



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS - UFT
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

LARLLA VERUSKA ARRATES PIRES TOZZATTI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA
ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

PALMAS - TO

2023

LARLLA VERUSKA ARRATES PIRES TOZZATTI

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA
ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Ensino em Ciências e Saúde como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Tocantins.

Orientador: Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

PALMAS - TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

T757a Tozzatti, Larília Veruska Arantes Pires.
Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde prestada às pessoas com deficiência. / Larília Veruska Arantes Pires Tozzatti. – Palmas, TO, 2023.
83 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins –
Campus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ensino em Ciências e Saúde, 2023.

Orientador: Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

1. Portadores de deficiência. 2. Estratégia de saúde da família. 3. Atenção
primária. 4. PCATool I. Título

CDD 372.35

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

LARLLA VERUSKA ARRATES PIRES TOZZATTI

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA ÀS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós graduação em Ensino em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Tocantins – TO. Foi avaliada para obtenção do título de mestre em Ensino em Ciências e Saúde, e aprovado em sua forma final pelo orientador e pela Banca Orientadora.

Data da aprovação ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma – UFT (Orientador)

Prof. Dr. Ladislau Ribeiro do Nascimento – UFT (Examinador Interno)

Prof. Dra. Ana Kleiber Pessoa Borges – UFT (Examinadora Externo)

Prof. Dr. Francisco Winter dos Santos Figueiredo – FMABC (Examinador Externo)

Prof. Dr. Luiz Sinésio Neto – UFT (Suplente)

Palmas – TO/2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que possam encontrar auxílio nesta pesquisa, seja aos executores da atenção primária, seja à pessoa com deficiência e/os seus cuidadores que utilizam essa rede de cuidados.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conduzir até aqui, me mantendo firme na caminhada mesmo diante de muitos obstáculos, fortalecendo a minha fé e cuidando dos meus.

Aos Meus: esposo, filhos e pais, que me estimularam desde o primeiro momento até o dia da defesa. Que estiveram presente nos momentos de dúvidas, desânimo, medo; mas aplaudiram cada conquista e término das fases propostas.

*Ao orientador e amigo **Fernando Quaresma**, ele foi além da idealização de um projeto e pesquisas, acreditou em mim quando nem eu mais achava que era possível. Desacelerou comigo quando precisei de um tempo, e na hora de voltar estava pronto para continuar. Me ensinou o que não se aprende nas aulas, mas que devemos aplicar na vida.*

RESUMO

Estima-se que aproximadamente 25 % da população brasileira com idade maior que 2 anos apresenta alguma forma de deficiência, o que representa um total de 45,6 milhões de brasileiros. Logo, podemos destacar a atenção primária à saúde, porta de entrada prioritária dos serviços de saúde e tem a grande responsabilidade de garantir a qualidade, integridade, universalidade e consequentemente a equidade da assistência da população com deficiência. Assim, devido à escassez de estudos sobre pessoas com deficiência, ao histórico de desenvolvimento de serviços especializados para sua atenção, evidencia-se a importância de estudos relacionados aos usuários com deficiências na APS. Portanto, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) oferecidos as pessoas com deficiência e/ou seus cuidadores no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO, por meio do método de análise *Primary Care Assessment Tool* – PCATool/Brasil. Participaram deste estudo 52 participantes, dentre eles 43 são adultos portadores de alguma deficiência e 9 são crianças com deficiência que era incapaz de responder os formulários devido à falta de capacidade em compreender, expressar e interpretar os documentos apresentados. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0. A análise sociodemográfica revela que a maioria dos participantes é do sexo masculino, com idades entre 31 e 50 anos, pardos, solteiros com residências próprias, com percentuais de 51,92%, 65,38%, 61,53% e 82,69%, respectivamente. Ao avaliar os dados de forma qualitativa, os seguintes itens foram considerados satisfatórios: Acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade); Coordenação da atenção (Sistema de informação) e Orientação familiar. Por outro lado, foram considerados insatisfatórios: Grau de afiliação; Longitudinalidade; Coordenação da atenção (Integração de cuidados); Integralidade (Serviços disponíveis e prestados), e Orientação Comunitária. Indicando que os serviços oferecidos tem atendido parcialmente às expectativas e necessidades de atenção dos usuários, sugerindo que o serviço prestado serve como um ponto de referência para eles, atendendo às suas solicitações e necessidades de cuidado. No entanto, é importante ressaltar que as qualificações gerais e fundamentais apontam para uma grande margem de melhoria na prestação de atendimento por meio dos serviços analisados.

