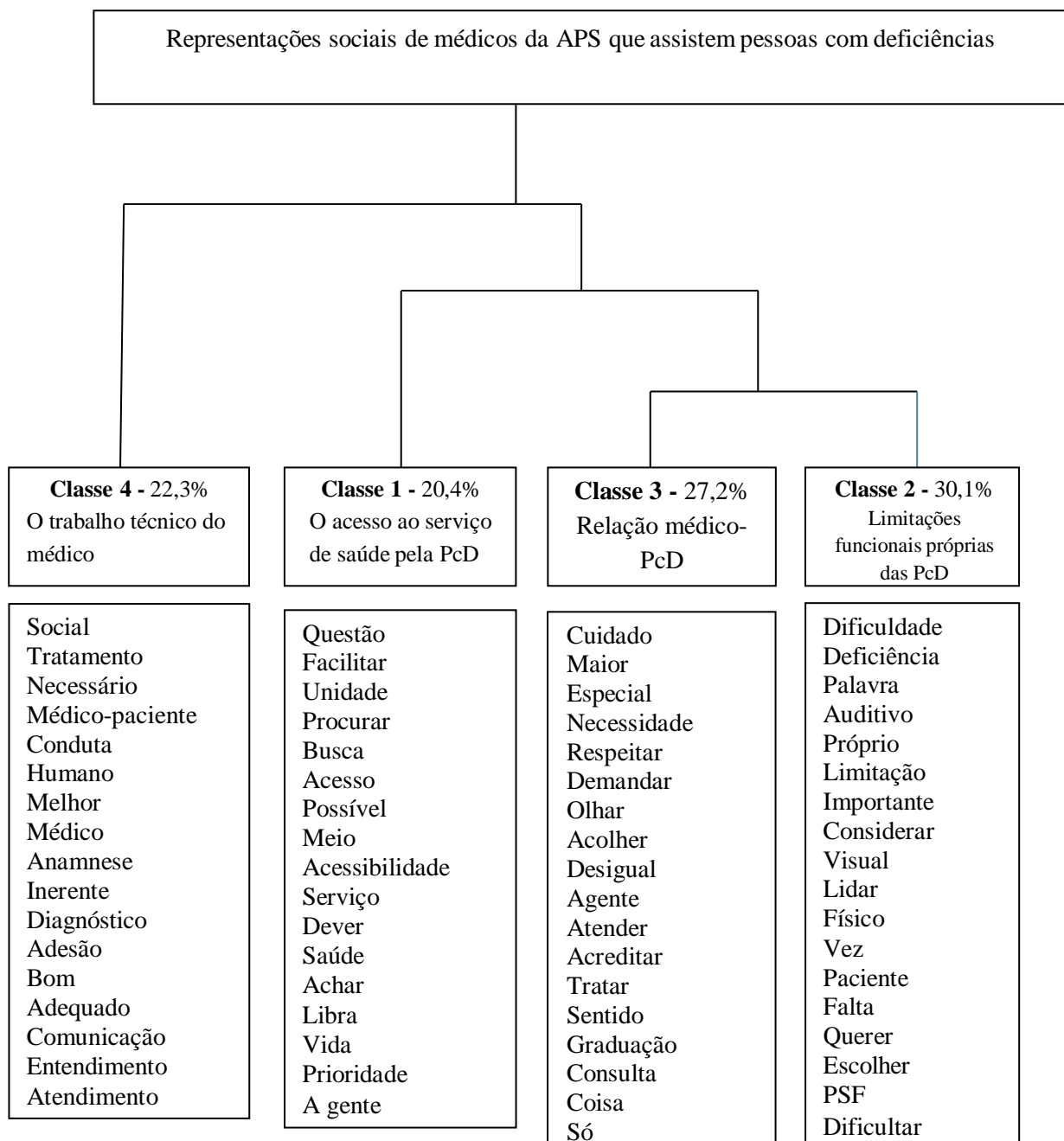
Elementos do Núcleo Central Frequência ≥ 17/ Rang < 2,70			Elementos da 1ª periferia Frequência ≥ 17 / Rang ≥ 2,70		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Dificuldade de comunicação	51	2,569	Empatia	17	2,824
Dificuldade	37	2,216			
Cuidado	35	2,400			
Acessibilidade	25	1,680			
Limitação	17	2,353			
Elementos de Contraste Frequência ≥ 9 e < 16 / Rang < 2,70			Elementos da 2ª periferia Frequência ≥ 9 e < 16/ Rang ≥ 2,70		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Acesso	13	2,538	Equidade	14	3,286
Inclusão	13	2,385	Despreparo	13	2,846
			Paciência	11	2,909
			Respeito	9	3,889

O Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) representado na Figura 2 demonstra as palavras mais frequentes e com maior associação nas classes e entre elas. Nessa figura, o corpus foi dividido em dois subgrupos: classe 4 e classes 1, 3 e 2.

Observa-se que, na CHD, os vocábulos mais incidentes na classe 4 remetem a palavras associadas ao trabalho do médico, dentro de aspectos da diagnose, semiologia e tratamento. Na classe 1, as palavras demonstram as dificuldades pelas quais passam as PcD ao necessitarem de serviços de saúde, especificamente nos quesitos ‘acesso’ e ‘acessibilidade’. A classe 3 traz palavras que denotam aspectos inter-relacionais e comportamentais entre os médicos e PcD, introduzindo a palavra ‘graduação’ nesse grupo possivelmente fazendo alusão

à formação médica acadêmica. Por fim, a classe 2 remete às características e dificuldades próprias das pessoas com as suas respectivas deficiências.

Figura 02 – Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus sobre representações sociais de médicos da APS acerca do atendimento à PcD, Montes Claros (MG), 2019/2020



Fonte: corpus de análise processado pelo software Iramuteq

Em relação à análise dos termos e expressões e suas justificativas, registra-se que, no primeiro quadrante, o qual caracteriza a RS do grupo investigado, é marcante a representação da ‘dificuldade’ da assistência, ao mesmo tempo em que evidencia as limitações técnicas do médico em lidar com essa demanda. Tal demanda reporta, especialmente, às falhas durante a graduação do profissional. Essa limitação também denota aspectos relacionados às restrições, anatômicas e/ou funcionais, peculiaridades às pessoas com deficiência.

“...diante da dificuldade que a gente tem no atendimento desses pacientes, exatamente pela falta de preparo durante a graduação e após, dificulta o acompanhamento, a melhor adesão desse paciente ao tratamento que for proposto ...” (E53)

“... ‘limitação’ porque eu acho que é uma palavra que sugere a minha dificuldade em relação a alguns tipos de deficiência, por exemplo, a deficiência auditiva e a verbal, como eu não sei lidar com a Linguagem Brasileira de Sinais, da minha dificuldade de comunicação com o paciente; e a limitação quando eu vejo da parte do paciente também, em talvez conseguir algumas coisas, alguns direitos e benefícios na sociedade pela sua limitação mesmo”. (E77)

No quadrante da primeira periferia, a análise remete à percepção do médico em experimentar, de forma subjetiva, os sentimentos pelos quais as PcD vivenciam, na tentativa de melhor compreender esse universo.

“(...) mas a partir do momento que você passa a se colocar no lugar do paciente, a olhá-lo com olhos diferentes, (...) e acredito que dessa forma seja mais fácil de tratá-lo, (...) então quando você olha o paciente com empatia você passa a esquecer todos os problemas e dificuldades durante a consulta, (...)” (E49)

No quadrante da segunda periferia, os elementos direcionam para a ideia de falta de preparo profissional no atendimento de PcD, o que, por sua vez, apoia-se em atitudes de ‘paciência’, ‘respeito’ ou ‘equidade’ na tentativa de remediar a inabilidade técnica do médico.

“(...) se a gente recebe treinamento, durante a graduação, no atendimento de pessoas que têm algum tipo de deficiência, a gente não recebe, e aí a gente forma e é exposto a situações em que a gente não sabe como agir (...)” (E27)

“(...) eu acho que principalmente com a pessoa com deficiência é preciso que os profissionais sejam humanos na hora de atendê-los porque são pessoas que requerem cuidados mais especiais do que as outras, então, necessita muito deste quesito na hora do atendimento”. (E91)

Por fim, o quadrante referente à zona de contraste, mostra o movimento das ideias rumo a atitudes mais inclusivas dos médicos, tanto em reconhecer as barreiras do acesso quanto à necessidade da inserção das PcD no contexto da sociedade e do trabalho do profissional.

“Escolhi a frase ‘inclusão social’ devido à importância desta na condução dos pacientes, tanto profissionalmente, quanto na conduta ética-médica profissional e na inclusão do seu meio social.” (E50)

Discussão

A partir das análises realizadas é possível inferir que a atenção às PcD na atenção primária se orienta por uma prática truncada, permeada pelo receio e pelas dificuldades de médicos e pacientes. A dificuldade expressa pelos profissionais, ora é expressa como lacuna no processo de formação, ora como dificuldade de comunicação (informação) ora como característica inerente ao paciente (dificuldade para compreensão ou para acessar os cuidados de saúde). Nas expressões apontadas pelos profissionais, registra-se que as representações sociais sugerem uma assistência que é mediada pelo médico a partir da demanda do paciente, sem considerações acerca do conhecimento de políticas públicas específicas sobre as quais essa prática também poderia se assentar.

Santos *et al*²⁶, em estudo que avaliou os resultados do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde no que se refere às barreiras arquitetônicas e de comunicação na APS, registram que as condições arquitetônicas precárias comprometem o acesso ao serviço e, por conseguinte, a resolutividade do cuidado. Saliendam também que as questões da comunicação e informação dirigidas às PcD na APS são fundamentais. Especialmente para as deficiências sensoriais, as unidades não apresentam caracteres em Braille ou figuras em relevo, ou intérpretes para os deficientes auditivos, demonstrando a inadequação dos serviços de saúde.

Para os profissionais de saúde, a assistência para PcD sensorial é mais complexa se comparada às pessoas com mobilidade reduzida ou deficiência cognitiva. Consideram que existe a necessidade de treinamento permanente para reduzir as barreiras na comunicação com os usuários, bem como políticas orientadas para o desenvolvimento de serviços de saúde com mais qualidade²⁷.

Na percepção dos surdos, a ausência de um intérprete, seja por um acompanhante ou pelo despreparo do profissional, compromete sobremaneira o atendimento, a ponto do indivíduo não buscar a assistência²⁸. Pessoas com deficiência auditiva queixam-se especificamente de problemas decorrentes da comunicação durante a anamnese e exame físico, do entendimento sobre a prescrição, além de dificuldades no agendamento de consultas²⁷.

Pessoas com deficiência visual também manifestam grandes obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Referem barreiras com relação à comunicação, à escassa informação de materiais escritos em Braille e barreiras atitudinais dos médicos que consideram os cegos incapazes de cuidarem de sua própria saúde²⁷. Os profissionais de saúde desejam e julgam importante o treinamento para habilitá-los a melhor atender às PcD. Essa capacitação deve ocorrer desde a graduação e não se limitar a algumas horas ou a algum momento pontual de uma disciplina, após a sua formação acadêmica⁹.

Nas RS dos profissionais médicos, é notória a reafirmação da assistência limitada pela dificuldade: de acesso ao conhecimento, de comunicação e até de definição de condutas, em relação a como orientar e o quanto orientar. A prática é truncada porque, aparentemente, o médico não entende e não consegue se fazer entendido. Nesse contexto, surge o outro elemento da representação social, ou seja, a busca por um atendimento mais humanizado e empático como tentativa de compensação por uma falha percebida.

Ademais, o profissional médico está imerso em campos, paralelos e convergentes, representados pelo sistema de saúde da atenção primária e da equipe de profissionais em que trabalha. Tal universo de relações está imbricado de representações outras que vão influenciar diretamente em suas percepções acerca da complexidade do atendimento que envolve a PcD. Esse aspecto tampouco é destacado na literatura.

Na abordagem estrutural da TRS, o núcleo central é constituído por elementos normativos e funcionais. Assim, ao analisar as evocações do núcleo central elaborado a partir das evocações dos profissionais de saúde, observa-se que os termos “dificuldade”, “dificuldade de comunicação” e “limitação” configuram-se como o mais pronunciado aspecto da assistência à PcD manifestados pelos médicos. Destaca-se, entre essas, a expressão “dificuldade de comunicação” como a representação mais valorada pelos médicos por não disporem de

habilidades fundamentais e básicas de comunicação, no ato da linguagem em si e não nos aspectos relacionais, para uma profícua interação médico-paciente almejada.

O sistema periférico das RS, a partir das evocações apresentadas pelos profissionais, registrou na primeira periferia o termo “empatia”. Nesse quadrante a palavra expressa uma conotação positiva relacionada à atenção à saúde de PcD, mas também pode-se inferir atitudes de insegurança e compensação que coexistem com uma prática médica bastante fragmentada na assistência à PcD.

Remetendo à perspectiva da equidade do cuidado, a expressão “equidade”, evocada de forma mais frequente na segunda periferia, infere a assistência centrada na pessoa, nas suas necessidades diversas e desiguais, em especial das PcD. Esse registro já denota uma reflexão mais propositiva no aspecto da inclusão social. Querer poder atender é inclusivo. Juntamente com as demais palavras que constam nesse quadrante, despreparo, paciência e respeito, configuram-se também em tentativas de compensação ou justificação para uma prática permeada pela insegurança do médico, sem fundamentação teórico-prática. A literatura apresenta escassa referência a esse tema.

No quadrante denominado de zona de contraste, estão presentes os termos ou expressões que tiveram baixa frequência, mas com pronta evocação, ou seja, com maior OME. Esses termos são considerados muito importantes para os poucos que os evocaram. No contexto do tema abordado denotam a angústia do profissional médico no reconhecimento das dificuldades do acesso e/ou acessibilidade da PcD ao serviço da APS, desencadeando prejuízos na assistência. Além disso, percebem a necessidade de maior inclusão social, associando a esse conceito aspectos positivos e salutareos do relacionamento humano como empatia e respeito. De forma complementar, os médicos podem atribuir sua inabilidade técnica no cuidado de PcD às situações de exclusão social que PcD enfrentam, bem como às dificuldades em transitar nos serviços de saúde diante de suas necessidades. Novamente, percebe-se uma ancoragem nas dimensões relacionais da assistência à PcD, configurando mais o aspecto vocativo da profissão que propriamente técnico.

Os médicos expressam sentimentos ou atitudes ordeiras diante de suas inseguranças em lidar com PcD. As polarizações de cunho “vocacional” versus “profissional” configuram um

tensionamento que perpassa os relatos, caracterizando a ideia central que origina a representação social deste grupo diante de PcD. Essa inclinação para uma tendência natural de relacionamento com PcD, baseada na ‘vocação’, remonta   trajetória histórico-social de exclusão/elimina o, notadamente a partir da era cristã. Ulteriormente, as PcD passam a ser consideradas ‘criaturas de Deus’, não mais se permitindo atitudes de extermínio secularmente destinadas a elas. Nesse momento, engendra-se um movimento piedoso de cuidar dessas pessoas, ainda consideradas infortunadas. Adentrando no Renascimento, o pensamento científico e as rela es sociais passam por profundas mudan as²⁹.

Em uma análise histórica do modelo de assistência às PcD, a interpreta o religiosa de corpos marcados pela diferença est tica, tidos como malditos, passou a ser substituída pelos conceitos biomédicos ou anatômicos, os quais interpretavam esses corpos como “doentes”. Nascia aí o Modelo Médico da Deficiência, conceito marcado pelas desvantagens do corpo disforme dos deficientes. Porém, a partir da década de 1960, em contraposi o a esse modelo, tem início o Movimento do Direito dos Deficientes, que reconhecia um novo paradigma, o Modelo Social. Tal modelo criticava veementemente, os pressupostos do materialismo histórico, a partir de ideias capitalistas que enalteciam a independência através de corpos produtivos e funcionais. O modelo social defendia a ideia de que o modelo médico significava uma realidade de opressão e intensas desigualdades   participa o de pessoas deficientes na pesquisa e nas decisões políticas que as envolviam³⁰.

Essa ancoragem no modelo vocacional, ou seja, na visão filantrópica representada pela empatia e acolhimento, no atendimento de PcD, todavia, não representa uma aten o efetiva.   possível inferir que coexiste a insegurança e o trabalho não   eficaz em si. As palavras “empatia”, “paciência” e “respeito” evocam um sentimento de “querer ajudar”. Nesse sentido, a empatia   complementar ao núcleo central da representa o social. Na análise do quadro de quatro casas   possível perceber que na primeira periferia e na zona de contraste surgem os elementos que compensam as “dificuldades” registradas no núcleo central.

O dendograma apresentado corrobora a dualidade da representa o social exposta no campo semântico do quadro de quatro casas. A classe 4 da CHD explicita aspectos da semiologia médica entremeados com as referidas ‘dificuldades’ no ‘atendimento’ e ‘entendimento’ de PcD,   semelhança das associa es registradas no primeiro quadrante. Na classe 3, estão

evidenciadas palavras que traduzem atitudes empáticas, em contraponto à dificuldade do manejo desses pacientes, considerado aqui como uma lacuna na ‘graduação’. O quadro de quatro casas reafirma essa representação, na medida em que isola as diversas dificuldades diante de um atendimento de PcD no seu principal quadrante e desloca para a periferia atitudes comportamentais de compensação frente à angústia da impotência do médico.

Um outro aspecto que merece destaque diz respeito ao fato da maioria dos profissionais médicos participantes nesta pesquisa serem representados pelo sexo feminino. A feminilização do mercado de trabalho em saúde já é um fenômeno reconhecido³¹. Aspectos ligados ao gênero podem influenciar nesses discursos. Historicamente, é atribuído à mulher o ‘cuidar’ nas suas mais variadas conotações³². São necessários mais estudos que corroborem o aspecto do cuidado em saúde de médicas frente às PcD.

Nas associações registradas, são recorrentes as constantes justificativas dos médicos em não terem sido devidamente treinados na graduação para o atendimento de PcD, resultando em dificuldades técnicas na abordagem desses indivíduos. As escolas médicas tendem a enfatizar no currículo a aquisição de conhecimentos comparado à aquisição de habilidades e atitudes do encontro médico-paciente, mas não existe uma proposição sistematizada de assistência às minorias. Quase sempre esses aspectos são abordados como temas menores ou eletivos. A formação médica ainda é notadamente marcada pelo enfoque no conhecimento biomédico, representado pela doença, em detrimento da perspectiva da qualidade de vida e/ou prevenção de agravos. É fundamental que os estudantes convivam com PcD durante a graduação nos mais variados cenários, inclusive com professores que apresentem alguma deficiência³³.

Ao adentrar no curso, os estudantes sentem-se fascinados e vocacionados pela profissão, pelo médico aqui considerado um profissional humanizado. Com o transcorrer da graduação, os acadêmicos começam a identificar as dificuldades do mercado de trabalho e até mesmo a redução do prestígio profissional conflitando com a ilusão anteriormente elaborada. Ainda assim, consideram a medicina um grande feito em suas realizações e demonstram preocupação com as responsabilidades médico-sociais de suas práticas³⁴. Cabe aqui a reflexão de uma possível representação que está associada a uma prática truncada, desvinculada da responsabilidade da contínua educação profissional auto-dirigida, que se faz necessária. Mais estudos são necessários sobre esse tema.

A análise dos resultados permite inferir que os médicos da APS se consideram inabilitados para a assistência às PcD, apresentam limitação significativa na comunicação com esse grupo, especialmente os deficientes auditivos, além de demonstrar, de forma velada, reações de esquivas ao desnudarem sua inaptidão em lidar com PcD. De outro modo, há que se ressaltar que alguns profissionais vislumbram uma atitude mais inclusiva, na medida em que registram que a assistência às PcD deve ser regulada de maneira heterogênea. As necessidades em saúde de PcD, haja vista serem peculiares, caracterizam uma possível celebração à diversidade dos seres humanos nos relatos dos médicos.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate* 2018; 42: 52-66.
3. 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* 2015; 06 de jul.
4. Almeida MHM, 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.
5. Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. *Cien Saude Colet* 2015; 20(8):2461-2468.
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilelio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* 2018; 42 (n.spe1): 208-223.
7. Mocelin G, Weigelt LD, Rezende MS, Borges AM, Krug SBF. Melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica em saúde: inserção da pessoa com deficiência. *Cinergis* 2017;18: 353-357.
8. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cienc Saude Colet* 2017; 22(6):1881-1893.