Palavras chaves: Portadores de deficiência; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária; PCATool.

ABSTRACT

It is estimated that approximately 25% of the Brazilian population over the age of 2 years has some form of disability, which represents a total of 45.6 million Brazilians. Therefore, we can highlight primary health care, the priority gateway to health services and has the great responsibility of guaranteeing the quality, integrity, universality and consequently the equity of care for the population with disabilities. Thus, due to the scarcity of studies on people with disabilities, the history of development of specialized services for their care, the importance of studies related to users with disabilities in PHC is evident. Therefore, the objective of this study is to evaluate the quality of Primary Health Care (PHC) services offered to people with disabilities and/or their caregivers in the municipality of Dois Irmãos do Tocantins – TO, using the Primary Care Assessment Tool analysis method. – PCATool/Brazil. 52 participants participated in this study, among them 43 were adults with a disability and 9 were children with disabilities who were unable to respond to the forms due to a lack of ability to understand, express and interpret the documents presented. Data analysis was carried out with the help of the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 21.0. The sociodemographic analysis reveals that the majority of participants are male, aged between 31 and 50 years old, mixed race, single with their own homes, with percentages of 51.92%, 65.38%, 61.53% and 82.69 %, respectively. When evaluating the data qualitatively, the following items were considered satisfactory: First contact access (use and accessibility); Coordination of care (Information system) and Family guidance. On the other hand, the following were considered unsatisfactory: Degree of affiliation; Longitudinality; Coordination of care (Integration of care); Comprehensiveness (Services available and provided), and Community Guidance. Indicating that the services offered have partially met the expectations and care needs of users, suggesting that the service provided serves as a point of reference for them, meeting their requests and care needs. However, it is important to highlight that the general and fundamental qualifications point to a large margin of improvement in the provision of care through the services analyzed.

Keywords: Disabled people; Family Health Strategy; Primary attention; PCATool.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Rede de cuidados a saúde da pessoa portadora de deficiência (PCD)	17
Figura 2. Localização geográfica do município de Dois Irmãos do Tocantins	27
Figura 3. Ações de prevenção contra o novo coronavírus.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tamanhos de amostra para entrevistas com participantes segundo regiões, Dois Irmãos/TO, 2022.....	28
Tabela 2. Possíveis Riscos e ações de precaução/prevenção para minimização da pesquisa com os profissionais e de acesso ao banco	33
Tabela 3. Características sócio demográficas e socioeconômicas dos portadores de deficiência e responsáveis em Dois Irmãos do Tocantins.....	38
Tabela 4. Dados ocupacionais das pessoas portadoras de deficiência e responsáveis legais (cuidadores ou familiares) em Dois Irmãos do Tocantins	41
Tabela 5. Médias dos escores dos atributos e dimensões referentes à pontuação obtida pelo PCATool dos usuários com deficiência e percepção dos cuidadores em relação aos mesmos atributos	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Problema de pesquisa.....	11
1.2 Justificativa.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Pessoas com deficiência e saúde	15
3.2 Atenção primária à saúde	18
3.3 Avaliação da atenção primária à saúde.....	22
4. MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.3 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local e período do estudo	26
4.3 População e amostragem	27
4.3.1 Pessoas com Deficiência e/ou cuidadores e profissionais de saúde das UBS	27
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	28
4.4.1 Critérios de inclusão	28
4.4.2 Critérios de exclusão	28
4.5 Instrumentos e procedimento de coleta	29
4.5.1 Pessoas com Deficiência e/ou cuidadores	29
4.6 Procedimento de Coleta	29
4.6.1 Entrevista individual <i>online</i>	30
4.6.2 Entrevista individual presencial.....	31
4.7 Análise dos dados.....	31
4.8 Aspectos Éticos.....	32
4.8.1 Riscos	32
4.8.2 Entrevista individual presencial.....	32
4.8.3 Entrevista individual online.....	33
4.9 Benefícios.....	34
4.10 Garantias éticas aos participantes da pesquisa.....	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	36
5.1 Dados sociodemográficos	36
5.2 Dados ocupacionais	39
5.3 Avaliação da Atenção Básica pelos usuários obtidos por meio do PCATool.....	41
6. CONCLUSÕES.....	48

1. INTRODUÇÃO

Estima que aproximadamente 25 % da população brasileira com idade superior a 2 anos apresenta alguma forma de deficiência, o que representa um total de 45,6 milhões de brasileiros, destes, 27,7 milhões são mulheres (60,69 %), contra 17,9 milhões de homens (39,31 %) (PNS, 2019; IBGE, 2020). Essa população está submetida a inúmeras barreiras que impedem ou dificultam sua integração social, resultando na dificuldade de acesso a serviços essenciais como à saúde, educação, mercado de trabalho e lazer, comprometendo assim a qualidade de vida como um todo (BERNARDES; ARAÚJO, 2012). As barreiras de acessibilidade representam os principais desafios enfrentados por pessoas com deficiência, tornando a integração e inserção social mais difíceis.