9. Silva MJ, Camboim FEF, Nunes EM, Lima AKBS. Acolhimento e atendimento a pessoas com deficiência na atenção básica: análise das dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde. *Temas em saúde* 2017; 17(3): 293-309.
10. Amorim EG, Liberali R, Neta OMM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *HOLOS* 2018; 34(1): 224-236.
11. Benelli TES, Alves FQ, Valim ARM, Garcia EL, Krug SBF, Paiva DN. Assistência à saúde das pessoas com deficiência na atenção primária: uma revisão bibliográfica. *Cinergis* 2017; 18(1):391-393.
12. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface* 2009; 13(28):177- 188.
13. Soratto J, Witt RR, Pires DEP de, Schoeller SD, Sipriano CA de S. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(34):1-7.
14. Marková I. A fabricação da teoria de representações sociais. *Cadernos de Pesquisa* 2017; 47(163):358-375.
15. Gazzinelli MFC, Marques RC, Oliveira DC, Amorim MMA, Araújo EG. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trab Educ Saude* 2013; 11(3): 553-571.
16. Taborda M, Rangel M. Representações Sociais de Profissionais da Saúde sobre Aprendizagem e Internet. *Rev bras educ med* 2016;40(4):694-703.
17. Machado YY, Oliveira DC, Pereira ER, Pontes APM, Gomes AMT, Marques SC et al. Representações sociais dos profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: comparação entre homens e mulheres. *Saud Pesq* 2020; 13(4): 861-869.
18. Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Marques SC, Lobo MP, Oliveira DC. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. *Esc Anna Nery* 2017; 21(1): e20170016.
19. Oliveira DC, Marques SC, Gomes AMT, Teixeira MCTV, Amaral MAD. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: ASP Moreira, BV Camargo, JC Jesuíno, SM Nóbrega (Eds.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 573-603). João Pessoa: Editora Universitária UFPB,2005.
20. Vergès P. Os questionários para análise das representações sociais. In: ASP Moreira, BV Camargo, JC Jesuíno, SM Nóbrega (Eds.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa (PB): Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2005.

21. Wachelke J, Wolter R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psic Teor Pesq* 2011; 27(4): 521-526.
22. Wachelke J, Wolter R, Matos FR. Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit* 2016;22(2):153-160.
23. Abreu PD, Araújo EC, Vasconcelos EMR, Ramos VP, Moura JWS, Santos ZC et al. Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids. *Rev Bras Enferm* 2020; 73 (3) e20180390.
24. Mendes FRP, Zangão MOB, Gemito MLGP, Serra ICC. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. *Rev Bras Enferm* 2016;69(2):343-50.
25. Valença TDC, Santos WS, Lima PV, Santana ES, Reis LA. Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. *Esc Anna Nery* 2017; 21(1): e20170008.
26. Santos MLM, Fernandes JM, Vicente DP, Simionatto J, Sanches VS, Souza AS et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29 (2): e2018258.
27. Condessa AM, Giordani JMA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev bras epidemiol* 2020; 23: e200074.
28. Santos AS, Portes AJF. Percepções de sujeitos surdos sobre a comunicação na Atenção Básica à Saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2019; 27: e3127.
29. Pereira JA, Saraiva JM. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. *SER Social* 2017; 19(40): 168-185.
30. Gaudenzi P, Ortega F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3061-3070.
31. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moyses NN, Ferraz W.A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg saude debate* 2010;(45):54-70.
32. Borges TMB, Detoni PP. Trajetórias de feminização no trabalho hospitalar. *Cad psicol soc Trab* 2017; 20(2):143-157.
33. Costa LSM, Koifman L. O Ensino sobre Deficiência a Estudantes de Medicina: o que existe no Mundo? *Rev bras educ med* 2016; 40 (1):53-58.
34. Oliveira RZ, Gonçalves MB, Bellini LM. Acadêmicos de medicina e suas concepções sobre "ser Médico". *Rev bras educ med* 2011; 35 (3):311-318.

4 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura sobre o tema abordado neste trabalho mostra que a Ciência, considerada espaço democrático de produzir e reproduzir conhecimentos, mostra-se tímida à profunda e difundida discussão acerca da qualidade da atenção à saúde para PcD, em que pese a produção de artigos científicos virem aumentando nos últimos tempos. Vale ressaltar que os estudos que avaliam os serviços de saúde da atenção primária prestados às PcD ao redor do mundo e no Brasil, mostram, quase sempre, resultados insatisfatórios e heterogêneos.

A assistência domiciliar e com equipe interdisciplinar para as PcD representa atividade estratégica e promissora para a atenção à saúde desses indivíduos, apesar de não contemplar igualmente esse grupo. No Brasil, não foram encontrados estudos que abordam o tema. Em relação à avaliação dos atributos da atenção primária, os estudos se concentram em avaliar o quesito ‘acesso’ e/ou ‘acessibilidade’. Os resultados concluem, de maneira geral, que as unidades de saúde não dispõem de infraestrutura ideal para as necessidades de atendimento de PcD ou mesmo a distribuição de profissionais que não se faz de maneira equânime.

Para as crianças com deficiência, a atenção à saúde está aquém do desejado, inclusive com inabilidade técnica por parte dos profissionais que prestam a assistência. Da mesma forma, idosos com deficiência recebem cuidados de saúde substancialmente menores em comparação com idosos que não sofrem qualquer forma de deficiência. As pessoas com deficiência mental ou intelectual apresentam altas taxas de comorbidades e mortalidade principalmente por problemas de acesso à saúde e também não dispõem de profissionais aptos à prestação dos cuidados necessários, gerando estigma e discriminação. Por sua vez, esse cenário aumenta a alta probabilidade dessas pessoas serem admitidas em serviços de emergência por condições que são sensíveis ao cuidado primário.

Com referência ao estudo de prevalência de PcD e avaliação dos atributos da APS por esses indivíduos, na cidade de Montes Claros, trata-se de uma minoria de pessoas que relataram não possuir assistência à saúde de modo satisfatório principalmente na prestação de serviços e na acessibilidade. A maior parte delas apresentam deficiência mental ou intelectual, baixa escolaridade, declararam baixa renda e vivem sem um(a) parceiro(a).

O atributo de grau de afiliação com as equipes da ESF foi bem avaliado tanto para adultos como para crianças. Outros atributos avaliados positivamente foram acesso de primeiro contato/utilização, longitudinalidade e Coordenação/Sistema de informações. Todavia, outros

atributos mostraram-se com valores abaixo do desejável, especialmente os atributos de Acesso de primeiro contato/acessibilidade e serviços prestados e disponíveis. A assistência à saúde de baixa qualidade na APS para PcD expressa um cenário de profundas desigualdades na atenção a essas pessoas, historicamente segregadas na sociedade, em que pese alguns quesitos terem sido avaliados positivamente, representando um esforço da gestão na prestação do cuidado.

Quanto às representações sociais de médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família no atendimento de pessoas com deficiência, o estudo revelou que se trata de uma prática truncada, permeada pelo receio e pelas dificuldades de médicos e pacientes. Médicos referiram não possuir habilidade técnica para lidar com PcD, evidenciando falhas na graduação. Da mesma forma, alegaram demasiadamente dificuldades de comunicação com essas pessoas comprometendo de maneira significativa a prestação do cuidado. Declararam também que as PcD apresentam grandes obstáculos no acesso ou acessibilidade ao serviço, o que também impacta diretamente nos resultados em saúde.

Outrossim, as representações sociais elaboradas pelos médicos da APS são notoriamente marcadas pelos termos “dificuldade”, “dificuldade de comunicação” e “limitação” configurando-se como o mais pronunciado aspecto da assistência à PcD.

Embora os médicos enfatizem esse aspecto da assistência, os relatos dos mesmos também direcionam para um movimento tendencioso a uma reflexão mais propositiva no aspecto da inclusão social. Registraram as palavras “empatia”, “paciência” e “respeito” aflorando um sentimento de “querer ajudar”, o que é inclusivo. Todavia, apoiam-se em atitudes ordeiras ou na visão filantrópica, no atendimento de PcD, o que não representa uma atenção efetiva em si, mas um refúgio nas suas inseguranças em lidar com a complexidade da assistência em saúde de PcD.

O fruto da pesquisa proposta nesta tese suscita reflexões acerca da marginalização da assistência à saúde de PcD no cenário da APS. Esse grupo, secularmente preterido na sociedade, ainda padece a exclusão dos cuidados em saúde o que produz resultados insatisfatórios e até mesmo fatais. Embora terem sido alcançadas conquistas fundamentais ao longo da história até a presente modernidade, as PcD permanecem ocultas aos olhos da coletividade, lutando por sua representatividade social. A ciência, o Estado e a sociedade civil

necessitam engendrar esforços em construir um ambiente inclusivo, participativo, político e cultural, considerando as diferenças existentes, para enaltecer as PcD dentro de um preceito básico da condição humana: a dignidade.

REFERÊNCIAS

1. Garcia VG. Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho = histórico e contexto contemporâneo [tese]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2010. 199 p.
2. Silva OM. A epopéia ignorada. A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. São Paulo: CEDAS;1987. 470 p.
3. Pereira JA, Saraiva JM. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão a inclusão social. SER Social [Internet]. 2017 [citado 2020 Ago 27];19(40):168-85. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14677
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 2020 Ago 27] Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101562.pdf>
5. Fernandes LB; Schlesener A, Mosquera C. Breve Histórico da Deficiência e seus Paradigmas. InCantare: R. Pesq. Musicoterapia [Internet]. 2011 [citado 2020 Ago 27];v.2:132-144. Disponível em: <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/181>
6. Garcia VG, Maia AG. Características da participação das pessoas com deficiência e/ou limitação funcional no mercado de trabalho brasileiro. Rev bras estud popul [Internet]. 2014 [citado 2020 Ago 30]; 31(2): 395-418. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-30982014000200008>
7. Oliveira LC. Visibilidade e participação política: um estudo no conselho municipal da pessoa com deficiência em Niterói [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2010. 178 p.
8. Gaudenzi P, Ortega F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [citado 2020 Set 15]; 21(10):3061-3070. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.16642016>
9. Araújo NR, Cunha CM. Interpretação do modelo social de deficiência a partir do conceito de normalidade de Canguilhem. Conjectura: Filos Educ [Internet]. 2020 [citado 2021 Jan 15]; v. 25, Dossiê. Disponível em: <https://doi.org/10.18226/21784612.v25.dossie.18>
10. Santos WR. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [citado 2020 Set 15]; 21(10):3007-3015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>
11. Organização das Nações Unidas [Internet]. Declaração Universal dos Direitos Humanos [citado 2020 Set 15]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>

12. Costa V. Representações sociais e semiótica: um território comum? *Caligrama* (São Paulo. Online) [Internet]. 2007 [citado 2021 Jan 10]; 3(3). Disponível em <https://doi.org/10.11606/issn.1808-0820.cali.2007.67286>
13. Mota PHS. Implementação de rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020. 233 p.
14. Bisol CA, Pegorini NN, Valentini CB. Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social. *Cad Pes São Luís* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jan 10]; 24 (1). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.18764/2178-2229.v24n1p87-100>
15. Leite LP, Lacerda, CBF. A construção de uma escala sobre as concepções de deficiência: procedimentos metodológicos. *Psicol USP* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan 10]; 29 (3):432-441. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-65642018109>
16. Silva DR, Herzberg E. Entre ter uma deficiência e ser deficiente: um estudo sobre as identificações. *Estilos clin* [Internet]. 2019 [citado 2021 Fev 02]; 24(2):304-316. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i2p304-316>
17. Pereira EL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [citado 2020 Ago 20]; 21(10): 3017-3026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18352016>
18. Pagliuca LMF, Oliveira PMP, Mariano MR, Silva JM, Almeida PC, Oliveira GOB. Pessoa com deficiência: construção do conceito por esta população. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [citado 2020 Jan 20]; 16(5):705-13. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500012>
19. Nogueira RP, Melo V. Pessoas com deficiência: reavaliando questões de conceito e design social. *Bol Anal Político-Instit* [Internet]. 2015 [citado 2021 jan 20]; (8): 25-30. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1044662>
20. World Health Organization [Internet]. Global Conference on Primary Health Care. [citado 2020 Fev 17]. Disponível em <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>
21. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência - tradução Lexicus Serviços Lingüísticos [Internet]. São Paulo: OMS; 2012 [citado 2019 Set 30]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y
22. Pimdee A, Nualnetr N. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health to guide home health care services planning and delivery in Thailand. *Home Health Care Serv Q* [Internet]. 2017 [citado 2019 Out 14]; 36(2): 81-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01621424.2017.1326332>
23. 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*

[Internet]. 2015 [citado 2019 Set 02]; 14(1):61–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/1536710X.2015.989562>

24. Miller JE, Nugent CN, Russell LB. Which Components of Medical Homes Reduce the Time Burden on Families of Children with Special Health Care Needs? *Health Serv Res* [Internet]. 2015 [citado 2019 Set 02]; 50(2):440-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12215>

25. Lichstein JC, Ghandour RM, Mann MY. Access to the Medical Home Among Children With and Without Special Health Care Needs. *Pediatrics* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 02]; 142(6):e20181795. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1795>

26. Ufer LG, Moore JA, Hawkins K, Gembel G, Entwistle DN, Hoffman D. Care Coordination: Empowering Families, a Promising Practice to Facilitate Medical Home Use Among Children and Youth with Special Health Care Needs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 15]; 22(5):648–659. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2477-2>

27. Dressler PB, Nguyen TK, Moody EJ, Friedman SL, Pickler L. Use of Transition Resources by Primary Care Providers for Youth With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellect Dev Disabil* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 15]; 56(1):56-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1352/1934-9556-56.1.56>

28. 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* [Internet]. 2016 [citado 2019 Sep 15]; 20(1):109-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1367493514551312>

29. Jolles MP, Thomas KC. Disparities in self-reported access to patient-centered medical home care for children with special health care needs. *Med Care* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 15]; 56 (10):840-846. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000978>

30. Foster CC, Mangione-Smith R, Simon TD. Caring for Children with Medical Complexity: Perspectives of Primary Care Providers. *J Pediatr* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 15]; 182:275-282.e4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.017>

31. Pereira RSS, MMFPS, Gomes BP, Schoeller SD, Laredo-Aguilera JA, Ribeiro I et al. As autarquias e a promoção da acessibilidade arquitetônica. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 20]; 4(18). Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18022>

32. Morris MA, Maragh-Bass AC, Griffin JM, Rutten LJF, 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* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 07]; 32(12): 1342–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4155-2>

33. Bauer J, Müller R, Brüggmann D, Groneberg DA. Spatial Accessibility of Primary Care in England: A Cross-Sectional Study Using a Floating Catchment Area Method. *Health Serv Res* [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 07]; 53(3):1957-1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12731>

34. Rosen-Reynoso M, Porche MV, Kwan N, Bethell C, Thomas V, Robertson J et al. Disparities in Access to Easy-to-Use Services for Children with Special Health Care Needs. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 15]; 20:1041–1053. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1890-z>
35. Na L, Hennessy S, Bogner HR, Kurichi JE, Pezzin LE. Disability stage and receipt of recommended care among elderlu medicare beneficiaries. *Disabil Health J* [Internet]. 2017 [citado 2020 Jun 04]; 10(1):48-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.09.007>
36. Flores-Flores O, Bell R, Reynolds R, Bernabé-Ortiz A. Older adults with disability in extreme poverty in Peru: How is their access to health care? *PLoS ONE* [Internet]. 2018 [citado 2020 Ago 15]; 13(12): 0208441. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208441>
37. Rogers ES, Maru M, Kash-MacDonald M, Archer-Williams M, Hashemi L, Boardman J. A Randomized Clinical Trial Investigating the Effect of a Healthcare Access Model for Individuals with Severe Psychiatric Disabilities. *Community Ment Health J* [Internet]. 2016 [citado 2019 Set 30]; 52(6):667-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0009-3>
38. Mosaku KS, Wallymahmed AH. Attitudes of Primary Care Health Workers Towards Mental Health Patients: A Cross-Sectional Study in Osun State, Nigeria. *Community Ment Health J* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 30]; 53(2):176-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0017-3>
39. Hosking FJ, Carey IM, DeWilde S, Harris T, Beighton C, Cook DG. Preventable emergency hospital admissions among adults with intellectual disability in England. *Ann Fam Med* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 30]; 15(5):462-470. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2104>
40. Heutmekers M, Naaldenberg J, Verheggen SA, Assendelft WJJ, van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Tobi H et al. Health problems of people with intellectual disabilities in Dutch out-of- hours primary care. *J Appl Res Intellect Disabil* [Internet]. 2019 [citado 2019 Set 30]; 32(2): 475-481. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jar.12537>
41. Heutmekers M, Naaldenberg J, Verheggen SA, Assendelft WJJ, Schrojenstein Lantman - de Valk HMJV, Tobi H et al. Does risk and urgency of requested out of-hours general practitioners care differ for people with intellectual disabilities in residential settings compared with the general population in the Netherlands? A cross-sectional routine data- based study. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 30]; 7(11):e019222. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019222>
42. Steele C, Ungemack J, Mormile-Mehler M, Rabitaille W. Changes in Hospital Utilization Among Seriously Mentally Ill Patients Following Enrollment in an Integrated Primary and Behavioral Health Care Program. *Conn Med* [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 30]; 81(5):271-279. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29738128/>
43. Gondlach C, Catteau C, Hennequin M, Faulks D. Evaluation of a Care Coordination Initiative in Improving Access to Dental Care for Persons with Disability. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 2019 Set 25]; 16(15): 2753. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16152753>

44. 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. 2015 Jul 07; 72(127 seção 1):02-11.
45. Martins KP, Gomes TM, Costa TF, Costa KNFM, França ISX. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. Rev Fun Care Online [Internet]. 2018 [citado 2019 Set 07];10(4): 1150-1155. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1150-1155>
46. Almeida MHM, 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 [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 07]; 29(5):e20160225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016225>
47. Quaresma FRP, Stein AT. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [citado 2019 Set 15]; 20(8):2461-2468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.07992014>
48. Salino AV. Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019. 232 p.
49. Rocha LL, Saintrain MVL, Vieira-Meyer APGF. Access to dental public services by disabled persons. BMC Oral Health [Internet]. 2015 [citado 2019 Nov 10]; 15(35). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0022-x>
50. Domingues NB, Ayres KCM, Mariusso MR, Zuanon ACC, Giro EMA. Caracterização dos pacientes e procedimentos executados no serviço de atendimento a pacientes com necessidades especiais da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2015 [citado 2019 Nov 10]; 44 (6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.0015>
51. Hilgemberg A, Lemos JRD, Gomes JR. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas unidades básicas de saúde em uma cidade do estado do Paraná, Brasil. Rev Aten Saude [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 10]; 16(55):57-63. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol16n55.4822>
52. Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 10];39:e2017-0009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>
53. Martins KP, Costa TF, Medeiros TM, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [citado 2019 Nov 10]; 21(10):3153-3160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>

54. Amorim EG, Liberali R, Neta OMM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Holos* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 24]; 34(1). Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>
55. Ferreira S, Porto D. Deficiência e acessibilidade: a discussão nacional é indispensável. *Rev bioet (Impr)*. 2018; 26(2):159-62.
56. Silva CB, Carmo GT, Silva AMC. Breves observações sobre a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e a Interdisciplinaridade. *Estud Interdiscip Psicol* [Internet]. 2015 [citado 2021 Abr 15]; 6(2): 59-70. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n2p59>
57. Marková I. A fabricação da teoria de representações sociais. *Cad Pesqui* [Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 15]; 47(163): 358-375. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143760>
58. Morera JAC, Padilha MI, Silva DGV, Sapag J. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. *Texto & contexto enferm*. 2015; 24 (4): 1157-1165.
59. Silva MLB, Bousfield ABS, Giacomozzi AI, Leandro M, Fiorott JG. Representações sociais de pessoas em situação de rua: uma revisão integrativa. *Psic Rev* [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 15]; 29 (2): 448-470. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2020v29i2p448-470>
60. Bertoni LM, Galinkin AL. Teoria e métodos em representações sociais. In: Mororó LP, Couto MES, ASSIS RAM, orgs. *Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias* [E-book]. Ilhéus: EDITUS, 2017[citado 2021 Abr 15], pp. 101-122. Available from: <https://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938>. epub doi: 10.7476/9788574554938.005
61. Rocha JFD, Sant'Anna PA, Vieira MA, Martins ACP. As representações sociais de usuários das equipes de saúde da família sobre o programa mais médicos. *Temas em Saúde* [Internet]. 2019 [citado 2021 Abr 17]; 19(5):102-130. Disponível em: <https://temasemsaude.com/edicao-v-19-n-5/>
62. Pinho JRO, Brasil GVS, Oliveira AEF, Monier EB. Representações sociais do processo de trabalho no Programa Mais Médicos. In: *Anais do 24º Congresso Internacional ABED de Educação à Distância*; 2018 Out; Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
63. Shimizu HE, Silva JR, Moura LM, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 2021 Abr 20]; 20(9): 2899-2910. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>
64. Figueirêdo RAM, Ens RT, Nagel JSO, Grosseman S, Sanches LC. Representações sociais de saúde e doença entre acadêmicos de medicina. *Ensino & Pesquisa* [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 18(1): 121-135. Disponível em: <https://doi.org/10.33871/23594381.2020.18.1.121-135>

‘APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência

Coordenadora: Viviane Braga Lima Fernandes – Rua Três Corações, 476, Ibituruna, Montes Claros – Telefone: (38) 9 9153 7141

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

Objetivo: A presente pesquisa pretende avaliar a qualidade de vida e a qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência em Montes Claros.