Mesmo em grandes centros populacionais, onde existem políticas públicas voltadas para serviços de saúde inclusivos e melhora na qualidade de vida, ainda persistem problemas e desafios. Portanto, há uma grande necessidade de trabalhar as perspectivas assistenciais que visem a integralidade da atenção, buscando uma abordagem mais produtiva e abrangente para minimizar as situações de vulnerabilidade enfrentadas por pessoas com deficiência, muitas vezes invisíveis aos serviços de saúde e a população em geral (FRAGA; SOUSA, 2009).

A Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel fundamental como ponto de acesso aos serviços de saúde e assume a responsabilidade de garantir a qualidade, integridade, universalidade e conseqüentemente a equidade da assistência a portadores de deficiência. Para Starfield e Shi (2002), a APS é definida por características fundamentais, dentre elas, a integralidade e coordenação do cuidado, atenção centrada na família e comunidade, acesso de primeiro contato e longitudinalidade, dentre outros fatores. Esses aspectos podem ser analisados de maneira independente, meso que se correlacionem diretamente na prática clínica.

No contexto brasileiro, o desenvolvimento de serviços desse nível de atenção foi orientado por diferentes modelos, dentre eles destacam-se Ações Programáticas em Saúde (ALENCAR et al., 2014; CARNEIRO et al., 2014) e, mais recentemente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reformulação do modelo assistencial para efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

No sentido de qualidade, integridade, universalidade e equidade no cuidado aos indivíduos com deficiência, a expansão do método e conceito de APS enfrenta ainda o substancial desafio de enfrentar as transformações no perfil de morbimortalidade e nas condições socioeconômicas da população brasileira. Isso se deve ao aumento de doenças

crônicas não transmissíveis como diabetes e doenças cardiovasculares e que incluem os vários tipos de deficiências, almeja-se que a atenção primária à saúde atue como orientadora do cuidado e ordenadora da rede de serviços (BRASIL, 2012; MENEZES, 2021).

Logo, há necessidade de uma avaliação do progresso da APS para responder a estas demandas específicas direcionadas as pessoas com deficiência no Brasil. Um dos projetos mais promissores e voltado para este fim refere-se à utilização do *Primary Care Assesment Tool* (PCATool) ou ferramenta de avaliação de atenção primária, instrumento validado no país, desde 2010, pelo Ministério da Saúde como uma das estratégias para avaliação e aprimoramento dos serviços de atenção básica em saúde a pessoas com deficiência e demais grupos da sociedade, entretanto, essa ferramenta pode ser aplicada em outros segmentos sociodemográficos das demais esferas sociais (HARZHEIM et al., 2013).

O PCATool, uma ferramenta desenvolvida por Starfield, Shi e Xu (2001), voltada para a avaliação dos atributos essenciais e derivados da atenção primária em saúde e vem sendo utilizado em muitos países, demonstrando ser sensível para os objetivos a que se propõe. Nesse processo de avaliação, faz-se necessário conhecer a percepção dos usuários quanto à oferta e qualidade dos serviços prestados, o que possibilita seu aperfeiçoamento e reorientação. No entanto, identifica-se pouquíssimos estudos no Brasil que avalia a percepção de pessoas com deficiência sobre diferentes atributos da atenção primária em saúde (QUARESMA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2017).

Portanto, diante a escassez de estudos abordando as pessoas com deficiência e considerando os antecedentes de desenvolvimento de serviços especializados para esse grupo, evidencia-se a relevância de estudos relacionados aos usuários com deficiências na APS. Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária de Saúde (APS) oferecidos as pessoas com deficiência e/ou seus cuidadores no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO.

1.1 Problema de pesquisa

Ao analisar a literatura sobre a interação entre Atenção Primária em Saúde e pessoas com deficiência, percebe-se uma lacuna significativa sobre o tema. Sugerindo que há espaço para realização de diversas pesquisas e intervenções, sob diferentes abordagens.

Quando se consideram os conhecimentos sistematizados sobre o assunto, designa um amplo e complexo segmento da sociedade e inclui uma variedade de temáticas a serem debatidas em âmbito educacional, social e governamental. Ao olharmos para os pouquíssimos

trabalhos reportados na literatura especializada ($n = < 6$), tratando dessa temática percebe-se o quanto as práticas de Atenção Primária em Saúde, trouxeram benefícios para a vida desses pacientes, proporcionando bem estar físico e mental. Desta forma, a problemática que direciona esta pesquisa é: Qual a qualidade dos serviços de Atenção Primária de Saúde ofertados as pessoas com deficiência e/ou seus cuidadores no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO?

H1: A avaliação da APS em grupos de pessoas portadoras de algum tipo de deficiência com menor renda e acesso à informação em saúde apresenta piores indicadores;

H2: Os atributos essenciais e derivados oferecidos às pessoas com deficiência apresentam piores indicadores para quem tem menor acesso ao transporte, em Dois Irmãos/TO, 2022.

1.2 Justificativa

A Atenção Primária em Saúde (APS) é parte integrante e estratégica do sistema de saúde. O desenvolvimento de serviços desse nível de atenção foi guiado por diferentes modelos no Brasil; destacando-se as Ações Programáticas em Saúde e, mais recentemente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa última teve como objetivo reformular o modelo assistencial para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e abrange uma ampla gama de locais, ocorrendo no ambiente mais próximo à vida das pessoas. Devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é essencial que ela esteja alinhada com os princípios da universalidade, acessibilidade, estabelecimento de vínculo, garantia do cuidado contínuo, promoção da integralidade da atenção, responsabilidade, humanização, da equidade e da participação social (ALMEIDA et al., 2017).

Os desafios relacionados ao acesso à saúde não se restringem a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade. Diversos autores ressaltam, a relevância de qualificar o acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, econômicos, culturais e funcionalidade de oferta de serviços (STARFIELD et al., 2001; OTHERO; DALMASO, 2009; SCHULTZ et al., 2016).

Nesse contexto, a avaliação dos serviços prestados, desempenha grande importância, principalmente na Atenção Primária em Saúde que se pauta por características, tais como porta

de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde (QUARESMA, 2018).

Para compreender como o processo da APS se desenrola para a população com deficiência, este estudo propõe avaliar a qualidade da atenção primária em saúde prestada a pessoas com deficiência na cidade de Dois Irmãos, município do Estado do Tocantins. Reafirmando a utilização de tal tema, justifica-se a escolha da temática, entendendo que se faz necessário, na atualidade, a compreensão da promoção da saúde como um acréscimo da consciência política dos usuários, para sua organização perante a pessoas com deficiência correlacionados aos resultados da Atenção Primária em Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo principal deste estudo é avaliar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária de Saúde (APS), a partir da percepção de usuários portadores de deficiência e seus cuidadores, e conhecer alguns fatores relacionados à percepção dos usuários em relação aos atributos da atenção básica no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as características demográficas e socioeconômicas de moradores com deficiência e cuidadores no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO;
- Descrever os atributos da Atenção Primária em Saúde para portadores de deficiência no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO;
- Identificar a prevalência de deficiência na população de Dois Irmãos do Tocantins/TO;
- Obter dados através de coletas e entrevistas com a aplicação do PCATool;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Pessoas com deficiência e saúde

Segundo dados divulgados em 2019, estima-se que pelo menos 45 milhões de pessoas têm alguma deficiência, quase 25% da população do país (IBGE, 2019). O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo no mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade (BRASIL, 2010a). Nesse contexto, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNPD), a partir da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Esta política tem como foco a integração das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e se destaca por reconhecer a importância de abordar as complexas questões que envolvem a atenção à saúde de indivíduos com deficiência no Brasil (BRASIL, 2020).

A PNPD é resultado de mobilização e múltiplos movimentos, nacionais e internacionais, de muitos atores sociais e institucionais. A presente política do Ministério da Saúde, voltada para a inclusão de portadores de deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2010a). Assim, define tais diretrizes tem como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação e demais listados logo abaixo:

- Promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- Assistência integral à saúde da pessoa com deficiência;
- Prevenção de deficiências;
- Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- Organização e funcionamento dos serviços de atenção ao deficiente;
- Capacitação de recursos humanos.

Conforme delineado pela PNPD, a assistência a essas pessoas deve se pautar no pressuposto de que, além da necessidade do cuidado à saúde específica da sua própria condição, esses indivíduos também podem ser acometidos por doenças e agravos comuns aos demais,

necessitando, portanto, de outros serviços, além daqueles estritamente ligados à sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser a ela assegurado o atendimento em toda a rede de serviços no âmbito do SUS (MACHADO et al., 2018).