Metodologia: A coleta de dados entre pessoas com deficiência e entrevistadores será feita através de questionários estruturados, no ambiente domiciliar. O estudo ocorrerá no formato de inquérito domiciliar. Serão entrevistadas pessoas com deficiência cadastradas pelos órgãos municipais de assistência, aquelas assistidas pelos centros especializados, bem como aquelas, que, não pertencendo a nenhuma entidade ou sem assistência especializada, sejam reconhecidas/cadastradas por todas as equipes de Saúde da Família do município.

Justificativa: Apesar da importância que o tema dos cuidados às pessoas com deficiência assume diante da relevância social da contemporaneidade das discussões acerca da inclusão e da acessibilidade, a literatura nacional ainda é bastante carente na área. Nesse sentido, o presente projeto pretende desenvolver um estudo regional, produzindo um panorama demográfico das pessoas com deficiência em Montes Claros, com identificação dos pontos de estrangulamento da rede e necessidades de intervenções que possam ser prontamente assistidas.

Benefícios: conhecer o perfil demográfico dos deficientes de Montes Claros e proposta de ações de inclusão e acessibilidade para estas pessoas.

Desconfortos e riscos: Para a presente proposta, o participante há que dispender um tempo necessário para responder aos questionários o que, para alguns, pode representar um desconforto.

Danos: Não são previstos danos aos participantes desta pesquisa

Metodologia/procedimentos alternativos: Nenhum procedimento alternativo será utilizado.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA (continuação)

Confidencialidade das informações: Todas as informações serão preservadas e não será divulgado nenhum dado que identifique ou comprometa o participante.

Compensação/indenização: Nenhuma compensação ou indenização está prevista pela participação nesta pesquisa.

Outras informações pertinentes: Sem outras informações.

Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Montes Claros, ____ de ____ de ____

Entrevistado

Pesquisador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA**

Título: Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da Atenção Primária de pessoas com deficiência

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Coordenador(a): Viviane Braga Lima Fernandes

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1. **Objetivo:** avaliar o atendimento à saúde de pessoas com deficiência em Montes Claros.
2. **Metodologia/procedimentos:** fazer entrevistas com as pessoas que possuem alguma deficiência, em suas casas, através de questionários.
3. **Justificativa:** Apesar do tema do cuidado às pessoas com deficiência estar em destaque atualmente, existem poucas pesquisas no Brasil relacionadas a isso. Este trabalho pretende fornecer à nossa região um estudo sobre a realidade da assistência à saúde das pessoas com deficiência, as dificuldades encontradas na rede de assistência, bem como conhecer as características demográficas dessa população.
4. **Benefícios:** conhecer o perfil demográfico dos deficientes de Montes Claros e propor ações de inclusão na sociedade para estas pessoas.
5. **Desconfortos e riscos:** Para a presente proposta, o participante deverá dispor de um tempo necessário para responder aos questionários o que, para alguns, pode representar um desconforto.
6. **Danos:** Não são previstos danos aos participantes desta pesquisa
7. **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Nenhum procedimento alternativo será utilizado.
8. **Confidencialidade das informações:** Todas as informações serão preservadas e não será divulgado nenhum dado que identifique ou comprometa o participante.
9. **Compensação/indenização:** Nenhuma compensação está prevista pela participação nesta pesquisa.
10. **Outras informações pertinentes:** não se aplica.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA (continuação)**

Assentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste assentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

do(a) coordenador(a) da pesquisa

Assinatura do coordenador da pesquisa

Data

Nome

Endereço da pesquisadora: Rua Três Corações, 476, Ibituruna, Montes Claros, MG CEP 39401343

Telefone: 38 99153 7141



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Representação social dos médicos da atenção primária à saúde no atendimento à pessoas com deficiências

Coordenadora: Viviane Braga Lima Fernandes – Rua Três Corações, 476, Ibituruna, Montes Claros – Telefone: (38) 9 9153 7141

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

Objetivo: analisar as representações sociais dos médicos de atenção primária em Montes Claros, no momento do atendimento das pessoas que apresentam quaisquer deficiências.

Metodologia: Será empregado para coleta de dados, um questionário semiestruturado, o qual possui seis questões fechadas e 10 questões abertas, totalizando 16 questões. As questões fechadas referem-se a informações sociodemográficas, bem como aspectos relacionados à graduação e pós-graduação do médico, frequência do atendimento às pessoas com deficiência e conhecimento acerca da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). As questões abertas referem-se ao tempo de trabalho na atenção primária e questões de técnica de evocação de palavras sob indução de termos relacionados ao atendimento médico para pessoas com deficiência.

Justificativa: O atendimento médico deve pautar-se numa relação médico-paciente que ultrapasse o aspecto puramente curativo da condição clínica que ora se propõe. O médico de atenção primária lida com indivíduos com as mais distintas demandas. As pessoas com deficiências também estão neste âmbito de atuação, o que requer do profissional lisura, conhecimento técnico, habilidades e competências específicas para desencadear os melhores desfechos clínicos do cuidado com estas pessoas.

Benefícios: Conhecer as representações que os médicos elaboram quando da assistência ao indivíduo com deficiência, o que poderia propor, como desdobramento desta pesquisa, estratégias de intervenção na formação acadêmica do profissional e também em educação permanente.

Desconfortos e riscos: Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve desconfortos e riscos, para a presente proposta, o participante pode apresentar algum desconforto por ter que dispende um tempo necessário para responder aos questionários e pelo



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Doutorado



fato de que algumas questões podem gerar algum constrangimento. Para minimizar esses transtornos, os entrevistadores serão bem treinados e a coleta de dados será conduzida da forma mais rápida e confortável possível.

Danos: Não são previstos danos aos participantes desta pesquisa

Metodologia/procedimentos alternativos: Nenhum procedimento alternativo será utilizado.

Confidencialidade das informações: Todas as informações serão preservadas e não será divulgado nenhum dado que identifique ou comprometa o participante.

Compensação/indenização: Nenhuma compensação está prevista pela participação nesta pesquisa.

Outras informações pertinentes: Sem outras informações.

Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Montes Claros, ____ de _____ de _____

Entrevistado

Pesquisador

APÊNDICE D – Questionário para a pesquisa “Condições de saúde e qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência”

IDENTIFICAÇÃO

_____	_____
(iniciais do nome)	(nº questionário)

ENTREVISTADOR _____

SETOR: _____

ENDEREÇO: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Q001)	Quantas pessoas moram neste domicílio? _____ pessoas
Q002)	Qual a idade e sexo delas? (Especificar A: anos ou m: meses; F: feminino; M: masculino) a. _____ d. _____ g. _____ b. _____ e. _____ h. _____ c. _____ f. _____ i. _____
Q003)	Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)? _____ cômodos
Q004)	Qual a renda aproximada da família? <input type="checkbox"/> 1. Sem rendimentos <input type="checkbox"/> 2. Até 1/2 salário mínimo <input type="checkbox"/> 3. Mais de 1/2 a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 4. Mais de 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5. Mais de 2 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 6. Mais de 3 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 7. Mais de 5 a 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> 8. Mais de 10 a 20 salários mínimos <input type="checkbox"/> 9. Mais de 20 salários mínimos
Q005)	Alguém da família tem deficiência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Q006)	Alguém na família tem dificuldade significativa ou incapacidade permanente de realizar as principais atividades de vida: Andar, Falar, Respirar, Executar Tarefas Manuais, Ver, Ouvir, Cuidar De Si Mesmo, Trabalhar, Sentar, Levantar, Erguer E Ler? <input type="checkbox"/> Sim, Qual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1. Intelectual <input type="checkbox"/> 2. Física <input type="checkbox"/> 3. Visual <input type="checkbox"/> 4. Auditiva <input type="checkbox"/> 5. Múltipla (se duas ou mais)



INCLUIMoC

“CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA”



CRIANÇA

IDENTIFICAÇÃO

_____	_____
(iniciais do nome)	(nº questionário)
TELEFONE: _____	

ENTREVISTADOR _____
INSTITUIÇÃO DE CADASTRO _____
SETOR: _____
ENDEREÇO: _____

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q007)	Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino
Q008)	Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Data da coleta: ____/____/____
Q009)	Escolaridade da mãe (anos) : _____ (em anos de estudo)
Q010)	Escolaridade da pessoa responsável pela família. (em anos de estudo) _____
Q011)	Cor da pele (autodeclarada): <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena
Q012)	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 3. Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5. Solteiro (a) <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica (crianças)
Q013)	Acompanhado em serviço de saúde: <input type="checkbox"/> 1. Público <input type="checkbox"/> 2. Privado <input type="checkbox"/> 3. Ambos

PCATool CRIANÇAS

Q130)	A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você <u>geralmente</u> leva o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
Q131)	A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima <input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
Q132)	A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente <input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente <input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q133)	A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____
Q134)	Esclareça ao entrevistado que: a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): A5 – _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO
 AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:
 --- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
 --- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
 --- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
 --- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
 --- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).
 --- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q135)	B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?					
Q136)	B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?					
Q137)	B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?					
Q138)	C1 – Quando o (a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde atende no mesmo dia?					

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q139)	C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					
Q140)	C3 – É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q141)	C4 – Quando você chega no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?					
Q142)	C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando você pensa que é necessário?					
Q143)	C6 – Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?					
Q144)	D1. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?”					
Q145)	D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o “médico/ enfermeiro” que melhor conhece sua criança?					
Q146)	D3 - Você acha que o “médico/enfermeiro” da sua criança entende o que você diz ou pergunta?					
Q147)	D4 - O(a) “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?					

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q148)	D5 - O (a) "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?					
Q149)	D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao "médico/enfermeiro"?					
Q150)	D7 - O "médico/enfermeiro" conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?					
Q151)	D8 - O (a) "médico/enfermeiro" conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q152)	D9 O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?					
Q153)	D10 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?					
Q154)	D11 -Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?					
Q155)	D12 O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?					
Q156)	D13 O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?					
Q157)	D14 O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?					
Q158)	E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"? () Sim () Não (Passe para a questão F1) () Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)					

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q159)	E2 O (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?”					
Q160)	E3 – O(a) “médico/enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?					
Q161)	E4 – O “médico/enfermeiro” de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?					
Q162)	E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q163)	E6 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?					
Q164)	F1. Quando você leva sua criança no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?					
Q165)	F2. Quando você leva sua criança no (a) “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?					
Q166)	F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro”?					

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:</p> <p>(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro...””)</p>						
Q167)	G1 – Vacinas (imunizações).					
Q168)	G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.					
Q169)	G3 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.					
Q170)	G4 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite e alimentos)					
Q171)	G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).					
Q172)	G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.					
Q173)	G7 – Sutura de um corte que necessite de pontos					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q174)	G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.					
Q175)	G9 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).					
<p>“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu “médico/ enfermeiro”, algum destes assuntos foram conversados com você?”</p> <p>Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)</p>						
Q176)	H1 – Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.					
Q177)	H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.					
Q178)	H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...					

APÊNDICE E – Questionário para criança com deficiência (continuação)

Q179)	H4 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.					
Q180	H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.					
Q181)	I1 — O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?					
Q182)	I2 — O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?					
Q183)	I3 — O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?					
Q184)	J1 – Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?					
Q185)	J2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?					
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?						
Q185)	J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?					
Q187)	J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?					



INCLUIMoC

“CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA”



ADOLESCENTE/ADULTO/IDOSO

IDENTIFICAÇÃO

_____	_____
(iniciais do nome)	(n° questionário)
TELEFONE: _____	

ENTREVISTADOR _____
INSTITUIÇÃO DE CADASTRO: _____
SETOR: _____
ENDEREÇO: _____

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q007)	Sexo: () 1.Masculino () 2.Feminino
Q008)	Idade: _____ Data de nascimento: __/__/____ Data da coleta: __/__/____
Q009)	Escolaridade: _____ (em anos de estudo)
Q010)	Escolaridade da pessoa responsável pela família. (em anos de estudo) ____
Q011)	Cor da pele (autodeclarada): () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena
Q012)	Estado Civil: () 1.Casado(a) () 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente () 3.Divorciado (a) () 4. Viúvo(a) () 5.Solteiro (a) () 88. Não se aplica
Q013)	Acompanhado em serviço de saúde: () 1.Público () 2. Privado () 3. Ambos

PCATOOL ADULTOS

Q014)	A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? () Não () Sim (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
Q015)	A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a <u>conhece melhor</u> como pessoa? () Não () Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima () Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço) Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____
Q016)	A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? () Não () Sim, o mesmo que A2 somente () Sim, mesmo que A1 & A2 acima. () Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço) () Sim, o mesmo que A1 somente Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q017)	A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____
Q018)	A5 - Esclareça ao entrevistado que: a partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a): _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU

MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmen-te, sim	Provavelmen-te, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q019)	B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?					
Q020)	B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?					
Q021)	B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?					
Q022)	C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q023)	C2 – O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?					
Q024)	C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoce alguém de lá atende você no mesmo dia?					
Q025)	C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?					
Q026)	C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q027)	C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?					
Q028)	C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?					
Q029)	C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”?					
Q030)	C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?					
Q031)	C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					
Q032)	C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q033)	C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?					
Q034)	D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?					
Q035)	D2 – Você acha que o seu “médico/enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?					
Q036)	D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?					
Q037)	D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q038)	D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?					
Q039)	D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?					
Q040)	D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?					
Q041)	D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?					
Q042)	D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?					
Q043)	D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?					
Q044)	D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q045)	D12- O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?					
Q046)	D13- O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?					
Q047)	D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?					
Q048)	E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei /não lembro (Passe para a questão F1)					
Q049)	E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmen -te, sim	Provavelmen -te, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q050)	E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?					
Q051)	E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?					
Q052)	E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?					
Q053)	E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q054)	E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?					
Q055)	E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?					
Q056)	E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?					
Q057)	F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)					
Q058)	F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmen -te, sim	Provavelmen -te, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q059)	F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?					
Q060)	G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.					
Q061)	G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.					
Q062)	G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).					
Q063)	G4 – Vacinas (imunizações).					
Q064)	G5 – Avaliação da saúde bucal					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

	(Exame dentário).					
Q065)	G6 – Tratamento dentário.					
Q066)	G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.					
Q067)	G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).					
Q068)	G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.					
Q069)	G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos.					
Q070)	G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.					
Q071)	G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).					
Q072)	G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).					
Q073)	G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).					
Q074)	G15 – Remoção de verrugas.					
Q075)	G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)					
Q076)	G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar					
Q077)	G18 – Cuidados pré-natais					
Q078)	G19 – Remoção de unha encravada					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q079)	G20 – Aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex., diminuição da memória, risco de cair)					
Q080)	G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio por a alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama.					
Q081)	G22 -Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por					

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

	exemplo, em estado de coma).					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”. Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).						
Q082)	H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.					
Q083)	H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos com segurança					
Q084)	H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos de carro.					
Q085)	H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.					
Q086)	H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.					
Q087)	H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol					
Q088)	H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando					
Q089)	H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.					
Q090)	H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.					
Q091)	H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).					
	Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmen-te, sim	Provavelmen-te, não	Com certeza, não	Não sei/ Não lembro
Q092)	H11 – Como prevenir quedas					
Q093)	H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis					
Q094)	H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.					
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.						

APÊNDICE F – Questionário para adolescente/adulto/idoso com deficiência (continuação)

Q095)	I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?					
Q096)	I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?					
Q097)	I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?					
Q098)	J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?					
Q099)	J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?					
Q100)	J3 – O seu “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro” ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?					
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?						
Q101)	J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?					
Q102)	J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?					
Q103)	J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de usuários)?					

APÊNDICE G – Questionário para a pesquisa “Representações sociais de médicos da atenção primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência”



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO



QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

ENTREVISTADO _____

Data: ____ / ____ / ____

1- Gênero: () Feminino () Masculino

2- Estado Civil:

() 1. Casado(a)

() 2. Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente

() 3. Divorciado (a)

() 4. Viúvo(a)

() 5. Solteiro (a)

3- Idade: _____ anos

4- Ano de Formatura: _____

5- Especialidade: _____

6- Titulação: _____

7- Durante a graduação e/ou pós-graduação, obteve treinamento de atendimento de pessoa com deficiência? () sim () não

8- Se sim, para qual tipo de deficiência? _____

9- Sabe comunicar-se com a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS)?

() sim () não

10- Há quanto tempo trabalha na atenção primária: _____

11- Atende pessoas com deficiência? () sim () não

12- Se sim, com que frequência atende pessoas com deficiência?

() Mais de uma vez por semana

() Uma vez por semana

() De 2 a 3 vezes por mês

() Algumas vezes no ano

() Uma vez no ano

APÊNDICE G – Questionário para a pesquisa “Representações sociais de médicos da atenção primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência” (continuação)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO



13 - Fale cinco palavras ou expressão que lhe vem à cabeça ao pensar no atendimento à pessoa com deficiência

1)
2)
3)
4)
5)

14-Fale uma palavra ou expressão que considera a mais importante entre as cinco citadas anteriormente.

--

15- Justifique-me a importância da escolha da palavra que você considerou a mais importante.

16 - Gostaria de acrescentar algum comentário considerado importante?

APÊNDICE H - Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2018: “A qualidade da assistência da atenção primária no Brasil para pessoas portadoras de deficiências: uma revisão da literatura”



A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Autores: VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES, DAIANE AURIE FONSECA, MAYCON CRISPIM DE OLIVEIRA CARVALHO, TATIANA FRÓES FERNANDES, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

Introdução

O mais recente Censo Demográfico no Brasil, em 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), evidenciou que existem cerca de 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população. Atualmente, os cuidados em saúde de pessoas com deficiência assumem grande importância diante da relevância social da contemporaneidade das discussões acerca da inclusão e da acessibilidade. Nos últimos anos, apesar do aumento da produção científica sobre a deficiência, do aumento da visibilidade da temática na sociedade e também da legislação envolvida, ainda existem barreiras sociais, culturais e de acesso aos serviços a serem superados (LOPES; FACHINELLI; BOHUSCH, 2014). A literatura nacional ainda é bastante carente na área. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi o modelo escolhido pelo governo brasileiro para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As atividades das equipes da ESF devem ser organizadas a partir dos atributos da APS que valorizam a atenção acessível, integral e continuada, centrada na família e na comunidade, coordenando o indivíduo nos demais níveis do sistema. A proposta da ESF privilegia a promoção da saúde e a prevenção de doenças, o que permite que a equipe multiprofissional atue em vários estágios anteriores aos desfechos que uma população não assistida ou mal assistida de serviços de saúde de atenção primária pode estar exposta (MÁLTA; SANTOS, 2003). Com base em seus atributos de atenção e sua concepção integral do processo de saúde-doença, os serviços de APS representam o espaço preferencial para a promoção da saúde no âmbito sanitário, incluindo-se aí a saúde das minorias e das pessoas com deficiência (OPAS, 2008). Da mesma forma, são poucos os estudos brasileiros que avaliam a percepção de pessoas com deficiência sobre diferentes atributos da atenção primária em saúde. Assim, devido à escassez de estudos sobre pessoas com deficiência, ao histórico de assistência baseada nas iniciativas filantrópicas e beneficentes, e à expectativa e necessidade de que serviços de atenção primária identifiquem e acompanhem essas populações em suas diferentes necessidades de saúde, evidencia-se a importância de estudos relacionados aos usuários com deficiências na atenção primária à saúde (APS) (ALMEIDA et al., 2017). Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre pesquisas que envolvam avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil a pessoas portadoras de deficiências (PcD).