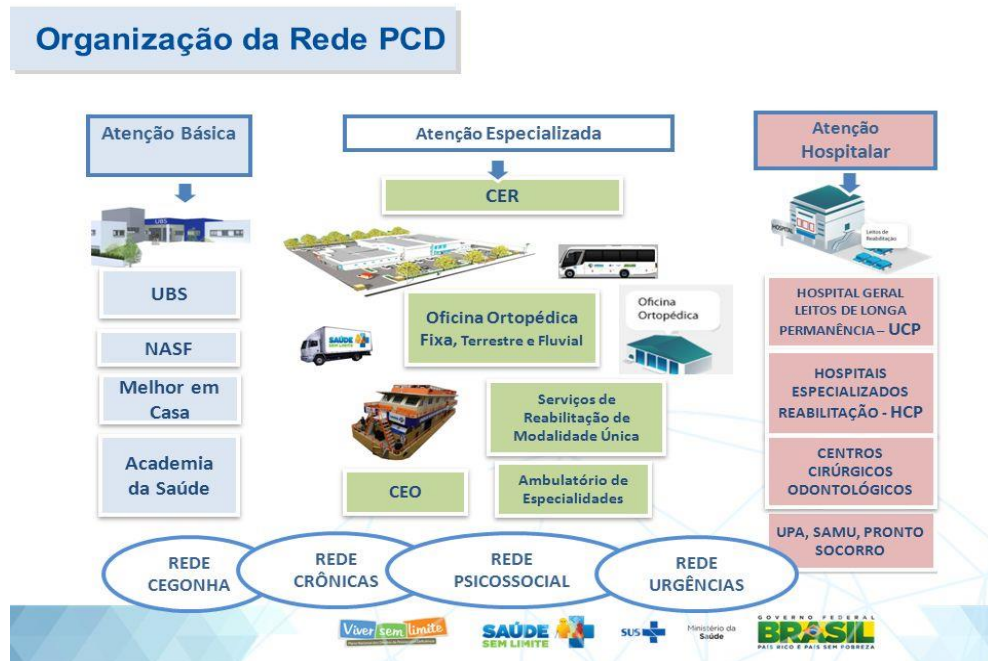
Apesar da determinação em prestar atenção integral à pessoa com deficiência, a indefinição dessa competência profissional e o não cumprimento do trabalho multiprofissional está implícito no seu descumprimento. Como resultado, os maiores perdedores foram inevitavelmente os usuários com deficiência, que ficam impedidos de agendar consultas e programas de reabilitação durante a triagem (PEREIRA; MACHADO, 2016). Nesse contexto, o decreto nº 4.279 de 2010 estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção Saúde (RAS) no contexto do SUS, dispondo sobre como a rede de cuidados à pessoa com deficiência deve ser estruturada, abrangendo a Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (BRASIL, 2012) (Figura 1). No entanto, torna-se cada vez mais evidente superar as drásticas fragmentações das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual (CASTRO et al., 2012).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS (Figura 1) (BRASIL, 2010, BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência foi estabelecida como política pública em 2012. Portanto, é compreensível que a proposta de integração entre as equipes que trabalham nos diversos pontos de atenção, ainda não esteja de fato articulada. Isso indica que essa política ainda carece de atenção e investimentos, tanto em termos de estrutura para fornecer tecnologias adequadas para o atendimento dessa população, quanto na capacitação e conhecimento dos profissionais de saúde sobre as condições específicas do grupo.

As dificuldades relatadas apresentam consequências significativas, como a escassez de materiais, equipamentos e instalações para procedimentos cirúrgicos. Ainda, a falta de profissionais odontológicos qualificados para tratamentos específicos, limita os atendimentos de alta complexidade em poucas unidades e equipes nos Centros de Especialidades Odontológicas. Causando consideráveis desafios para as pessoas com deficiência e frustrações para as famílias e equipes da Rede de Cuidados (MACHADO et al., 2018).

Figura 1. Rede de cuidados a saúde da pessoa portadora de deficiência (PCD)



Fonte: Aptadado de Dubow et al. (2018)

Logo, a rede tem o compromisso de prover necessários à pessoa com deficiência, bem como a ampliar o acesso e qualificação do atendimento na esfera do SUS. Isso implica na organização de rede e na oferta de uma atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. Além disso, é fundamental promover a ampliação da integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada, e desenvolvimento de ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (URSINE et al., 2017; SANTOS, 2017).