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura feita nas bases SCIELO, LILACS, e BIREME, todas realizadas no mês de setembro do corrente ano. Na base SCIELO, foram utilizadas as palavras-chave "pessoas com deficiência" e "atenção primária à saúde". Foram encontrados 17 artigos, sendo que, após o filtro para os anos entre 2014 a 2018 e artigos em português, inglês e espanhol, a busca mostrou dez artigos. Na base LILACS, foram pesquisados artigos com as mesmas palavras-chave "pessoas com deficiência" e "atenção primária à saúde", tendo sido encontrados 144 artigos, os quais, após os mesmos filtros acima, resultaram em 37 artigos. Já na base BIREME, as palavras-chave utilizadas foram "quality of health care" e "primary health care" e "Disabled Persons", fazendo um levantamento inicial de 374 artigos, tendo sido aplicado os mesmos filtros relacionados anteriormente, chegando ao número de 82 artigos. Na SCIELO, dos dez artigos que resultaram após os filtros, um foi excluído, e nove foram incluídos, fazendo uma ressalva de que três artigos repetiram duas vezes, o que finalizou num total de seis artigos. Na base LILACS, para os 37 artigos encontrados, foram incluídos para essa revisão 15 artigos, não havendo repetições. Na base BIREME, dos 82 artigos que resultaram após o filtro, apenas sete foram incluídos no presente estudo, tendo um artigo repetido 2 vezes. Quando foi feito o cruzamento de todos os artigos selecionados das três bases (num total de 27) e a conferência de quais se repetiam entre elas, evidenciou-se o número de 19 artigos para referida análise, cuja síntese está apresentada na tabela 1.

Resultados e Discussão

Nos últimos cinco anos, a produção científica na América Latina e no Caribe, especialmente no Brasil, ainda é parca no que se refere à avaliação da atenção à saúde prestada no âmbito da atenção primária às pessoas portadoras de deficiências. Alguns estudos fazem avaliações do atributo da acessibilidade ou primeiro contato da atenção, no que diz respeito ao quesito infraestrutura física ou mobiliário disponível na unidade de saúde. As dificuldades no acesso ao serviço limitam sobremaneira, ou mesmo impedem, o mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. A presença de escadas, rampas inadequadas, mobiliários não acessíveis constituem parte dos inúmeros exemplos de barreiras arquitetônicas aliado ao fato de muitas unidades de saúde funcionarem em locais desestruturados e inoportunos às necessidades dos usuários (MARQUES, 2018).

O fato da pessoa portadora de deficiência estar mais exposta a outras comorbidades associadas à sua deficiência, necessitando de um maior uso dos serviços de atenção primária, que se propõem a ser a porta de entrada do sistema, representa um verdadeiro desafio. Torna-se fundamental as unidades de saúde, por meio do cumprimento de normatização arquitetônica da Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas, que proporcionem a acessibilidade como a possibilidade e a condição de circular-se e utilizar com segurança e autonomia as edificações, o espaço e o mobiliário necessários (MARTINS et al., 2016). Ao fazer uma avaliação mais abrangente de todos os atributos da atenção primária, ALMEIDA et al., (2017) assinalam a questão dos serviços terem dificuldades para reconhecer questões específicas relacionadas às deficiências, apesar dos usuários considerarem a atenção primária como referência, mas com grande necessidade de melhorias nos serviços prestados.

Com relação à formação de recursos humanos, MAIA; PAGLIUCA; ALMEIDA (2014), afirmam que projetos pedagógicos conduzidos por enfermeiros e direcionados a PcD promovem a capacitação profissional para a aquisição das competências necessárias ao cuidado em saúde, o que aponta que a enfermagem possa estar habilitada a prestar cuidado de qualidade.

De acordo com FRANÇA et al., (2016), os profissionais compreendem um dos fatores que devem ser considerados para lidarem com PcD, mas os mesmos reconhecem que possuem lacunas de conhecimentos, bem como falta de preparo adequado para a diagnose e interação com os pacientes. Os participantes da referida pesquisa informaram que não obtiveram conhecimento específico na graduação que possibilitasse discussões e capacitação para o acolhimento e atendimento a PcD. Além disso, os autores relataram que a falta de interação do profissional com a PcD para a coleta de informações, gera um mau hábito da entrevista voltar-se para um acompanhante, limitando a autonomia PcD em decorrência da sua exclusão do processo de comunicação com o profissional. Ainda de acordo com os autores a falta de infraestrutura e de recursos adequados para o acolhimentos da PcD resultam em estratégias improvisadas, informais, que restringem a identificação da real necessidade deste usuário.



Conclusão

Apesar de ter ocorrido uma grande evolução das políticas as PcD, conclui-se que existem muitos obstáculos para o acesso à APS e aos outros serviços de saúde, uma vez que ainda há muito por fazer para que essas pessoas recebam assistência equitativa, igualitária e universal, conforme preconizado pelo SUS. No que se refere à relação profissional-pessoas com deficiência, ainda existem pontos críticos a serem trabalhados, como é o caso da comunicação efetiva e da consciência social sobre a diversidade humana.

Neste cenário, o acesso das PcD física as unidades de atenção primária a saúde é um desafio, visto que ainda existem barreiras físicas, arquitetônicas e mobiliárias. A falta de inclusão nos serviços de saúde implica uma redução no atendimento, contribuindo para a diminuição de atividades educativas de promoção, prevenção e manutenção da saúde para este segmento populacional. Certamente, não há ambiência física para o acolhimento.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. H. M. et al. Avaliação da Atenção Primária em Saúde por usuários comm e sem deficiência. CoDAS vol.29 no.5 São Paulo 2017 Epub Oct 26, 2017
- FRANÇA, E. G. et al. Dificuldades profissionais en la atención en salud a la persona con sordera severa. Ciencia y enfermería, v. 22, n. 3, p. 107-116, 2016.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, p.1-215, 2010.
- LOPES, M.J.M; FACHINELLI, J.S; BOHUSCH, G. Usuários portadores de deficiência: questões para a Atenção Primária de Saúde. Revista Bahiana de Enfermagem, Salvador v. 28, n.1, p.4-12, jan./abr. 2014.
- MAIA, E. R; PAGLIUCA, L. M. F; ALMEIDA, P. C. Learning of community health agent to identify and register disabled people. Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 4, p. 326-332, 2014.
- MALTA, D.C, SANTOS, F.P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. Rev Med Minas Gerais 2003; 13(4):251-9.
- MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, 2018.
- MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 3153-3160, 2016.
- OPAS. Organização Pan-americana de saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. In: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Brasília (DF): 2008.



FEPEG
F Ó R U M
ENSINO · PESQUISA · EXTENSÃO · GESTÃO

CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

REALIZAÇÃO:
Unimontes
PIBID

APOIO:
FAPEMIG
FADENOR

ISSN: 1806-549X

TÍTULO	AUTOR	FONTE
Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco	ALBUQUERQUE, M.S.V. et al.	Saúde em Debate, Out 2014, Volume 38 N° spe Páginas 182 - 194
Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde	SCHAIK, V. et al.	Rev. ter. ocup; 25(3): 233-241, set-dez. 2014. tab
Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária	GIRONDI, J. R... et al.	Estud. Interdiscip. envelhec; 19(3): 825-837, dez. 2014.
Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência	MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M.; ALMEIDA, P.C.	Acta paul. enferm; 27(4): 326-332, 08/2014.
Política pública para a pessoas com deficiência. Brasil e experiência internacional	MEFANO, V.	Rio de Janeiro; s/n; 2014. 138 p. tab, graf.
Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis	VERAS, R. P. et al.	Rev Saude Publica; 48(2): 357-365, abr. 2014. tab

12

FEPEG

F Ó R U M

ENSINO · PESQUISA · EXTENSÃO · GESTÃO

CIÊNCIA E TECNOLOGIA:
IMPLICAÇÕES NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

REALIZAÇÃO:
Unimontes
PIBID

APOIO:
FAPEMIG
FADENOR

ISSN: 1806-549X

Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde	LOPES, M.J.M.; SOARES, J.S.F.; BOHUSCH, G.	Rev. baiana enferm; 28(1)2014.
Protocolo de Atenção à Saúde: atendimento odontológico à pessoas com deficiência	Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde.	Brasília, DF; Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde; 6 dez. 2016.
Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência	MARTINS, K.P.; et al.	Ciênc. Saúde Colet; 21(10): 3153-3160, Out. 2016. tab
Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil /	PEREIRA, J.S.; MACHADO, W. C. A.	Physis (Rio J.); 26(3): 1033-1051, jul.-set. 2016. tab, graf
Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa	FRANÇA, E.G. et al.	Cienc. enferm; 22(3): 107-116, set. 2016.
Health, function and disability in stroke patients in the community.	CARVALHO-PENTO, B. P. B.; FARIA, C.D. C.M.	Braz J Phys Ther; 20(4): 355-66, 2016 Jul-Aug.
Patients living with disabilities: The need for high-quality primary care.	LOFTERS, A.; et al.	Can Fam Physician; 62(8): e457-64, 2016 Aug.
A Estratégia de Saúde da Família na garantia do acesso da criança com deficiência à rede de atenção	PEREIRA, T. I. A. F. A. et al.	Rio de Janeiro; s.n; 2016. 134 p. tab.
Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência	ALMEIDA, M.H.M.; et al.	CoDAS; 29(5): e20160225, 2017. tab
Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners.	MARROCCO, A; KROUSE, H.J.	J Am Assoc Nurse Pract; 29(5): 282-293, 2017 May
Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento	MARQUES, J.F. et al.	Revista Gaúcha de Enfermagem, Jul 2018, Volume 39
Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? /	URSINE, B.I.; PEREIRA, É. L.; CARNEIRO, F.F.	Interface (Botucatu, Online); 22(64): 109-120, jan.-mar. 2018.
Acesso ao atendimento odontológico dos pacientes especiais: a percepção de cirurgiões-dentistas da atenção básica	MACÉDO, G. L. et al.	Rev. Ciênc. Plur; 4(1): 67-80, 2018.

APÊNDICE I - Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2019: “Recomendações clínicas preventivas para pessoas com deficiências”



AUTOR(ES): VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES, RICARDO CARDONA DE SOUSA, MONIELLE RODRIGUES SANTOS, EUGÊNIO GUEDES LIMA, ARTHUR RODRIGUES DE ALMEIDA e RAQUEL EMANUELE ROCHA RIBEIRO.

RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS PREVENTIVAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Introdução

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foram estimadas 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, das quais 6,2% possuía pelo menos uma das quatro deficiências: intelectual, física, auditiva e visual. (PNAD, 2013) Segundo Machado et al (2018), a assistência à saúde de pessoas com deficiências, nos serviços públicos no Brasil, ainda se caracteriza pela fragmentação e descontinuidade do cuidado, principalmente devido à desarticulação entre a gestão do serviço, as gerências locais e as equipes profissionais que atuam na porta de entrada no sistema. Nessa perspectiva, o papel da equipe da estratégia saúde da família extrapolou a demanda de saúde do usuário e passou a exigir dos profissionais uma maior capacidade de análise, intervenção e autonomia e o estreitamento dos elos entre a compreensão e a execução do trabalho. Para que os profissionais desenvolvam seu amplo leque de atividades na atenção primária, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos, uma abordagem tem apresentado notoriedade para melhorar a efetividade clínica e apoiar o profissional na tomada de decisão: a Prática Baseada em Evidência. (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018) Em um contexto mais específico para a categoria médica, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) representa uso consciente, explícito e judicioso das melhores evidências disponíveis atualmente para a tomada de decisões acerca do cuidado dos pacientes. Portanto, pode ser definida como a integração das melhores evidências disponíveis na literatura com a experiência clínica individual e a preferência das pessoas. Sua prática é um processo de aprendizado contínuo a partir do qual se convertem problemas médicos em questões clínicas; buscam-se artigos relevantes para responder a essas questões; analisam-se criticamente esses estudos e aplicam-se seus resultados, se válidos, no manejo das pessoas. O método visa auxiliar os médicos a fazerem diagnósticos adequados, definirem os melhores planos de tratamento e métodos de prevenção de doença, assim como desenvolverem diretrizes clínicas. O pressuposto é o de que a MBE leva a uma melhora do desfecho e possibilita uma maior efetividade no ensino, assim como uma atenção à saúde mais custo-efetiva. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019) As pessoas com deficiências apresentam uma série de desfavorecimentos na sociedade como piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência (OLIVEIRA; GARCIA, 2017). Com relação ao aspecto da assistência à saúde, urge que os profissionais estejam em constante processo de aprimoramento de suas práticas em benefício das pessoas com deficiências. Daí a necessária e importante atualização, na forma de uma lista de recomendações, baseada em evidências, objetivo ora proposto para este trabalho.

Material e Métodos

Este trabalho foi resultado de pré-requisito de avaliação semestral para os estudantes de medicina do quarto período, no módulo IAPSC (Interação, Aprendizagem, Pesquisa, Serviço e Comunidade), no primeiro semestre de 2019. Neste cenário de prática, o estudante é inserido em um território de atuação da Estratégia Saúde da Família, onde desenvolve ações orientadas para a comunidade, bem como atividades de pesquisa com a finalidade de incrementar as condutas clínicas dos profissionais que trabalham na equipe. Os estudantes a princípio participaram de aulas expositivas e interativas, em sala de aula, acerca da temática da Medicina Baseada em Evidências. Foram treinados e incentivados a fazer busca em bases de dados robustas. Desta forma, no período de abril e maio do corrente ano, fizeram um levantamento de artigos e recomendações para a construção de uma lista de recomendações preventivas para pessoas com deficiências, da forma discriminada a seguir. **Para deficiência visual (tabela 1):** Associação Médica Canadense; força tarefa americana para serviços preventivos; academia americana de médicos de família; **Deficiência cognitiva (tabela 2):** Associação Médica Canadense; Escola Médica da Universidade de Massachusetts; força tarefa americana para serviços preventivos; academia americana de médicos de família; Centro Nacional de Informações Biotecnológicas; **Deficiência auditiva (tabela 3):** força tarefa americana para serviços preventivos; Escola Médica da Universidade de Massachusetts; academia americana de médicos de família; **Deficiência física (tabela 4):** academia americana de médicos de família e guidelines dos Veteranos Paralíticos da América. Para screening de rastreio de deficiências,



utilizou-se a academia americana de médicos de família. Para categoria específica de pessoas com Síndrome de Down (tabela 5), utilizou-se Ministério da Saúde do Brasil.

Resultados e Discussão

A revisão de literatura realizada para a construção destas recomendações preventivas evidenciou que as publicações internacionais são numerosas em comparação às brasileiras, mas muitos estudos ainda são inconclusivos. A maioria dos artigos para esta revisão concentraram-se nas seguintes fontes: Associação Médica Canadense; Força Tarefa Americana para Serviços Preventivos; Academia Americana de Médicos de Família; e guidelines dos Veteranos Paralíticos da América. Com relação a publicações brasileiras, o destaque foi para o Ministério da Saúde que dispõe de uma série de publicações da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência que aborda as diretrizes de atenção à pessoa amputada, atenção à pessoa com Síndrome de Down, dentre outras. No Brasil, a temática da abordagem preventiva de determinadas condições clínicas em indivíduos com deficiências ou mesmo a detecção precoce de deficiências nas pessoas, ainda não representa uma prática rotineira nos serviços de saúde visto que as publicações são incipientes ou mesmo sem estudos que mostram o desfecho da aplicabilidade das recomendações. O cuidado é desarticulado, o que revela uma política ainda carente de atenção e investimentos, tanto da parte estrutural, no sentido de melhor dispor de tecnologias para prover o atendimento adequado a essa população alvo, quanto na instrumentalização dos profissionais de cuidado em dispor de capacitações e conhecimentos acerca dessas incapacidades (MACHADO, 2018).

Conclusão

As recomendações preventivas construídas neste trabalho visa corroborar com as decisões clínicas dos profissionais de saúde que lidam com pessoas com deficiências. O cuidado a esses indivíduos ainda é muito fragmentado e sem gestão de serviços. Urge assim a necessidade de mais espaços de discussão na sociedade e em ambientes acadêmicos e gerenciais sobre a temática, para que a assistência à saúde de pessoas com deficiência seja resolutiva, integrativa e baseada nas melhores evidências para os melhores desfechos.

Referências

American Academy of Family Physicians -

<https://www.aafp.org>

Canadian Medical Association - <https://www.cma.ca/>

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. *Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática* [recurso eletrônico] – 2. ed. –Porto Alegre : Artmed, 2019. 2 v.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência - *Revista Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(3)

OLIVEIRA, A. E. F.; GARCIA, P. T. *Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência* - São Luís: EDUFMA, 2017.

Paralyzed Veterans of American

- <https://pva.org>

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

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate* Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, P. 594-605, jul-set 2018

US Preventive Services Task Force -

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>



Tabela 1 – Menu preventivo para deficiência visual

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA	EVIDÊNCIA
Controle ótimo da glicose em pessoas com diabetes para prevenção de retinopatia	A (consistente)
Triagem para acuidade visual prejudicada em maiores de 65 anos	I (insuficiente)
Alteração da acuidade visual com objetivo de screening	Moderado
Problemas de visão autorreferidos (principalmente baseado em testes de acuidade)	Moderado

Tabela 2 – Menu preventivo para deficiência cognitiva

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA	EVIDÊNCIA
<i>Screening</i> para atraso de desenvolvimento em crianças de 1 a 4 sem sinais aparentes de atraso e sem a demanda de pais ou médicos	Não recomendado
Rastreamento do transtorno do espectro do autismo em crianças para as quais não há demanda levantada	I (insuficiente)
<i>Screening</i> para alteração do sono, distúrbios do apetite, perda de peso, agitação geral em pessoas com depressão	Anual

Tabela 3 – Menu preventivo para deficiência auditiva

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA	EVIDÊNCIA
<i>Screening</i> para adultos assintomáticos de 50 anos ou mais	I (insuficiente)
Se alteração auditiva	<i>Screening</i> Anual

Tabela 4 – Menu preventivo para deficiência física

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA	EVIDÊNCIA
Programas abrangentes de avaliação e tratamento geriátrico conduzidos por uma equipe interdisciplinar devem ser considerados para pacientes com incapacidade inexplicável ou progressiva.	A (consistente)
O tratamento da incapacidade deve incluir estratégias para aumentar a capacidade do paciente de responder aos desafios ambientais e reduzir a demanda de tarefas	C (consenso ou opinião de experts)

Tabela 5 – Menu preventivo para pessoas com Síndrome de Down

RECOMENDAÇÃO CLÍNICA	EVIDÊNCIA
Visita de acompanhamento médico	Anualmente em todas as idades
Câncer de testículo e próstata	Exame testicular anual para todos os homens até 39 anos
Sinais, sintomas e indicadores clínicos de possível disfagia e/ou asfixia e aspiração recorrente. Considerar estudo da deglutição e/ou endoscopia se necessário	<i>Screening</i> anual
Acuidade auditiva e visual	Aos 6 e 12 meses (em menores de 2 anos); em maiores de 2 anos, fazer <i>screening</i> anual

APÊNDICE J – Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2019: “Perfil sociodemográfico dos médicos da atenção primária à saúde que assistem pessoas com deficiências”



AUTOR(ES): VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES, BRUNA SOUSA AGUIAR, PRISCILA RIBEIRO MAIA, CRISTINA ANDRADE SAMPAIO, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA, MARIA IVANILDE PEREIRA SANTOS e JUCIMERE FAGUNDES DURÃES ROCHA.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUE ASSISTEM PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Introdução

O Código de Ética Médica define a Medicina como uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, sendo, pois, exercida sem discriminação de nenhuma natureza (CÓDIGO ÉTICA MÉDICA, 2010). Considerando o cenário da atenção primária à saúde, trata-se de um ambiente que deve proporcionar práticas de atenção à saúde de todos os indivíduos, sem discriminação de sexo, religião, raça, ou qualquer outra questão pessoal; para tal, os conceitos de inclusão social e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) referentes a universalidade e equidade, devem ser considerados (BRASIL, 1988).

De acordo com a apresentação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS, a assistência às pessoas com deficiência, antes de 1988 (ano de implantação do SUS) na saúde pública, era limitada e precária com recursos insuficientes, serviços concentrados em regiões de maior relevância econômica, modelo assistencial com baixa cobertura, pouca resolutividade e inadequação à realidade sociocultural da população (BRASIL, 2009).

O imaginário e as representações sociais da deficiência tornam a atenção à saúde dessa parcela da população ainda mais complexa. Ao longo da história, as pessoas com deficiência foram consideradas ora amaldiçoadas, ora seres semidivinos, mas sempre excluídas do contexto social e objeto de caridade da comunidade (OTHERO; DALMASO, 2009). Segundo Vaitzman (2002), há uma negação da dignidade das pessoas diferentes, erguendo-se estereótipos e vinculando características negativas à diferença, comprometendo a inclusão social.

Os profissionais e o serviço de saúde atuam em um contexto complexo, com seus valores e práticas, permeado por estigmas e desigualdades. Incorporados nos serviços, nas políticas e na sociedade, discursos e práticas complementam-se para o direcionamento do caráter excludente do trabalho e dos cuidados em saúde (OTHERO; DALMASO, 2009). Os médicos, como profissionais de assistência à saúde, são parte deste contexto sociocultural, que ainda segrega as pessoas com deficiência. É preciso, então, conhecer a representação dos profissionais acerca deste fenômeno, a fim de tornar a prática em saúde aberta à crítica e atenta às reais necessidades dos atendidos, construindo o que Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) definiram como contexto instaurador de necessidades.

O presente trabalho tem como um dos objetivos traçar o perfil sociodemográfico dos médicos de atenção primária que assistem pessoas com deficiências, bem como os aspectos relacionados ao atendimento dessas pessoas, e a habilidade de comunicarem-se por meio da Linguagem Brasileira de Sinais (Libras).

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva realizada com médicos que trabalham em unidades da Estratégia de Saúde da Família na zona urbana da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas a 51 médicos (num total de 100 médicos que serão contemplados). Eles foram abordados nas unidades de saúde durante o horário de funcionamento correspondente ao período de atendimento. A entrevista foi realizada por estudantes do curso de Medicina.

Para coleta de dados, foi aplicado um questionário estruturado, em que as questões fechadas referiam-se a informações sociodemográficas, bem como aspectos relacionados à graduação e pós-graduação do médico, frequência do atendimento às pessoas com deficiência e conhecimento acerca de Libras. Os dados ora apresentados neste resumo referem-se a dados parciais, pois a coleta ainda está em andamento nas unidades. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob o número CAAE: 13246819.0.0000.5146

Resultados e discussão

Participaram deste estudo 51 médicos da atenção primária a saúde, sendo 23,5% do sexo masculino e 76,5% do sexo feminino. Em relação à faixa etária, verificou-se que 43,1% tinham menos de 30 anos, 35,2% entre 30 e 40 anos, 7,8% entre 40 e 50 anos e 13,7% tinham mais do que 50 anos. Quanto à especialidade médica, observou-se que 84,3%



possuíam formação em Medicina de Família e Comunidade (Tabela 1). Ao serem questionados acerca da realização de treinamentos durante a graduação e/ou pós-graduação referente ao atendimento à pessoa com deficiência apenas três profissionais afirmaram positivamente, com capacitações voltadas para deficiências físicas e mentais. De acordo com uma revisão de literatura acerca do ensino sobre deficiência para estudantes de medicina, elaborada por Costa e Koifman (2016), todos os artigos encontrados mencionaram experiências internacionais, devendo-se contextualizar ao cenário brasileiro. As referidas autoras relatam que as escolas médicas tendem a dar mais valor à aquisição de conhecimentos em detrimento de habilidades e atitudes. Não parece haver dúvidas de que o contato direto dos estudantes de Medicina com pessoas com deficiência é crucial na forma como os estudantes as percebem. A verdadeira inclusão das pessoas com deficiência no ensino médico deve se dar nas várias disciplinas ao longo do curso, incluindo as áreas da clínica e cirurgia, e não apenas como disciplina optativa, como por exemplo, o cuidado no pré-natal e parto de gestantes com deficiência o qual deve ser ensinado na disciplina de Obstetria e, nas aulas de Semiologia, as habilidades de comunicação com os pacientes surdos ou com dificuldades na fala. Mais ainda, é importante frisar que a inclusão da atenção à saúde das pessoas com deficiência deve perpassar por professores médicos cujas práticas sejam pautadas por atitudes empáticas de se perceber e assistir as pessoas com deficiência.

Sobre o tempo de trabalho na atenção primária, 15,6% trabalham há menos de 01 ano, 39,2% entre 01 e 05 anos, 25,4% entre 05 e 10 anos e 19,6% há mais de 10 anos. Todos os entrevistados afirmaram atender pessoas com deficiência na atenção primária. Em relação à frequência de atendimentos, 11,7% atendem pacientes com tal característica mais de uma vez por semana, 21,5% uma vez por semana, 35,2% de duas ou três vezes por mês e 31,3% algumas vezes ao ano (Tabela 1). Diante dos dados, nota-se significativo contingente de pacientes com diferentes tipos de deficiências nas unidades básicas de saúde, o que configura um desafio para os profissionais no acolhimento e realização do tratamento dos mesmos, uma vez que a falta de capacitação para lidar e melhor atender essa parcela da população é uma realidade, como por exemplo, o fato de somente cinco médicos saberem comunicar-se através da Libras numa amostra de 51 participantes. No estudo de Gomes et al. (2017) que avaliou o conhecimento de Libras por médicos do Distrito Federal e sua percepção frente ao atendimento de pacientes surdos, 92,1% dos médicos já haviam atendido um paciente surdo e 76,2% consideraram o conhecimento de Libras importante para sua prática médica, mas apenas um relatou conhecimento básico na língua. Quanto ao sentimento do médico no atendimento, houve predomínio de incerteza e desconforto.

Conclusão

Este estudo, mesmo que com resultados parciais, evidenciou o perfil dos profissionais médicos que prestam assistência às pessoas com deficiências. Nessa perspectiva, percebe-se a importância de uma maior capacitação destes profissionais para melhor abordagem dos usuários com deficiências, considerando seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e a individualidade de cada um.

Agradecimentos

Aos médicos das unidades de saúde da família que gentilmente disponibilizaram parte de seu tempo para responderem aos questionários.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- 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. 36 p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. 70p. ; 15 cm. ISBN 978-85-87077-14-1.
- COSTA, L. S. M.; KOIFMAN, L. O Ensino sobre Deficiência a Estudantes de Medicina: o que Existe no Mundo? *Revista Brasileira de Educação Médica* 40 (1) : 53-58; 2016
- GOMES, L. F. et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. *Revista Brasileira de Educação Médica* 41 (4) : 551- 556; 2017
- 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* v.13, n.28, p.177-88, jan./mar 2009.



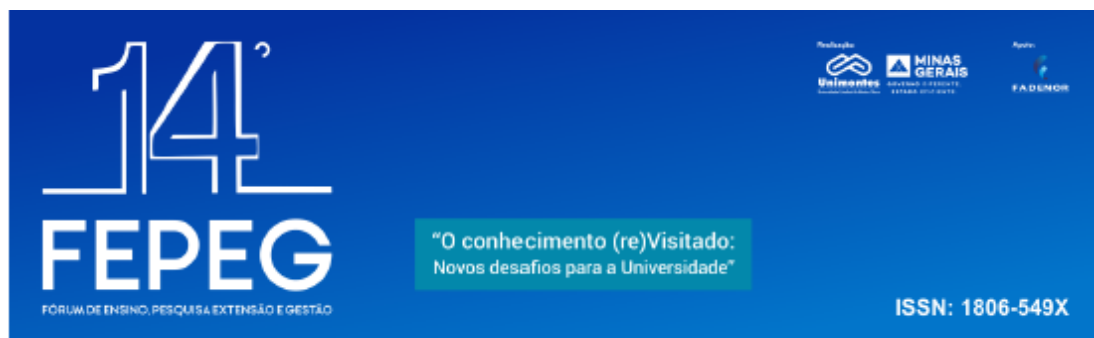
VAITSMAN, J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. *Cad. Saude Publica*, v.18, supl., p.37-46, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. *Necessidades de saúde e atenção primária*. In: SCRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47

Tabela 1. Distribuição dos médicos da atenção primária à saúde quanto a características pessoais. Montes Claros, Minas Gerais, 2019. n=51.

Características pessoais	N	%
Sexo		
Feminino	39	76,5%
Masculino	12	23,5%
Idade		
Até 30 anos	22	43,1%
Entre 30 e 40 anos	18	35,2%
Entre 40 e 50 anos	04	7,8%
Acima de 50 anos	07	13,7%
Situação conjugal		
Casado (a)	30	58,82%
Solteiro (a)	20	39,21%
Divorciado (a)/Separado (a)	01	0,01%
Especialidade		
Medicina de Família e Comunidade	43	84,3%
Medicina de Família e Comunidade e outra	04	0,07%
Clinico geral	03	0,05%
Outras	01	0,01%
Treinamento para atendimento de pessoas com deficiência		
Sim	3	5,88%
Não	48	94,1%
Tempo de trabalho na atenção primária à saúde		
Menos de um ano	8	15,6%
Entre um e cinco anos	20	39,2%
Entre cinco e dez anos	13	25,4%
Mais de dez anos	10	19,6%
Frequência de atendimento a pessoas com deficiência na atenção primária à saúde		
Mais de uma vez por semana	6	11,7%
Uma vez por semana	11	21,5%
Duas ou três vezes por mês	18	35,2%
Algumas vezes no ano	16	31,3%
Habilidade para comunicar-se por meio da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS)		
Sim	5	9,8%
Não	46	90,1%

APÊNDICE K - Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2020: “Estrutura das representações sociais dos médicos de atenção primária sobre a assistência de pessoas com deficiências”



AUTOR(ES): BRUNA SOUSA AGUIAR, PRISCILA RIBEIRO MAIA, VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES, ANTÔNIO PRATES CALDEIRA e JUCIMERE FAGUNDES DURÃES ROCHA.
ORIENTADOR(A): VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES

ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS MÉDICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A ASSISTÊNCIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Introdução

A atenção primária é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência sob a ótica da inclusão e dos direitos de cidadania. É importante ressaltar, que as pessoas com deficiência (PcD) têm outras necessidades em saúde, além da reabilitação, que não costumam ser atendidas pelo atual sistema. Muitas vezes, a principal necessidade dessas pessoas não está na gravidade orgânica ou nos comprometimentos funcionais, mas sim em processos sociais extremamente complexos.

Segundo Amorim (2018), dentre os fatores dificultadores deste cuidado, é considerável a baixa qualificação profissional e a falta de acessibilidade aos serviços demonstrada nas barreiras físicas e atitudinais na maioria das unidades básicas de saúde. Tal cenário contribui para uma ambiência de violência simbólica às pessoas com alguma limitação ou impedimento físico, mental ou sensorial, perpetuando a exclusão social.

Os profissionais de saúde e suas práticas são construídas a partir da relação socio-histórica-cultural com a questão. Por isso, é preciso conhecer a representação dos mesmos sobre o atendimento as pessoas com deficiências, para abri-la à crítica e torná-la atenta às reais necessidades dos pacientes.

Há poucos estudos na literatura que decifram quais os processos mentais os médicos utilizam na construção do significado do atendimento aos seus clientes.

Para Zanutim (2016), que avaliou a representação social dos usuários acerca dos médicos, o modelo médico atual não tem sido satisfatório e continua sendo percebido como o modelo biomédico, ineficaz na prática médica.

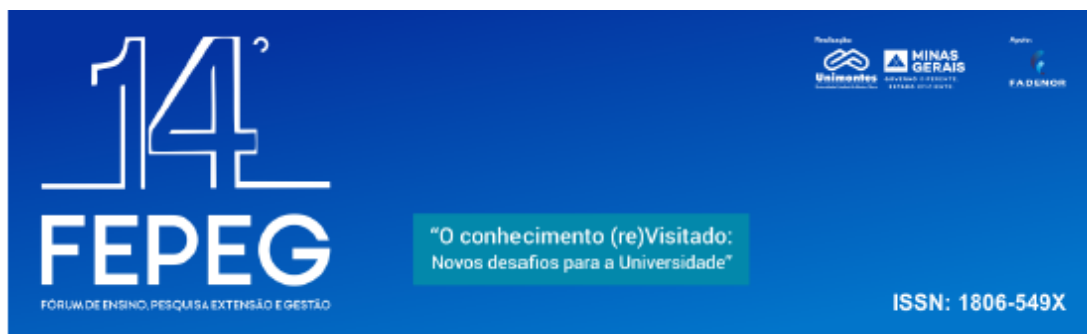
Nesse contexto, surge a necessidade de combater as diferenças entre discursos e práticas, tanto para os usuários (na relação com suas demandas e problemas), quanto para os profissionais (na relação com seu objeto de trabalho) construindo uma relação que dialogue e se articule ao contexto social e cultural.

O presente trabalho tem como objetivo analisar a estrutura da representação social dos médicos de atenção primária sobre a assistência de pessoas com deficiência.

Material e métodos

Para a realização do estudo optou-se pelo estudo tipo básico, de campo, exploratório, descritivo, transversal com abordagem quantiquantitativa cujo referencial teórico foi a Teoria das Representações Sociais por meio da abordagem estrutural (CRUSOÉ, 2004). Os participantes do estudo foram 111 médicos que trabalham em unidades de Estratégia de Saúde da Família na zona urbana da cidade de Montes Claros, Minas Gerais. A coleta de dados foi feita utilizando questionários aplicados através de dois métodos: na primeira fase, os médicos foram abordados nas unidades de saúde durante o horário de funcionamento correspondente ao período de atendimento e, devido a necessidade de isolamento social imposta a partir de março de 2020, a segunda fase se deu pela aplicação de questionários online, finalizando a etapa da coleta de dados da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semiestruturado com 16 questões, sendo 12 fechadas e 04 abertas. As questões fechadas se referiam a informações sociodemográficas, bem como aspectos relacionados à graduação e pós-graduação do médico, frequência do atendimento às pessoas com deficiência e conhecimento acerca da Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS). As questões abertas são quatro questões de técnica de associação livre de palavras (TALP) sob indução da expressão "atendimento à pessoa com deficiência". Os dados referentes ao perfil sócio-demográfico e profissional foram analisados por análise estatística descritiva simples. Os dados provenientes da TALP foram tratados por análise estrutural e apresentados por meio do quadro de quatro casas



construído com o auxílio do software *Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations* (EVOC®) versão 2005. Número do Parecer: 3.332.823.

Resultados e Discussão

Os dados provenientes da técnica de associação livre de palavras ou evocação de palavras sob indução com o termo formaram um *corpus* que totalizou 532 palavras, sendo 179 diferentes e uma média de evocação de 2,93 por cada participante da pesquisa. Foi considerada para esta construção, a Ordem Média das Evocações (OME), ou seja, o rang iguala 2,70, ao passo que a frequência intermediária ficou estabelecida em 13 e a mínima em 06. Assim, as principais evocações, que tiveram repercussão na análise feita pelo *software* EVOC®, estão apresentadas no Quadro de Quatro casas na Figura 01 que demonstra a relação das palavras evocadas e sua frequência e a ordem média das evocações (OME).

No quadrante superior esquerdo, estão os termos mais relevantes e significativos para os sujeitos, constituindo, provavelmente, o Núcleo Central da representação social pois são os mais prontamente evocados e citados com maior frequência pelos informantes. São eles: *Acessibilidade, Acesso, Atenção, Comunicação, Cuidado, Dificuldade, Inclusão e Limitação*.

Nos quadrantes superior e inferior direitos, estão localizados os elementos da primeira e segunda periferias, respectivamente, ou seja, os menos salientes, mas significativos. O sistema periférico constitui a "parte mais acessível e mais viva da representação", sendo uma de suas funções, a de prescrever comportamento. A 1ª periferia é formada por *Despreparo e Empatia* e as palavras *Acompanhante, Compreensão, Equidade, Paciência, Prioridade, Respeito e Tempo* compõem a 2ª periferia. Os elementos periféricos de uma representação social estabelecem a interface entre o Núcleo Central e a realidade concreta, na qual são elaboradas e funcionam as representações. No quadrante inferior esquerdo, designado como elementos de contraste, estão as evocações *Ansiedade, Dificuldade de comunicação e Humanização*. Estas palavras foram citadas numa frequência baixa, porém foram evocadas mais prontamente. A Zona de Contraste comporta variações da representação em função de subgrupos sem, no entanto, modificar os elementos centrais.

Conclusão

Sobre a estrutura da representação social estudada, observa-se que das vinte evocações quatro expressam significados negativos (dificuldade, limitação, despreparo, dificuldade-comunicação). O termo mais frequente, ou seja, o mais evocado pelos participantes foi a palavra dificuldade apresentando uma frequência de 37 vezes. O elemento mais prontamente evocado, ou seja, lembrado primeiramente com maior espontaneidade apresentando assim a menor OME foi a expressão acessibilidade com uma OME de 1,68 e o termo que exibiu maior OME foi vocábulo respeito (Rang: 3,889), indicando que este foi o termo mais tardiamente evocado dentre os demais.

Conforme Abric (2003) o NC é constituído por elementos normativos e funcionais. Assim ao analisar as evocações do NC presentes na estrutura desta RS. Observa-se que os termos *Acessibilidade, Acesso, Atenção, Comunicação, Cuidado e Inclusão* são funcionais posto que indicam finalidade operatória, relacionadas a práticas sociais. Os elementos: *Dificuldade e Limitação* são normativos, dado que estão associados ao sistema de valores do grupo social estudado determinando as tomadas de decisões e julgamento frente ao objeto social estudado.

Referências

ABRIC, J. C. *Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes*. Tradução feita por Maria de Fátima de Souza Santos do original: ABRIC, J. C. L'approche structurelle des Représentations Sociales: développements récents. 2003.

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. *Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa*. *Holos*, Ano 34, v. 01. DOI: 10.15628/holos.2018.5775.

CRUSOE, N. M. C. *A teoria das representações sociais em moscovici e sua importância para a pesquisa em educação*. *APRENDER - Cad. de Filosofia e Psic. da Educação - Vitória da Conquista*, Ano II, n. 2, p. 105-114, 2004. Disponível em: <http://periodicos2.unesh.br/index.php/aprender/article/view/3065/2559>



ZANUTIM, L.; TRINDADE, M. M.; COSTA, N. D. E.; LEMES, L. M. S. Quem é o médico? Comparação das representações do médico entre acadêmicos de medicina e usuários do SUS. RESU – Revista Educação em Saúde: v. 4, n. 1, 2016. Disponível em: <http://periodicos.univap.org.br/index.php/educacaoemsus/article/view/1694/1550>

FIGURA 01 - Quadro de quatro casas distribuição da frequência e ordem média de posição gerada pelo *Rangfreq* do software EVOC® do banco de dados dos médicos das Equipes de Saúde da Família estudadas sobre estrutura da representação social dos médicos de atenção primária sobre a assistência de pessoas com deficiência. Montes Claros (MG), 2020.