Para haver efeito nas políticas sociais e nos direitos civis, o Brasil incorporou a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência em 2008, posteriormente ratificada com equivalência de emenda constitucional como instrumento para gerar mais respeito aos direitos humanos (Convenção sobre os direitos..., 2012b), que as pessoas com deficiência são:

[...] aquelas que tem 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 oportunidades com as demais pessoas. (Convenção sobre os Direitos..., 2012b, p. 26).

E, ainda, o artigo 26 dessa mesma Convenção dispõe sobre a habilitação e a reabilitação e recomenda aos Estados Partes que tomem:

[...] medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio de pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida [...] de modo que programas e serviços comecem o mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes das pessoas. (Convenção sobre os direitos..., 2012b, p. 52-53).

Assim os componentes desta rede de cuidados são divididos pela caracterização da complexidade de atendimento, tais como: Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências sendo atendidas em Centros Especializados em Reabilitação (CER); Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Oficinas Ortopédicas, e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Atenção Básica com atendimento nas Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e Atenção odontológica, e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência compreendida pelo atendimento em leitos de cuidados prolongados; Centros Cirúrgicos qualificados para cuidados odontológica a pessoas com deficiência.

3.2 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o primeiro nível de atenção em saúde caracterizado por uma série de medidas, tanto a nível individual, quanto coletivo. Abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (MATTA; MOROSINI, 2009; LAVRAS, 2011).

Isso significa dizer que a APS atua como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2010). No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e alcance,

ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Existem diversas estratégias governamentais relacionadas a isso, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

Recentemente, especialmente no Brasil, a conceituação operacional da Atenção Primária à Saúde (APS) delineada por Starfield (1992) tem sido amplamente incorporada, inclusive pelo Ministério da Saúde. A partir dessa definição, torna-se possível compreender os quatro atributos essenciais dos serviços de APS (STARFIELD, 2001) destacados no quadro 1.

Quadro 1. Definições dos Atributos essenciais dos serviços de APS

Atributo	Definição
Acesso de primeiro contato	Se refere a acessibilidade de um indivíduo em utilizar o sistema de saúde como fonte de cuidado para resolver um novo problema de saúde ou um episódio subsequente do mesmo problema. Isso exclui situações de emergência médica verdadeira e urgências.
Longitudinalidade	Presença de uma fonte contínua de cuidados e a utilização dessa fonte ao longo do tempo. É essencial que a relação entre a população e sua fonte de cuidado reflita uma interação interpessoal intensa, demonstrando confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.
Integralidade	Conjunto de serviços disponíveis e prestados pela unidade de atenção primária. Incluindo ações que o serviço de saúde deve oferecer para garantir que os usuários recebam uma atenção abrangente, considerando os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença. Isso envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, adaptadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações precisem ser encaminhadas para especialidades médicas, hospitais, entre outros.
Coordenação da atenção	Pressupõe a existência de alguma forma de continuidade no atendimento, seja por parte do mesmo profissional, pelo uso de prontuários médicos, ou ambos. Além disso, envolve o reconhecimento dos problemas tratados em outros serviços e a integração desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de coordenar todos os cuidados que o paciente recebe, integrando os diferentes serviços.

Fonte: STARFIELD (2001)

Além disso, existem outras características, denominadas como atributos derivados, ou secundários, que qualificam e complementam a atuação dos serviços de APS (STARFIELD, 2001): Enquanto os atributos essenciais (Quadro 1) são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, os atributos derivados fornecem uma dimensão adicional de avaliação e aprimoramento dos serviços.

Quadro 2. Definições dos Atributos derivados dos serviços de APS

Atributo	Definição
Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar)	Implica na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, levando em consideração o contexto familiar. Isso inclui o reconhecimento do potencial de cuidado e, também, das possíveis ameaças à saúde dentro desse contexto. Pode envolver o uso de ferramentas e abordagens voltadas para a família.
Orientação comunitária	Refere-se ao reconhecimento, por parte dos serviços de saúde, das necessidades em saúde da comunidade. Isso é feito por meio da análise de dados epidemiológicos e do estabelecimento de um contato direto com a comunidade. Além disso, implica em estabelecer uma relação próxima com a comunidade, bem como em realizar o planejamento e avaliação dos serviços de forma conjunta.
Competência cultural	Esse atributo diz respeito à capacidade de adaptação dos provedores de saúde, incluindo equipes e profissionais, às características culturais específicas da população atendida. Isso é fundamental para facilitar a relação e a comunicação eficaz com os pacientes, respeitando e compreendendo a diversidade cultural presente na comunidade.

Fonte: STARFIELD (2001)

Os atributos da APS estão diretamente relacionados à prática de assistência dos serviços, porém sua avaliação pode ocorrer de forma independente. Assim, um serviço de atenção básica destinado à população em geral pode ser identificado como um fornecedor de atenção primária ao possuir os quatro atributos essenciais. Além disso, caso demonstre ainda os atributos derivados, ele amplia sua capacidade de interação com as pessoas e a comunidade. Contudo, um serviço de saúde que demonstre maior presença desses atributos, é capaz de oferecer atenção

integral, abordando aspectos biopsicossociais dos usuários. Isso o qualifica como um serviço realmente dedicado a Atenção Primária à Saúde (CARÂP, 1997; BRASIL, 2010; KEMPER, 2016).

Em meados de 2019, a Atenção Primária à Saúde passou por transformações significativas. À começar pela criação de uma Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BRASIL, 2020; REIS et al., 2019). Uma das primeiras iniciativas para ampliar o acesso à APS foi a implementação do programa "Saúde na Hora" (BRASIL, 2020), que incentivou a extensão do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde que possuem três ou mais equipes de Saúde da Família (eSF). Além disso, a SAPS apresentou uma lista de serviços prioritários (CUNHA et al., 2020), especificando os atendimentos considerados cruciais para as equipes envolvidas na Atenção Básica à Saúde.

Ainda, foram implementados estímulos financeiros para a adoção de prontuários eletrônicos, e incentivou-se financeiramente o seu uso, bem como o financiamento de novos tipos de equipes de atenção primária com jornadas de trabalho de 20 ou 30 horas. Isso também incluiu a criação do programa "Médicos Pelo Brasil" (BRASIL, 2010b; BRASIL 2020) e a revisão da estrutura da base de financiamento federal das APSs (CUNHA et al., 2020; HARZHEIM et al., 2020; KATZ et al., 2020). Tal mudança substituiu o modelo anterior, que se baseava em PAB fixo e variável, por um modelo de capitação ponderada, com remuneração baseada em desempenho e incentivos a programas específicos.

Outro ponto importante a ser considerado é o impacto da pandemia de COVID-19 na organização dos serviços de saúde. Desde o seu surgimento em 2019, o mundo tem enfrentado desafios sem precedentes no âmbito da saúde pública. A resposta global à pandemia exigiu adaptações expressivas na forma como a assistência é prestada, com uma ênfase renovada na importância da Atenção Primária à Saúde como um pilar fundamental no enfrentamento de crises de saúde pública. Nesse contexto, a evolução das políticas e estratégias na APS tornou-se ainda mais crucial para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população.

Entretanto, tais desafios se agigantam e repercutem nos dias atuais, diante do cenário político institucional, tenso e incerto, em relacionado a manutenção ou ao desmonte de ações programáticas dos entes federativos que viabilizam as garantias sociais previstas na Constituição brasileira, em cumprimento à manutenção das políticas sociais, principalmente as pessoas com alguma deficiência (NICOLAU et al., 2013). Logo, a integralidade do cuidado em rede de atenção reivindica ações de saúde e interlocução com as áreas correlatas: educação, emprego, direitos e deveres, arquitetura e urbanismo, previdência social, transporte, dentre

outras carências que emergem da vida cotidiana população (OLIVER et al., 2004; NOGUEIRA et al., 2016).

3.3 Avaliação da atenção primária à saúde

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou sobre qualquer de seus fenômenos. A avaliação pode ser resultado da aplicação de normas e critérios, ou se elaborar através de um procedimento científico (pesquisa quali e quantitativa) (HARTZ; SILVA, 2005). Nesse sentido, Contandriopoulos (2006) e Hartz; Silva, (2014) em seus estudos afirmam que a avaliação possui quatro objetivos centrais: auxiliar no fornecimento de informação; auxiliar no planejamento; contribuir para o progresso do conhecimento; e determinar os efeitos de uma intervenção. Logo, o assunto sobre a qualidade e saúde pode ser tratado de várias maneiras. A qualidade assume várias dimensões, de natureza objetiva ou subjetiva, de caráter imediato e decisivo (UCHIMURA; BOSI, 2002). Para isso, Campbell; Roland; Bueto (2000), afirmam que independentemente da perspectiva adotada na perspectiva avaliativa, a definição de qualidade dos serviços em saúde deve abranger tanto a dimensão individual, incluindo a satisfação do usuário, quanto a dimensão populacional.