Elementos do Núcleo Central Frequência >= 13/ Rang < 2,79			Elementos da 1ª periferia Frequência >= 13/ Rang >= 2,70		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Dificuldade	37	2,21	Empatia	18	2,77
Comunicação	28	2,32	Despreparo	13	2,84
Acessibilidade	25	1,68			
Cuidado	19	2,10			
Limitação	17	2,35			
Atenção	17	2,64			
Inclusão	13	2,38			
Acesso	13	2,53			
Elementos de Contraste Frequência < ou = 6 e < 13 / Rang < 2,90			Elementos da 2ª periferia Frequência < ou = 6 e < 13 / Rang >= 2,90		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Dificuldade-comunicação	12	2,50	Paciência	11	2,90
Ansiedade	06	2,50	Respeito	09	3,88
Humanização	06	2,66	Prioridade	07	2,71
			Compreensão	07	2,85
			Equidade	07	3,85
			Tempo	06	2,83
			Acompanhante	06	3,66

APÊNDICE L – Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2020: “Levantamento epidemiológico de pessoas com deficiências em Montes Claros, MG”



AUTOR(ES): VICTOR FIGUEIREDO DIAS, VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES; MÉDICA PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E COLETIVA -CCBS/UNIMONTES DOUTORANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIMONTES, LUANA LEAL ROBERTO GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRE E DOUTORANDO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE PELO PPGCS - UNIMONTE e ANTONIO PRATES CALDEIRA. DOUTOR, PROFESSOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIMONTES.
ORIENTADOR(A): ANTONIO PRATES CALDEIRA. DOUTOR PROFESSOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIMONTES

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS EM MONTES CLAROS, MG

Introdução

Considera-se pessoas com deficiência (PcD) aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL,2015) No Brasil a iniciativa mais significativa em relação aos cuidados às pessoas com deficiência foi implantada em 2010, com a definição da “Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência”. Ainda assim, as pessoas com deficiência em todo o País ainda lutam para assegurar seus direitos, para usufruírem as melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e social. (BRASIL,2012)

Na área da saúde, é consenso mundial que o Brasil tem experimentado os frutos positivos da grande reforma que implantou no Sistema Único de Saúde (SUS). Todavia, as redes assistenciais ainda não se consolidaram em todas as áreas, e a rede de atenção e cuidados às PcD é um exemplo emblemático. No novo modelo assistencial proposto pelo SUS, a prática curativista e hospitalocêntrica deve ser reorganizada e transformada em um modelo que priorize a atenção primária e a promoção da saúde. (SCOREL S,2008)

Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde, particularmente as equipes da Estratégia Saúde da Família, assumem um papel primordial e devem assumir a coordenação do cuidado de todos os pacientes, incluindo-se aí os pacientes crônicos e mais vulneráveis, como aqueles que convivem com alguma deficiência (CARVALHO,2001) Ademais, diante das transformações implantadas no país na área da saúde, faz-se necessário o debate profícuo dessa temática nos ambientes universitários, no sentido de promover a inserção de acadêmicos e profissionais nesta rede de assistência, além de incrementar a produção científica.

Este trabalho tem como objetivo apresentar o levantamento da prevalência e distribuição dos tipos de deficiência para PcD em Montes Claros - MG.

Material e Métodos

Foi realizado um inquérito epidemiológico, de base populacional, entre dezembro de 2018 a novembro de 2019, na cidade de Montes Claros, MG. A cidade sede do estudo conta com 355 setores censitários urbanos, dos quais foram selecionados 40, de forma aleatória. Para o cálculo amostral definiu-se um nível de confiança de 95%, uma prevalência estimada de 6,2% (IBGE,2015) e um erro de 1,3% e um fator de correção para o efeito do desenho igual a dois, o que definiu uma amostra mínima de 2636 pessoas. Considerando um número médio de 3,5 moradores por domicílio, deveriam ser avaliados, pelo menos, 754 domicílios.

Definiu-se então pela abordagem de 20 domicílios em cada setor censitário, num total de 800, a serem visitados consecutivamente, sempre no lado direito da via, a partir de um ponto inicial selecionado ao acaso. Foram excluídos domicílios especiais (abrigos, orfanatos e asilos). Para as casas sem moradores no momento da visita, foi feita nova tentativa em outro dia. Ainda não havendo moradores para receber o entrevistador, este domicílio era substituído, da mesma forma que outras casas vazias ou habitações cujos moradores não desejavam participar do inquérito. A coleta de dados foi conduzida por equipe especialmente treinada, formada por enfermeiro e acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina. Após apresentação pessoal, explicação sobre a pesquisa e registro de anuência em termo de consentimento livre e esclarecido, as duas questões iniciais da pesquisa eram (1) *Alguém da família tem deficiência?* e



(2) “Alguém da família tem dificuldade significativa ou incapacidade permanente de realizar as principais atividades de vida: andar, falar, respirar, executar tarefas manuais, ver, ouvir, cuidar de si mesmo, trabalhar, sentar, levantar, erguer e ler?”

Em caso de resposta afirmativa deveriam informar qual deficiência: intelectual, física, visual, auditiva ou múltipla. Para a análise dos dados, foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics*, versão 22. Processaram-se análises descritivas – frequência absoluta e relativa, com análise descritiva. Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros sob o parecer nº 2.599.141.

Resultados e Discussão

Os resultados preliminares desta pesquisa estão registrados nas tabelas 1 e 2. Para os 800 domicílios visitados, com média de 3,35 pessoas por domicílio e um total de 2680 pessoas, foram encontradas 50 pessoas com algum tipo de deficiência, configurando 1,86% de prevalência (tab. 1). Para a distribuição das categorias de deficiência (tab.2), verificou-se que 39,6% das PcD apresentou deficiência intelectual; 37,5% deficiência física; 4,2% deficiência auditiva; 2,1% deficiência visual e 16,7% de deficiências múltiplas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (SÃO PAULO,2012), definir deficiência é um processo complexo e multifacetado, além de considerar ser uma condição da natureza humana a probabilidade da perda ou redução de funções corporais. No intento de aclarar uma possível aceção para o termo, a OMS baseou-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (SÃO PAULO,2008), enfatizando o entendimento que deve haver uma relação intrínseca e recíproca dos problemas de saúde dessas pessoas com fatores ambientais e pessoais. A OMS afirma ainda que não existem consensos de conceitos ou informação científica, que possam ser comparáveis, acerca das PcD, ao redor do mundo. Dessa forma, a prevalência evidenciada neste estudo levanta reflexões acerca da disparidade de resultados em outros estudos (CONDESSA et al,2020), bem como instiga a maiores análises sobre as categorias em que se concentram esses indivíduos, com destaque para a deficiência intelectual.

Conclusão/Conclusões/Considerações finais

O presente estudo verificou a prevalência de PcD em 1,86% da amostra colhida em Montes Claros (MG) e também sua distribuição por categorias de deficiências. O resultado colhido encontra-se abaixo da média nacional de pessoas com deficiência 6,7% (IBGE,2018). Este é o primeiro estudo com este enfoque no município.

Nesse sentido, destaca-se a importância da necessidade da comunidade científica dedicar-se ao desenvolvimento de pesquisas no atendimento às necessidades das minorias, aqui evidenciadas pelas PcD, bem como realização de ações que visem a inclusão social e melhora da qualidade de vida.

Agradecimentos

Agradecimentos ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela oportunidade de iniciação científica.

Referências

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 de julho de 2015

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais*. 1ª ed. Brasília, 2012.

CARVALHO BG., Martins GB, Cordon Junior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordon Junior L, organizadores. *Bases de saúde coletiva*. Londrina: EDUEL; 2001. p 27-43

CONDESSA AM, GIORDANI JMA, NEVES M, HUGO FN, HILGERT JB. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23: e200074. Disponível em DOI 10.1590/1980-549720200074

ESCOREL S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 333--82.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde* 2013. Ciclos de Vida. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro, p. 1-92, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>. Acesso em 25 Set 2020

SÃO PAULO. *Relatório mundial sobre a deficiência* / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPeD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em 25 Set 2020

SÃO PAULO. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. - 1. ed., 1. reimpre. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

IBGE. Nota Técnica., *Releitura dos dados de pessoas com deficiência no censo demográfico 2010 à luz das recomendações do grupo Washington*. Brasil 2018 Disponível em <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/documentos/cynthia-ministerio-da-saude>. Acesso em 9 Out 2020

Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018 Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington

Tabela 1. Prevalência de pessoas com deficiência, segundo o tipo de questão proposta para abordagem familiar; Montes Claros (MG), 2018.

Questão proposta	(n)	(%)
<i>Alguém na família tem deficiência?</i>		
Sim	46	5,8
Não	784	94,3
<i>Alguém da família tem dificuldade significativa ou incapacidade permanente de realizar as principais atividades de vida: andar, falar, respirar, executar tarefas manuais, ver, ouvir, cuidar de si mesmo, trabalhar, sentar, levantar, erguer e ler?</i>		
Sim	49	6,1
Não	751	93,9

Tabela 2. Distribuição das categorias de Deficiências em inquérito populacional; Montes Claros (MG), 2018.

Tipo de deficiência	(n)	(%)
Intelectual	19	39,6
Física	18	37,5
Múltipla	8	16,7
Auditiva	2	4,2
Visual	1	2,1
Total	48	100

APÊNDICE M – Resumo Fórum Ensino Pesquisa Extensão – Universidade Estadual de Montes Claros - FEPEG 2020: “Qualidade da assistência à saúde para pessoas com deficiência na atenção primária em Montes Claros, MG”



AUTOR(ES): VICTOR FIGUEIREDO DIAS, VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES. MÉDICA PROFESSORA DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E COLETIVA CCBS UNIMONTES DOUTORANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIMONTES, LUANA LEAL ROBERTO GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA MESTRE E DOUTORANDO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE PELO PPGCS - UNIMONTE e ANTONIO PRATES CALDEIRA. DOUTOR, PROFESSOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIMONTES.
ORIENTADOR(A): ANTONIO PRATES CALDEIRA

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MONTES CLAROS, MG

Introdução

Pessoas com deficiência (PcD) são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem comprometer uma participação plena e efetiva na sociedade (BRASIL, 2015). O Brasil conta, há quase uma década, com uma “Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência”, que estabelece a necessidade de tratamento equânime, assegurando direitos para que as PcD possam contar com melhores condições e qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Apesar da legislação existente, e da grande ampliação da rede de cuidados primários à saúde, com a expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), as redes assistenciais ainda não se consolidaram em todas as áreas, e a rede de atenção e cuidados às PcD é um exemplo emblemático (MACHADO, 2018). A qualidade da assistência às PcD não tem sido aferida regularmente no âmbito das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que representam a principal porta de entrada aos cuidados de saúde e representam a operacionalização da APS no Brasil.

Estudos que avaliam a qualidade da assistência às PcD na APS têm o potencial de alertar para a necessidade de cuidados oportunos e para a efetivação da rede de cuidados (ALMEIDA, 2017) (MARTINS, 2018). Também podem levar aos gestores de saúde, a identificação de lacunas assistenciais e definição de novos processos de atenção à saúde. Em outras palavras, espera-se que os resultados possam subsidiar novas ações inclusivas e mudanças no fluxo de pacientes nos diversos pontos de atenção à saúde, dentro da rede de cuidados para essas pessoas, que são historicamente excluídas das políticas públicas e assistenciais.

Uma das formas de avaliação da qualidade da assistência no âmbito da APS é por meio da avaliação dos atributos da atenção primária (PRATES, 2017). Existe um instrumento reconhecido internacionalmente e já validado no Brasil para este fim: O *Primary Care Assessment Tool* (PCA Tool) (BRASIL, 2010). Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da Assistência à saúde para PcD na atenção primária em Montes Claros - MG.

Material e Métodos

Este estudo é do tipo inquérito epidemiológico, de base populacional, ocorrido entre dezembro de 2018 a novembro de 2019, na cidade de Montes Claros, MG. Foram selecionados 800 domicílios, distribuídos de forma aleatória em 40 setores censitários urbanos do município, na proporção de 20 domicílios por setor. A coleta de dados foi conduzida por equipe especialmente treinada, formada por enfermeiro e acadêmicos dos cursos de enfermagem e medicina.

Foram excluídos domicílios especiais (abrigos, orfanatos e asilos). Os entrevistadores, ao abordarem os moradores em suas residências, se apresentavam pessoalmente e expunham sobre a pesquisa, além de tomarem a assinatura para anuência em termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, através de questionário estruturado, eram indagados sobre questões sociodemográficas e sobre a presença de alguma PcD no domicílio. Para as casas sem moradores no momento da visita, foi feita nova tentativa em outro dia. Ainda não havendo moradores para receber o entrevistador, este domicílio era substituído, da mesma forma que outras casas vazias ou habitações cujos moradores não desejavam participar do inquérito. Em caso de presença de PcD na residência, um outro questionário, contendo o instrumento PCA Tool, era aplicado a esse indivíduo em questão. No caso de PcD mental ou intelectual, o cuidador mais próximo respondia ao questionário. Ao final, foram consolidados os escores dos atributos essenciais e derivados da atenção primária. Para análise avaliativa, foram considerados os pontos de corte sugeridos pelo Ministério da Saúde.



Para a análise dos dados, foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics*, versão 22. Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº. 466/12, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros sob o parecer nº 2.599.141.

Resultados e Discussão

Para os 800 domicílios visitados, foram identificadas 2680 pessoas, entre as quais 50 eram PcD. Para o presente estudo foram consolidados os questionários de pessoas adultas e idosas com deficiências, que correspondem a 35 respondentes. A idade do grupo variou de 19 a 102 anos. Houve predomínio do sexo masculino (57,1%), maioria de cor preta ou parda (68,6%) e solteiros (54,3%).

A caracterização do grupo permite concluir ainda que se trata de uma população de baixa escolaridade, com média de 6,2 anos de estudo, com renda declarada de 1 a 5 salários mínimos, perfazendo 57,2% das pessoas, além de 51,4% relatarem utilizar serviços de saúde públicos e privados.

Em relação aos escores para os atributos da APS, os mesmos estão consolidados da tabela 1. Embora alguns atributos tenham se mostrado com escores satisfatórios (acima de 6,6), a maioria deles apresentaram escores baixos, que denotam baixa adesão aos atributos da APS e, portanto, uma assistência de baixa qualidade para a população avaliada. No atributo do Primeiro Contato, houve uma avaliação positiva para a disponibilidade física do serviço próximo à sua residência, porém no aspecto da logística e assistência (acessibilidade) a avaliação é negativa, corroborando uma grande barreira ao acesso. Na avaliação da longitudinalidade da atenção, as PcD avaliam adequadamente a percepção de identidade com serviço e com os profissionais. Da mesma forma, o atributo da coordenação do cuidado, qual seja a organização de todo o histórico de saúde do indivíduo, foi bem avaliado. Porém, o atributo da integralidade que representa os serviços ofertados na APS, fluxos de atendimento, disponibilidade de assistência referenciada, são mal avaliados. Especificamente neste quesito, em que as PcD necessitam de tantas intervenções em saúde, demonstra-se a baixa qualidade da assistência, configurando desfechos em saúde de pior prognóstico. O escore geral resultante de todas essas avaliações, tanto para homens quanto para mulheres com deficiências, mostrou-se abaixo do valor preconizado.

Conclusão/Conclusões/Considerações finais

O presente estudo verificou as médias dos escores de avaliação para os atributos essenciais e derivados da APS para PcD adultas e idosas em Montes Claros. Este é o primeiro estudo com estes dados no município. A assistência à saúde de baixa qualidade na APS para PcD expressa um cenário de profundas desigualdades na atenção a essas pessoas historicamente segregadas na sociedade. Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma maior interlocução da comunidade científica, sociedade civil e gestores públicos, na direção de aperfeiçoar serviços de saúde mais inclusivos e efetivos nas necessidades que se fizerem presentes.

Agradecimentos

Agradecimentos ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela oportunidade de iniciação científica.

Referências

- 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 de julho de 2015
- BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais*. 1ª ed. Brasília, 2012.

MACHADO, W.C.A., PEREIRA, J. S., SCHOELLER, S. D., JÚLIO, L. C., MARTINS, M. M. F. P. S., FIGUEIREDO, N. M. A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm*, 2018; v. 27, n. 3, e4480016, 2018.

ALMEIDA, M. H. M., PACHECO, S., KREBS, S. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS*, v.29, n.5, 2017.

MARTINS, K. P., GOMES, T. M., COSTA, T.F., COSTA, K. N. F. M., FRANÇA, I. S. X. Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência. *Rev Fun Care Online*. v.10, n.4, pp.:1150-1155, 2018.

PRATES ML et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.6, pp.:1881-1893, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Tabela 1: Escores dos atributos essenciais e derivados da APS, segundo o Primary Care Assessment Tool -Brasil para pessoas com deficiências em Montes Claros – MG; 2019.

Atributos avaliados	(n)	Média	DP*
Acesso de Primeiro Contato			
Utilização	34	9,4	1,2
Acessibilidade	35	4,4	1,8
Longitudinalidade			
Grau de Afiliação	35	8,7	2,6
Longitudinalidade	34	8,2	1,2
Coordenação			
Integração de Cuidados	21	8,3	2,8
Sistema de Informações	35	7,5	2,4
Integralidade			
Serviços Disponíveis	33	3,7	1,6
Serviços Prestados - Sexo feminino	14	5,6	2,3
Serviços Prestados - Sexo masculino	20	5,6	2,1
Orientação Familiar			
Orientação Comunitária	33	5,8	2,7
Escore Essencial - Sexo feminino	14	3,2	0,3
Escore Essencial - Sexo masculino	20	3,0	0,4
Escore Geral - Sexo feminino	14	3,1	0,4
Escore Geral - Sexo masculino	20	3,0	0,5

APÊNDICE N - Resumo I Congresso Interdisciplinar da Área Médica - Modalidade 2:
“Referência e contrarreferência no sistema de saúde para pessoas com deficiência no Brasil:
como estamos?”

**Anais do I Congresso
Interdisciplinar da Área Médica
- Modalidade 2**

30/07/2020
Paracatu/MG

Referência e contrarreferência no sistema de saúde para pessoas com deficiência no Brasil: como estamos?

Viviane Braga Lima Fernandes

- *Mariana Silveira Bezerra - Acadêmica do curso médico da UNIMONTES;*
- *Letícia Teixeira Guimarães - Acadêmica do curso médico da UNIMONTES;*
- *Antônio Prates Caldeira - Professor do Departamento de Saúde da Mulher e da Criança da UNIMONTES Doutor em Pediatria*

RESUMO

RESUMO EXPANDIDO : Revisão da literatura Título: Referência e contrarreferência no sistema de saúde para pessoas com deficiência no Brasil: como estamos? INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) define deficiência como complexa, dinâmica e multidimensional e incorpora a base conceitual da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, quando associa problemas de saúde a fatores contextuais ambientais e pessoais (OMS, 2011). De acordo a Lei Brasileira de Inclusão, instituída em 2015, a pessoa com deficiência (PcD) é “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”(BRASIL, 2015). Contudo, devido ao modelo biomédico ainda fortemente vigente na prática médica, a deficiência ainda é entendida, na maioria dos casos, em um plano apenas corpóreo (MOTA PHS, 2020). OBJETIVO Considerando a necessidade de aprofundamento do conhecimento desta temática, este resumo propôs-se a identificar e analisar as produções científicas sobre o sistema de referência e contrarreferência à saúde para pessoas com deficiências no Brasil. MÉTODO : Trata-se de uma revisão da literatura realizada em duas bases de dados, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a Scientific Electronic Library Online (SCIELO), no mês de julho de 2020. Na base SCIELO, os descritores para a

busca foram “pessoas com deficiência” e “consulta”, resultando em 20 publicações. Após estabelecidos os filtros do ano, entre 2016 e 2020, e idioma em português, a base selecionou 11 trabalhos, que foram analisados, tendo restado 4 artigos. Já na base BVS, os descritores utilizados foram “pessoas com deficiência” e “rede de cuidados continuados de saúde”. Nesta busca, o sistema capturou 1762 artigos, os quais, após estabelecidos os mesmos filtros listados acima, e leitura e exclusão dos repetidos, finalizou também com 4 artigos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Nesta revisão, um total de oito trabalhos foram selecionados, evidenciando o baixo número de publicações acerca do tema no Brasil. Partindo do princípio básico do aspecto inter-relacional dos seres humanos, bem como da habilidade de comunicação, os surdos padecem de piores desfechos em saúde, devido à sua limitação sensorial e despreparo dos profissionais de saúde. Os resultados desse contexto são o retardo na procura do atendimento, consultas disfuncionais e maiores níveis de internação (SOUZA MFNS, et al., 2017). Para as PcD auditiva ou de linguagem, é fundamental o acompanhamento por fonoaudiólogo, o que ocorre de forma prevalente em consultórios particulares, existindo um grande hiato de atendimento nos serviços públicos (RECH RS, et al., 2020). Para os idosos com limitações funcionais, a tendência de utilização de serviços de saúde e número de internações tendem a aumentar devido à prevalência de condições clínicas próprias desta faixa etária, exigindo dos serviços medidas efetivas de atenção à saúde e de fluxos para o atendimento (SILVA AMM, et al., 2017). No que tange à consulta odontológica para a PcD visual são necessários mais serviços e políticas de inclusão para incrementar esta assistência (ORTEGA MM, et al., 2019). Para os indivíduos albinos, o acesso a distintas especialidades médicas, com destaque para oftalmologia e dermatologia, são insuficientes e o fluxo do cuidado orientado pela integralidade e intersetorialidade dos serviços é ínfimo (SANTOS NLP, et al., 2017). No Brasil, a deficiência física representa a segunda maior causa de perda de funcionalidade, sendo que, para essas pessoas, o maior número de consultas na atenção primária ocorre apenas com médicos e enfermeiros. Tal cenário pode estar relacionado a falta de profissionais e desorganização dos níveis de atenção à saúde (ALMEIDA MHM, et al., 2019). O atendimento às PcD apresenta dois importantes obstáculos: desarticulação entre serviços de diferentes níveis de complexidade e enfoque apenas nos aspectos físicos que envolvem a deficiência. Além disso, as equipes de saúde, em sua maioria, são inaptas para lidar com as necessidades de PcD (MOTA PHS, 2020). A reabilitação é fundamental na reinserção de PcD na sociedade, no entanto, seu acesso ainda é desigual. As principais barreiras são os estigmas, desconhecimento e baixa disponibilidade desses serviços, o que torna vital a criação de políticas públicas que viabilizem a reabilitação, por meio da capacitação de profissionais e expansão de pesquisas (GUARDIA RPS, 2019).

As PcD enfrentam diariamente inúmeros preconceitos com base em estereótipos que se manifestam em barreiras atitudinais, repercutindo no acesso à saúde (OLIVEIRA AEF e GARCIA PT, 2017). A instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência perpassa por diversas dificuldades para sua adequada implementação. A assistência às PcD é marcada pela profunda fragmentação e descontinuidade do cuidado, sendo imprescindível que gestores e profissionais de saúde, juntamente com as PcD, reflitam, executem e avaliem estratégias de melhor articulação no serviço em prol das PcD (MACHADO WCA, et al., 2018). CONSIDERAÇÕES FINAIS: As PcD representam uma parcela da população brasileira que demanda acesso à saúde de forma articulada, efetiva e em tempo oportuno. A completa desorganização do serviço de saúde contribui para piores desfechos clínicos nestas pessoas, além de sustentar a perversa exclusão social. REFERÊNCIAS: ALMEIDA MHM, et al. Organização e sistematização de dados de pessoas com deficiência: apoio para o cuidado em rede. Mundo saúde (Impr.), 2019 ; 43(3):713-731 BRASIL, 2015, Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. GUARDIA RPS. O cuidado em rede no fórum de reabilitação da Freguesia do Ó e Brasilândia. São Paulo; s.n; 2019. 110 p. MACHADO WCA, et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. Texto Contexto Enferm, 2018; 27(3):e4480016 MOTA PHS. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado. São Paulo; s.n; 2020. 232 p. OLIVEIRA AEF, GARCIA PT. Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidados à pessoa com deficiência. São Luís: EDUFMA, 2017. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p. ORTEGA MM, et al. Assistência em saúde bucal na percepção das pessoas com deficiência visual. Cad. Saúde Colet, 2019; Rio de Janeiro, 27 (3): 331-337 RECH RS, et al. Acesso e uso de serviços de Fonoaudiologia em Porto Alegre, Brasil: estudo populacional. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(3):817-825 SANTOS NLP, et al. O cuidado à saúde de pessoas com albinismo: uma dimensão da produção da vida na diferença. Physis (Rio J.), 2017 ; 27(2): 319-333 SILVA AMM, et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Rev Saude Publica, 2017;51 Supl 1:5s SOUZA MFNS, et al. Principais dificuldades e obstáculos enfrentados pela comunidade surda no acesso à saúde: uma revisão integrativa de literatura. Rev. CEFAC, 2017 Maio-Jun; 19(3):395-405

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiência; Consulta; Rede De Cuidados Continuados De Saúde.

APÊNDICE O - Resumo 8º Congresso Mineiro de Medicina de Família e Comunidade: “A fundamental e precária assistência domiciliar para as pessoas com deficiência”



A fundamental e precária assistência domiciliar para as pessoas com deficiência

Letícia Teixeira Guimarães¹, Maycon Willy Coelho², Viviane Braga Lima Fernandes³, Antônio Prates Caldeira⁴

Tipo de trabalho: Temas de revisão.

Classificação CIAP-2/Código Q do Trabalho: QP21; QS1; Z28.

RESUMO

Apesar da evolução das políticas para as pessoas com deficiência (PcD), o acesso aos serviços de saúde ainda é muito precário para a expressividade de brasileiros com algum tipo de deficiência (LOPES; SOARES; BOHUSCH, 2014), destacando-se barreiras arquitetônicas, atitudinais e organizacionais (ARAÚJO *et al.*, 2018). Nesse contexto, a atenção domiciliar apresenta papel significativo nas ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas nas residências, com garantia de continuidade de cuidados e integração às redes de atenção à saúde (MACHADO *et al.*, 2018). Este resumo visou identificar e analisar a literatura científica mais recente acerca das visitas domiciliares às PcD. Trata-se de revisão da literatura pautada em pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), mediante a combinação dos descritores “pessoas com deficiência” e “visita domiciliar” ou “assistência domiciliar”. Filtraram-se artigos em português, publicados nos últimos dez anos, resultando em um total de 33 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, excluíram-se os trabalhos repetidos ou sem afinidade com o tema pesquisado, restando quatro artigos, os quais foram contemplados no presente trabalho. Observou-se a escassez de pesquisas acerca do atendimento domiciliar às PcD, apesar dos impactos positivos dessa modalidade de assistência para as PcD (CARDOSO *et al.*, 2012; DIAS; SANTOS; OLIVEIRA, 2017). De outra forma, segundo Dias, Santos e Oliveira (2017) e Machado *et al.* (2018), existem dificuldades na articulação multiprofissional e na comunicação da referência- contrarreferência, além da importância do planejamento de forma singular para as pessoas com suas deficiências específicas (SCHOELLER *et al.*, 2013). Por fim, faz-se necessária uma maior produção científica acerca da temática, possibilitando uma análise mais profunda do cuidado domiciliar às PcD, visando o avanço no cuidado integral e

¹ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); guimaraes.leticia17@gmail.com.

² Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); mayconwilly@gmail.com.

³ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); viviane.fernandes@unimontes.br.

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); antonio.caldeira@unimontes.br.

inclusivo dessa população. Tal reflexão faz-se premente especialmente no contexto da atual pandemia da COVID -19.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com Deficiência. Assistência Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador: Viviane Braga Lima Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86618418.7.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.599.141

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de natureza analítica e corte transversal, tendo como população alvo as pessoas com deficiência assistidas pelo Sistema Único de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar as condições de saúde e a qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência em Montes Claros (MG).s

Objetivos Secundários:

- Caracterizar a população portadora de deficiência assistida pela rede pública de saúde de Montes Claros (MG);
- Identificar os principais tipos de deficiências que acometem as pessoas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros (MG) e comorbidades referidas;
- Identificar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, nos serviços de saúde recebidos por crianças com deficiência cadastradas por equipes da Estratégia Saúde da Família;
- Avaliar o estilo e a qualidade de vida de pessoas com deficiência envolvidas no estudo;
- Avaliar as ações de referência e contra referência para pessoas com deficiência assistidas pela

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.599.141

rede pública de saúde de Montes Claros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve desconfortos e riscos, para a presente proposta, o participante pode apresentar algum desconforto por ter que dispendir um tempo necessário para responder aos questionários e pelo fato de que algumas questões podem gerar algum constrangimento. Para minimizar esses transtornos, os entrevistadores serão bem treinados e a coleta de dados será conduzida da forma mais rápida e confortável possível.

Benefícios: Conhecer o perfil demográfico dos deficientes de Montes Claros, suas comorbidades e percepção da qualidade de vida, para propor ações de inclusão e acessibilidade para estas pessoas, configuram-se em grandes benefícios esperados por esta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos de acordo com normas exigidas pelo CEP

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1097437.pdf	02/04/2018 10:57:17		Aceito

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.599.141

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale_2.docx	02/04/2018 10:56:37	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale_1.docx	02/04/2018 10:56:15	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	02/04/2018 10:53:53	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Outros	termo_acesso.docx	23/03/2018 09:55:20	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recursos.docx	23/03/2018 09:53:58	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.docx	23/03/2018 09:53:36	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle1.docx	23/03/2018 09:53:25	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	23/03/2018 09:52:46	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 14 de Abril de 2018

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - Emenda

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador: Viviane Braga Lima Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86618418.7.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.941.145

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de natureza analítica e corte transversal, tendo como população alvo as pessoas com deficiência, assistidas pelo Sistema Único de Saúde. Não haverá processo amostral, considerando o interesse social do Projeto de promover um estudo censitário no âmbito do município. A coleta de dados dos usuários será realizada no domicílio, por meio de questionários estruturados, através de pesquisadores devidamente treinados e calibrados

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade de vida e a qualidade da assistência no âmbito da atenção primária de pessoas com deficiência em Montes Claros (MG).

Objetivos Secundários:

- Caracterizar a população portadora de deficiência assistida pela rede pública de saúde de Montes Claros (MG);
- Identificar os principais tipos de deficiências que acometem as pessoas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, (MG);
- Identificar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, nos serviços de saúde recebidos por adultos, crianças e idosos com deficiência cadastradas por equipes da Estratégia Saúde da Família;

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéa **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - Emenda (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.941.145

- Avaliar a qualidade de vida de pessoas com deficiência envolvidas no estudo;
- Avaliar as ações de referência e contra referência para pessoas com deficiência assistidas pela rede pública de saúde de Montes Claros;
- Estimar a prevalência de deficiência nos diversos estratos etários da população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve desconfortos e riscos, para a presente proposta, o participante pode apresentar algum desconforto por ter que dispendir um tempo necessário para responder aos questionários e pelo fato de que algumas questões podem gerar algum constrangimento. Para minimizar esses transtornos, os entrevistadores serão bem treinados e a coleta de dados será conduzida da forma mais rápida e confortável possível.

Benefícios:

Conhecer o perfil demográfico dos deficientes de Montes Claros, suas comorbidades e percepção da qualidade de vida, para propor ações de inclusão e acessibilidade para estas pessoas, configuram-se em grandes benefícios esperados por esta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância na temática qualidade de assistência à saúde de pessoas com deficiência. O projeto já contava com aprovação do CEP/UNIMONTES, em 14 de abril de 2018, sendo reapresentado pelos pesquisadores por pequenas mudanças efetuadas no método da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - Emenda (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.941.145

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1226247_E1.pdf	01/10/2018 22:12:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.docx	01/10/2018 22:11:59	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle1.docx	01/10/2018 22:11:35	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_1.docx	27/09/2018 10:07:14	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	recursos.docx	23/03/2018 09:53:58	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	23/03/2018 09:52:46	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 04 de Outubro de 2018

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ATENDIMENTO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Pesquisador: Viviane Braga Lima Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13246819.0.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.332.823

Apresentação do Projeto:

Este trabalho pretende conhecer o perfil do médico de atenção primária de Montes Claros e analisar as representações sociais destes profissionais, no momento do atendimento das pessoas que apresentam quaisquer deficiências. Este estudo será do tipo básico, descritivo, exploratório, transversal, quanti-qualitativo empregando o referencial teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais com uma abordagem estrutural. A população alvo será constituída por 100 médicos de atenção primária lotados em unidades da Estratégia Saúde da Família, da zona urbana de Montes Claros, os quais serão sorteados. Como instrumento de coleta de dados, será empregado um questionário semiestruturado, o qual possui 13 questões fechadas e 04 questões abertas, totalizando 17 questões.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais dos médicos de atenção primária em Montes Claros, no momento do atendimento das pessoas que apresentam quaisquer deficiências.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos médicos de atenção primária
- Identificar os elementos do núcleo central da representação social dos médicos de atenção primária sobre o atendimento de pessoas com deficiências.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 3.332.823

- Reconhecer os elementos periféricos da representação social dos médicos de atenção primária sobre o atendimento de pessoas com deficiências.
- Analisar a similaridade e as implicações das evocações da estrutura da representação social dos médicos de atenção primária sobre o atendimento de pessoas com deficiências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que qualquer pesquisa apresenta algum tipo de risco, neste estudo prevê-se o risco de constrangimento dos participantes mediante perguntas de cunho subjetivo e também a demanda de tempo para responder ao questionário.

Benefícios:

Este estudo irá possibilitar um melhor entendimento sobre a representação social dos médicos sobre o atendimento com pessoas com deficiências, podendo contribuir para compreender as representações positivas e negativas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de tema relevante e de interesse social

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão em acordo com as exigências do CEP

Recomendações:

Enviar relatório final ao CEP após término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1347118.pdf	06/05/2019 14:32:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_2.pdf	06/05/2019 14:30:56	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (continuação)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 3.332.823

Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	06/05/2019 14:30:56	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	06/05/2019 14:30:37	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	02/05/2019 15:02:18	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_3.pdf	02/05/2019 14:57:11	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Outros	CONCORDANCIA_2.pdf	02/05/2019 14:56:56	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Outros	CONDORDANCIA_1.pdf	02/05/2019 14:56:43	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	02/05/2019 14:51:54	Viviane Braga Lima Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 17 de Maio de 2019

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com

2 PCATool – BRASIL VERSÃO CRIANÇA

2.1 Descrição do Instrumento

É composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Os itens do componente “Primeiro Contato - Utilização” e do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido a sua importância conceitual, esses itens foram mantidos no PCATool-Brasil versão Criança, assim como o item D1 do componente Longitudinalidade.

O PCATool-Brasil versão Criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança. A pergunta a seguir pode ser utilizada para identificar este cuidador: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde do(a).....(nome da criança)”?

2.2 Instrumento PCATool-Brasil versão Criança

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou do familiar / cuidador da criança na Unidade de Saúde em seguir com a entrevista;
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se a criança em questão é elegível para seu estudo/ avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo / avaliação). Identificar o nome da criança e, a partir de então, usar sempre o nome dela como referência;
- 3 - Identificar o / a responsável pela criança (cuidador) que deve responder o PCATool-Brasil. Use, por exemplo, a pergunta: "Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento de saúde da criança?", identificando o parentesco da mesma com a criança;
- 4 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário;
- 5 - Seguir com a entrevista.

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
PCATool - Brasil versão Criança	
A - GRAU DE AFILIAÇÃO	
A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você <u>geralmente leva</u> o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim (Por favor, dê o nome e endereço)	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____	
Endereço: _____	
A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima	
<input type="checkbox"/> Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____	
Endereço: _____	
A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é <u>mais responsável</u> pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim, mesmo que A1 & A2 acima	
<input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A1 somente	
<input type="checkbox"/> Sim, o mesmo que A2 somente	
<input type="checkbox"/> Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço)	
Nome do profissional ou serviço de saúde: _____	
Endereço: _____	
Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO	
AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:	
– Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).	
– Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).	
– Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).	
A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____	
Esclareça ao entrevistado que:	
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):	
A5 - _____	
("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a Seção B)	

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C1 - Quando o (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no(a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - É fácil marcar hora para uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA ("consulta de rotina") no(a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando você chega no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para que sua criança consulte com o médico/enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando você pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Quando o "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança D - LONGITUDINALIDADE Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende sua criança todas as vezes?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o "médico/enfermeiro" que melhor conhece sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Você acha que o "médico/enfermeiro" da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - O(a) "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O (a) "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para você falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O "médico/enfermeiro" conhece sua criança mais como pessoa que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O (a) "médico/enfermeiro" conhece a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

Continuação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança					
E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O (a) "médico/enfermeiro" da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O "médico/enfermeiro" de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você leva sua criança no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você leva sua criança no (a) "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro", o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no "nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i> A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro...””)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

<p style="text-align: center;">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança</p> <p style="text-align: center;">H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS</p> <p style="text-align: center;"><i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i></p> <p>“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu “médico/enfermeiro”, algum destes assuntos foram conversados com você?”</p> <p><u>Em consultas</u> ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)</p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu/ sua “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Criança J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas?					
J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

2.3 Instruções para Elucidar Dúvidas Quanto ao Significado de Alguns Itens

Ao entrevistar o familiar/cuidador sempre substitua “sua criança” pelo NOME da criança.

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

Os itens sobre afiliação visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado.

Essa é uma parte crucial do instrumento, pois é onde o entrevistado identificará o serviço de saúde, preferencialmente, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

Não se esqueça de anotar os endereços e de informar ao entrevistado que, dali em diante, todos os itens se referirão ao serviço de saúde/profissional identificado. Isso deve ser lembrado sempre ao longo da entrevista, principalmente nos casos onde serão mencionados mais de um serviço/profissional na introdução dos itens.

A1. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente leva o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa algum conselho sobre a saúde dele(a)?

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e o endereço do local no campo apropriado. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

Esse item refere-se ao médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é a referência principal para o cuidado da saúde da criança avaliada.

A2. Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que conhece melhor o/a _____ (nome da criança) como pessoa? (Não leia as alternativas.)

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o do item A1.

Trata-se do relacionamento pessoal da criança com o médico/enfermeiro/serviço de saúde, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida da criança, além das questões de saúde.

A3. Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)? (Não leia as alternativas.)

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o dos itens A1 e A2.

Trata-se do principal médico/serviço responsável pelo atendimento da criança.

Caso o entrevistado tenha respondido não a todos os três itens, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde ele consultou e faça o resto do instrumento a respeito deste médico/enfermeiro ou serviço de saúde.

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

Informação fundamental

Após esses itens você deve saber identificar o serviço de saúde/profissional que será avaliado ao longo de todo o PCATool-Brasil. Ao entrevistar sempre que aparecer “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” substitua preferencialmente pelo nome do serviço de saúde indicado pelo entrevistado nos itens A1-A3, ou pelo nome do médico ou enfermeiro identificado, caso o entrevistado não saiba identificar o nome do serviço de saúde ou o item se refira explicitamente ao “nome do médico / enfermeiro”.

O objetivo principal do PCATool-Brasil é avaliar o serviço de saúde identificado no item A5, não somente o profissional de saúde de referência.

Sempre substitua “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” pelo NOME do serviço de saúde

Sempre substitua “médico / enfermeiro” por Dr. “Nome do médico” ou EnF. “Nome do Enfermeiro”.

Informações Gerais para os Componentes B ao J

Para todos os itens dos componentes B ao J deve ser utilizado o Cartão Resposta (Anexo 3).

No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

As palavras ou conceitos escritos entre parênteses só devem ser lidos caso o entrevistado não tenha entendido o item na sua primeira leitura. Ao repetir um item para facilitar o entendimento do entrevistado, leia também as palavras escritas entre parênteses.

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão (“consulta de rotina”), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Avalia se o médico/enfermeiro é o primeiro a ser procurado para uma consulta de revisão da criança.

B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Este item busca definir se o serviço referido é o primeiro local que o cuidador procuraria caso a criança possuía um problema de saúde que ainda não havia se apresentado.

B3 - Quando sua criança tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” tem que encaminhá-la obrigatoriamente?

Este item busca conhecer se o serviço referido é o único meio de encaminhamento para um especialista.

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1. Quando o (a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” está aberto e sua criança fica doente, alguém deste serviço de saúde a atende no mesmo dia?

Caso o entrevistado responda que deve chegar cedo para conseguir “ficha” para o mesmo dia, insista nas respostas do Cartão.

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

C2. Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para conseguir uma consulta no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro”?

Caso o entrevistado responda “Sim” busque enfatizar a resposta de acordo com a periodicidade que isso ocorre.

C3. É fácil conseguir uma consulta de REVISÃO DA CRIANÇA (“consulta de rotina”) no(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro”?

Deseja-se saber sobre a consulta de puericultura (Crescimento e Desenvolvimento). A consulta onde se mede e pesa a criança, para mantê-la saudável. Não é a consulta de retorno para reavaliação de um problema de saúde.

C4. Quando você chega no “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos antes que sua criança seja vista pelo médico ou pelo enfermeiro dentro do consultório?

O objetivo deste item é avaliar o tempo gasto até a criança ser atendida. Então, a triagem antes da consulta não é contada como atendimento.

C6. Quando o “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

Conselho dado por telefone pela equipe de saúde que a criança do entrevistado utiliza.

D – LONGITUDINALIDADE

D6 - Você se sente à vontade contando as preocupações ou problemas relacionados a sua criança ao seu “médico / enfermeiro”?

O entrevistado apresenta-se confortável para se expressar nas consultas.

E – COORDENAÇÃO - Integração de Cuidados

O item E1 servirá de referência para os demais itens deste bloco (E2-E6).

Para os itens E2, E3, E4, E5 e E6 deve ser utilizado o Cartão Resposta.

E1 - Sua criança teve alguma vez uma consulta com um especialista ou algum serviço especializado?

Caso a criança do entrevistado não tenha consultado com um especialista ou o entrevistado não se lembre, os demais itens não devem ser perguntados e o entrevistador deve passar para o item F1, deixando os itens E2 a E6 em branco.

E3 - O (a) “médico/ enfermeiro” da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?

O item deve ser respondido como “não sei” caso a criança ainda não tenha regressado ao profissional/serviço depois da consulta com o especialista. Mesmo procedimento se aplica aos itens E4, E5, E6.

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

G – INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Saliente que esses itens não se referem especificamente à criança escolhida para a entrevista. Esses itens são sobre toda a experiência do entrevistado com o serviço de saúde. Não necessariamente a criança deve ter recebido esses serviços, mas o entrevistado deve saber sobre a disponibilidade desses serviços.

Estas ações / procedimentos / orientações referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO no serviço de saúde avaliado. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no serviço de saúde avaliado.

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para a criança no serviço de saúde em avaliação. Assim, os itens se referem ao serviço onde ela é atendida, mesmo se o provedor de atenção primária identificado se tratar de um profissional de saúde ao invés de um serviço.

Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que ele souber que são oferecidos, mesmo que a própria criança ainda não tenha precisado desses procedimentos. A mesma orientação se aplica, por exemplo, para “planejamento familiar”, que não são oferecidos às crianças, mas o entrevistado sabe que tal atendimento é prestado a si próprio, ou sua irmã ou vizinha no mesmo local onde ele próprio é atendido. Assim, ao ler o enunciado da sessão, saliente ao entrevistado que os itens se referem “a sua criança, a ele, à sua família ou às pessoas em geral que utilizam o serviço”.

O enunciado deve ser repetido a cada três ou quatro itens, salientando se a ação está disponível.

“A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento”

Para cada um desses serviços/orientações, por favor, indique se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” o mesmo está disponível.”

G4 - No(a) “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” tem programa de suplementação nutricional (ex. leite e alimentos).

O serviço oferece programa de suplementação nutricional, como, por exemplo, “programa do leite”.

G5 - Aconselhamento ou tratamento para alcoolismo ou uso de drogas

O serviço oferece esse aconselhamento, mesmo que nunca tenha sido utilizado pelos membros dessa família.

H – INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Leia a introdução do item ao entrevistado. O objetivo dessa série de itens é saber se em consulta o entrevistado já foi abordado sobre esses assuntos em relação a sua criança.

“Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde da sua criança. Quero que você me diga se nas consultas ao seu “médico / enfermeiro”, algum destes assuntos foram conversados com você?”

A cada item acrescente antes: “Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você?”

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

I1 - O seu / sua “médico / enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?

O cuidador tem participação na escolha do tratamento e do cuidado da criança.

I2 - O seu / sua “médico / enfermeiro” já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança?

Foi perguntado em consulta sobre outras doenças que ocorrem na família como diabetes, hipertensão ou outras doenças de influência genética.

I – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J1 - Alguém do “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” faz visitas domiciliares?

Algum profissional de saúde do serviço referido faz visitas nas casas.

J2 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?

O serviço de saúde conhece os principais problemas da área em que o entrevistado mora.

O entrevistador deve ler o seguinte enunciado antes dos itens J3 e J4:

A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” realiza alguma destas?

J3 - Faz levantamento de problemas de saúde da comunidade nas casas?

O objetivo desse item é conhecer se são realizadas pesquisas nas casas para reconhecimento dos problemas da comunidade.

J4 - Convida membros da família a participar do conselho de saúde?

O objetivo desse item é conhecer se há participação / integração da comunidade no conselho de saúde local.

2.4 Cálculo dos Escores – PCATool versão Criança

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C2, C4, C5 e D10 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para AP5. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei / não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Grau de Afiliação - componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:
 $A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:
 $A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:
 $A1 = A2$ ou $A1=A3$ ou $A2=A3$ e iguais a SIM, então Grau de Afiliação = 3
- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:
 $A1 = A2 = A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4

Acesso de Primeiro Contato - O atributo é formado por 2 componentes.

Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Score = $(B1 + B2 + B3) / 3$

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5 e C6.

Os itens C2, C4 e C5 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores destes 3 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6) / 6$$

Longitudinalidade (D):

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14

O item D10 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão de Valores, página 30). Após inversão dos valores de D10, o escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$$

Coordenação - O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E):

Itens = E2, E3, E4, E5 e E6.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio. O item E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6) / 5$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes.

Integralidade - Serviços Disponíveis (G):

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9) / 9$$

Integralidade - Serviços Prestados (H):

Itens: H1, H2, H3, H4 e H5

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5) / 5$$

ANEXO D – PCATool – Brasil versão criança (continuação)

Orientação Familiar (I):

Itens = I1, I2, I3

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

Orientação Comunitária (II):

Itens: J1, J2, J3, J4

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4) / 4$$

Transformação da Escala

Para transformar os escores de cada atributo ou componente em uma escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

$$\text{Ou Seja:} \quad \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Escore Essencial de APS

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Soma dos Componentes dos Atributos / número de componentes

$$(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral de APS

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) somado aos atributos derivados dividido pelo número total de componentes.

Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados / número total de componentes.

$$(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 30 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS para este entrevistado.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.

3 PCATool – BRASIL VERSÃO ADULTO

3.1 Descrição do Instrumento

A versão validada do PCATool do Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS.

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).
4. Longitudinalidade (D). Constituída por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3)
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22)
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 13 itens para mulheres (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13) e 11 itens para homens (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2, I3)
10. Orientação Comunitária (J) – constituída por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5, J6).

Os itens do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido sua importância conceitual, estes itens foram mantidos no PCATool Brasil versão Adulto.

3.2 Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto

1º momento: Apresentação do entrevistador e dos objetivos do estudo / avaliação.

ITENS INTRODUTÓRIOS

Nesta seção, você deve:

- 1 - Verificar disponibilidade da pessoa que lhe atende no domicílio ou no serviço de saúde em seguir com a entrevista.
- 2 - Identificar, de acordo com seus objetivos de pesquisa / avaliação, se o adulto em questão é elegível para seu estudo/avaliação (aplicação dos critérios de inclusão e exclusão do seu estudo/avaliação).
- 3 - Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso necessário.
- 4 - Seguir com entrevista.

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
A - GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A2 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Não
 Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

A3 - Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não
 Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 Sim, o mesmo que A1 somente.
 Sim, o mesmo que A2 somente.
 Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____
Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/ enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez: _____

Esclareça ao entrevistado que:
A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):
A5 - _____
(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto					
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Continuação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto D - LONGITUDINALIDADE <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 - Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você acha que o seu "médico/enfermeiro" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - O seu "médico/enfermeiro" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4 - Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5 - O seu "médico/enfermeiro" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7 - O seu "médico/enfermeiro" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9 - O seu "médico/enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O seu "médico/enfermeiro" conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Continuação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D11 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12 - O seu "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13 - O seu "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto					
E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS					
E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Passe para a questão F1) <input type="checkbox"/> Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)					
<i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - O seu "médico/enfermeiro" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - O seu "médico / enfermeiro" ou alguém que trabalha no / com "nome do serviço de saúde" ajudou-o / a a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Continua...					

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Continuação					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E8 - Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i> A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: <i>(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Avaliação da saúde bucal (Exame dentário).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Continua...

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Continuação

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Adulto
G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G14 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15 - Remoção de verrugas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”.					
Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens).					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1- Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6 - Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7 - Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9 - Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

<p style="text-align: center;">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto</p> <p style="text-align: center;">I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR</p> <p style="text-align: center;"><i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i></p> <p style="text-align: center;">As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.</p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J3 - O seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?					
J4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J6 - Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

3.3 Instruções para Elucidar Dúvidas Quanto ao Significado de Alguns Itens

A - GRAU DE AFILIAÇÃO

Itens sobre afiliação visam identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado.

Esta é uma parte crucial do instrumento, pois é onde o entrevistado identificará o serviço de saúde, preferencialmente, ou o profissional de saúde (médico/enfermeiro) sobre o qual versará todo o restante do instrumento.

Não se esqueça de anotar os endereços e de informar ao entrevistado que, dali em diante, todos os itens se referirão ao serviço de saúde/profissional identificado. Isso deve ser lembrado sempre ao longo da entrevista, principalmente nos casos onde foram mencionados mais de um serviço/profissional na introdução dos itens.

A1 - Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde.

Trata-se do médico/enfermeiro ou serviço que serve como referência principal para o cuidado da saúde do adulto entrevistado.

A2 - Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o do item A1.

Trata-se do relacionamento pessoal do entrevistado com seu médico/enfermeiro/serviço de saúde, caracterizado pelo conhecimento de outros aspectos de vida do entrevistado, além das questões de saúde.

A3 - Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Anote SIM ou NÃO.

Se a resposta for SIM, escreva o nome do médico / enfermeiro e a descrição do local no campo endereço. Estes dados devem permitir a perfeita identificação do serviço de saúde, permitindo relacionar este local com o dos itens A1 e A2.

Trata-se do principal médico/serviço responsável pelo atendimento do entrevistado.

Caso o entrevistado tenha respondido não a todos os três itens, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde ele consultou e faça o resto do instrumento a respeito deste médico/enfermeiro ou serviço de saúde.

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Informação fundamental

Após esses itens você deve saber identificar o serviço de saúde / profissional que será avaliado ao longo de todo o PCATool-Brasil. Ao entrevistar sempre que aparecer “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” substitua preferencialmente pelo nome do serviço de saúde indicado pelo entrevistado nos itens A1-A3, ou pelo nome do médico ou enfermeiro identificado, caso o entrevistado não saiba identificar o nome do serviço de saúde ou o item se refira explicitamente ao “nome do médico / enfermeiro”.

O objetivo principal do PCATool-Brasil é avaliar o serviço de saúde identificado no item A5, não somente o profissional de saúde de referência.

Sempre substitua “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” pelo NOME do serviço de saúde.

Sempre substitua “médico/enfermeiro” por Dr. “Nome do médico” ou Enf^o. “Nome do Enfermeiro”.

Informações Gerais para os Componentes B ao J

Para todos os itens dos componentes B ao J deve ser utilizado o Cartão Resposta (Anexo 3).

No início do instrumento, leia as alternativas indicando-as no Cartão de Resposta, para que o entrevistado se habitue. Caso o entrevistado responda de outra maneira, repita as alternativas possíveis.

As palavras ou conceitos escritos entre parênteses só devem ser lidos caso o entrevistado não tenha entendido o item na sua primeira leitura. Ao repetir um item para facilitar o entendimento do entrevistado, leia também as palavras escritas entre parênteses.

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO

B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Busca avaliar se o médico / enfermeiro é o primeiro a ser procurado para um consulta de revisão.

B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?

Esse item busca definir se o serviço referido é o primeiro local que o entrevistado procuraria caso possuía um problema de saúde que ainda não havia se apresentado ou novo episódio de um problema crônico / continuado.

B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?

Esse item busca conhecer se o serviço em avaliação é o único meio de encaminhamento para um especialista ou serviço especializado.

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

C3 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade quando eles têm doença aguda ou agudização de um problema crônico.

C4 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

Esse item busca captar a capacidade do serviço de saúde em atender com agilidade por telefone seus usuários quando eles têm doença aguda, agudização de um problema crônico ou dúvidas quanto a sua situação de saúde/tratamentos.

C5 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

Este item busca definir se o serviço possui um meio de comunicação quando este serviço está fechado, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

C6 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante o final de semana, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

C7 - Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?

Este item busca definir se o médico/enfermeiro ou alguém do serviço em avaliação atenderia o paciente durante a noite, não incluindo outros serviços que o entrevistado possa acessar.

C9 - Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

O objetivo desse item é avaliar o tempo gasto, na sala de espera, até o paciente ser atendido em consulta pelo médico ou enfermeiro. Então, o acolhimento / a triagem antes da consulta não é contada como atendimento.

D – LONGITUDINALIDADE

D6 - Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao “médico/enfermeiro”?

O paciente apresenta-se confortável para se expressar nas consultas.

D7 - O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como *pessoa* do que somente como alguém com um problema de saúde?

Esse item visa avaliar se o médico ou enfermeiro tem um conhecimento amplo, integral, da realidade biopsicossocial do usuário ou se o conhecimento do profissional de saúde se resume ao reconhecimento das doenças dos usuários (biomédico).

E – COORDENAÇÃO – Integração de Cuidados

Solicitar que o entrevistador utilize o Cartão Respostas (Anexo 3) para indicar a melhor alternativa que responda os itens E2 até E9.

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Os itens E2 até E9 referem-se ao item E1, ou seja, à última consulta com especialista ou último serviço especializado acessado.

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

O item se refere a consulta com um especialista diferente do médico referido como principal prestador de serviço. Caso a resposta seja não ou não sei/ não lembro passe para o item F1.

E7 - O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como “não sei”.

E8 - Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como “não sei”.

E9 - O seu “nome do médico / enfermeiro / local” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?

Caso o paciente ainda não tenha regressado ao profissional/serviço identificado depois da consulta com o especialista no momento da entrevista, o item deve ser respondido como “não sei”.

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Saliente que esses itens não se referem especificamente ao entrevistado. Estes itens são sobre toda a experiência do entrevistado com o serviço de saúde. Não necessariamente ele deve ter recebido estes serviços, mas o entrevistado deve sim saber ou não sobre sua disponibilidade.

Estas ações / procedimentos / orientações referem-se obrigatoriamente ao que é EXECUTADO no serviço de saúde avaliado. Exemplo: avaliações visuais feitas através de encaminhamento a um oftalmologista que trabalha em outro local, NÃO são serviços disponíveis no serviço de saúde avaliado.

Nesta parte do instrumento, há uma série de itens referentes a serviços que podem ou não estar disponíveis para o entrevistado no serviço de saúde em avaliação onde lhe é provida a atenção primária. Assim, os itens se referem ao serviço onde ele é atendido, mesmo se o provedor de atenção primária identificado se tratar de um profissional de saúde ao invés de um serviço.

Além disso, salienta-se ao entrevistado que os procedimentos devem ser considerados como disponíveis sempre que ele souber que são oferecidos, mesmo que ele próprio ainda não tenha precisado desses procedimentos. A mesma orientação se aplica, por exemplo, caso o entrevistado seja homem e não necessite de “exame preventivo para câncer de colo de útero”, mas sabe que tal atendimento é prestado a sua mulher no mesmo local onde ele próprio é atendido. Assim, ao ler o enunciado da sessão, saliente ao entrevistado que os itens se referem “a ele, à sua família ou às pessoas em geral que utilizam o serviço”.

O enunciado deve ser repetido a cada três ou quatro itens, salientando se o procedimento /ação ou orientação em saúde está disponível.

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

“A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico / enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: “

G20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

Só leia o exemplo caso o entrevistado não entenda o item.

G22 - Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

Só leia o exemplo caso o entrevistado não entenda o item.

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Os itens desse componente visam identificar se esses assuntos foram abordados com o entrevistado em alguma consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” em avaliação. Por isso, é importante repetir o enunciado a cada três ou quatro itens, enfatizando se o assunto foi abordado em consulta. Utilize o Cartão Resposta (Anexo 3) para as respostas.

Os itens H12 e H13 só devem ser lidos para mulheres. Deixar em branco se o entrevistado for do sexo masculino. Se o entrevistado for do sexo masculino, estes 2 itens não serão pontuados no escore de Integralidade – Serviços Prestados.

“Em consultas ao “nome do médico/enfermeiro/local”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?”

H12 - Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis.

Só deve ser lida para mulheres.

H13 - Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa

Só deve ser lida para mulheres.

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

I1 - O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?

O entrevistado participa das decisões de seu tratamento ou de seus familiares.

I2 - O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc...)?

São abordadas em consulta doenças que podem ter componente familiar, como problemas de saúde mental ou doenças de influência genética. Ler os exemplos somente se o entrevistado não entender o item na primeira leitura.

I - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

J2 - O seu *“nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”* conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

J3 - O seu *“nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”* ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?

Nos itens J2 e J3 o objetivo é avaliar se os profissionais do serviço de saúde reconhecem os problemas de saúde da comunidade e se estimula a participação da comunidade no planejamento das ações.

J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?

J6. Convida você e sua família para participar de Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)?

Nos itens J4, J5 e J6 o objetivo é analisar de que forma o serviço de saúde reconhece os problemas de saúde da comunidade e de que forma estimula a participação da mesma.

3.4 Cálculo dos Escores – PCATool versão Adulto

Como você observou ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para isso, siga os passos descritos abaixo.

1º Passo. Inversão dos Valores

Os itens C9, C10, C11, C12 e D14 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4).

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (“B” a “J”), não calcule o escore deste componente para este entrevistado. O escore deste componente para este entrevistado ficará em branco (“missing”) no banco de dados.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“missing”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, transforme o valor “9” para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

Grau de Afiliação - componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Itens = A1, A2, A3

O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo:

Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:
A1 = A2 = A3 = 0, então Grau de Afiliação = 1.
- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:
A1 ≠ A2 ≠ A3 ≠ 0, então Grau de Afiliação = 2
- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:
A1 = A2 ou A1=A3 ou A2=A3 e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3
- Todas as respostas SIM:
A1 = A2 = A3 = 1, então Grau de Afiliação = 4

Acesso de Primeiro Contato - O atributo é formado por 2 componentes

Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):

Itens = B1, B2 e B3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):

Itens = C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12.

Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores). Após a inversão dos valores destes 4 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$$

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Longitudinalidade (D):

Itens = D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14.

O item D14 tem o valor invertido (Veja 1º Passo: Inversão dos Valores). Após a inversão do valor deste item, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (D1 + D2 + D3 + D4 + D5 + D6 + D7 + D8 + D9 + D10 + D11 + D12 + D13 + D14) / 14$$

Coordenação: O atributo é formado por 2 componentes.

Coordenação - Integração de Cuidados (E): Apresenta 8 itens, pois E1 não deve entrar no cálculo do escore por se tratar de um item descritivo.

Variáveis = E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (E2 + E3 + E4 + E5 + E6 + E7 + E8 + E9) / 8$$

Coordenação - Sistema de Informações (F):

Itens = F1, F2 e F3

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (F1 + F2 + F3) / 3$$

Integralidade - O atributo é formado por 2 componentes

Serviços Disponíveis (G):

Itens = G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (G1 + G2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G7 + G8 + G9 + G10 + G11 + G12 + G13 + G14 + G15 + G16 + G17 + G18 + G19 + G20 + G21 + G22) / 22$$

Serviços Prestados (H):

Variáveis = H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13.

O escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

Os itens H12 e H13 não devem ser aplicados para homens, portanto nesse componente o escore deve ser medido sem as somas destes itens quando o entrevistado for do sexo masculino. Para obter o escore deste componente deve-se calculá-lo separadamente para entrevistados do sexo feminino e masculino

Sexo Feminino (HF):

$$\text{Escore HF} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11 + H12 + H13) / 13$$

Sexo Masculino (HM)

$$\text{Escore HM} = (H1 + H2 + H3 + H4 + H5 + H6 + H7 + H8 + H9 + H10 + H11) / 11$$

ANEXO E – PCATool – Brasil versão adulto (continuação)

Orientação Familiar (I)

Itens = I1, I2 e I3

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (I1 + I2 + I3) / 3$$

Orientação Comunitária (J):

Itens: J1, J2, J3, J4, J5 e J6.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (J1 + J2 + J3 + J4 + J5 + J6) / 6$$

Transformação dos Escores

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula:

[escore obtido - 1 (valor mínimo)] \times 10 / 4 (valor máximo) - 1 (valor mínimo).

Ou Seja:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Escore Essencial

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação) / número de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) / 8$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) / 8$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou mais componentes essenciais (ver página 55 - 2º passo), não calcule o Escore Essencial da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 3 ou menos dos componentes essenciais, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Essencial da APS.

Escore Geral

O escore geral é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10$

Para cada entrevistado, caso não tenha sido possível calcular o escore em 5 ou mais componentes (ver página 55 - 2º passo), não calcule o Escore Geral da APS.

Caso não tenha sido possível calcular o escore em 4 ou menos dos componentes, calcule a média dos componentes restantes para calcular o Escore Geral da APS.