Diversas pesquisas abordam a qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes estão associadas à implantação de políticas públicas, que esbarram com inúmeros problemas, desde a falta de consensos sobre definições, conceitos e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e principalmente devido à falta de orçamento público, o que acarreta na demora do atendimento, bem como no processo de triagem e consequentemente a solução do problema aqui enfatizado (FACCHINI et al., 2006; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Nesse contexto, foi estabelecido uma nova estrutura de financiamento que adota um sistema de remuneração baseado no desempenho, fundamentado em 21 indicadores (BRASIL, 2019; SELLERA et al., 2020). Destes, sete definidos e acordados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) incluindo a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação. Diante disso, o Ministério da Saúde optou por substituir o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) por um instrumento que passasse por avaliação das propriedades psicométricas, obtendo reconhecimento e adoção em âmbito nacional e internacional.

O PMAQ introduziu no Brasil uma abordagem de avaliação de desempenho, acompanhada de um incentivo financeiro variável, alinhado ao desempenho, e trouxe o

importante avanço de promover uma cultura de autoavaliação nas ESF. No entanto, o conjunto de instrumentos no terceiro ciclo, totalizava mais de mil perguntas, com uma metodologia de aplicação complexa, amostras sem validade externa e sem validação de propriedades psicométricas, além de apresentar baixa comparabilidade internacional. Isso pode justificar a necessidade de reformulação e substituição dessa estrutura de avaliação (BRASIL, 2012; ZARILI, 2015; LIMA et al., 2018).

O PCAT-Brasil (Primary Care Assessment Tool) surge como uma alternativa ao PMAQ, superando suas limitações ao identificar e distinguir os diversos modelos de atenção ambulatorial. Isso beneficia a pesquisa científica ao proporcionar evidências mais precisas sobre a eficácia real da APS, o que tem implicações significativas na formulação de políticas públicas.

A ferramenta é única, validada e avalia a presença e a abrangência dos atributos essenciais e secundários da APS em várias instâncias dos serviços em sem saúde no país. Além de seu uso em pesquisas acadêmicas, ele desempenha um papel fundamental como instrumento de avaliação e acompanhamento da qualidade da Atenção Primária à Saúde no dia a dia das equipes de Saúde da Família e em diversas esferas de gestão pública, bem como em estabelecimentos de saúde privados (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2013).

Desenvolvido por Barbara Starfield, Shi e colaboradores na *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, o PCATool avalia os quatro atributos essenciais e os três atributos derivados das APS, atribuindo uma pontuação padronizada de 0 a 10 (chamada de "escore") para cada atributo individual e para a média deles ("escore geral") (STARFIELD, 1998).

O instrumento de avaliação proposto por Donabedian (2005), centrado na avaliação de aspectos de estrutura, processo e os desfechos dos serviços de saúde, serve como base para o PCATool. Segundo Campbell (2000) o processo de cuidado envolve as interações entre usuários e profissionais mediadas pela configuração do serviço de saúde. O PCATool preenche uma lacuna ao oferecer uma avaliação minuciosa, não apenas da estrutura, mas principalmente do processo de atenção em APS, suprimindo a carência de ferramentas com propriedades psicométricas avaliadas para medir essas interações no contexto da APS no Brasil. Cada atributo essencial no PCATool-Brasil é composto por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção, como exemplificado pelo atributo "acesso de primeiro contato", que aborda "acessibilidade" (estrutura) e "utilização" (processo) (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2013).

Para adaptar o instrumento ao contexto brasileiro, as versões originais foram transformadas em ferramentas aplicáveis por meio de entrevistadores, passando por processos de transcrição e tradução reversa, adaptação e validação do conteúdo e do construto, e posterior análise de confiabilidade, mantendo a escala de Likert original proposta por Starfield (HARZHEIM et al., 2006). O instrumento, já validado em outros países, foi chamado de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil no Brasil.

Após, foram desenvolvidas versões para usuários adultos maiores de 18 anos e uma versão para cirurgiões-dentistas dos serviços de saúde bucal para a APS no Brasil (PAES et al., 2014; DÁVILA et al., 2017). Também existe uma versão resumida do PCATool Brasil, desenvolvida após uma reavaliação dos resultados dos trabalhos de validação do PCATool no Brasil. Por meio do modelo logístico de dois parâmetros da Teoria de Resposta ao Item, identificaram-se 23 itens que apresentaram características de discriminação, classificadas de moderadas a fortes, abrangendo os sete atributos da APS. Os resultados obtidos com esta versão foram comparados aos resultados da versão completa, revelando escores de APS concordantes.

Levando em consideração tudo aqui já mencionado, salientamos que protocolo PCATool tem sido aplicado no Brasil por vários cientistas/pesquisadores afim de avaliar a presença dos escores e atributos presentes nas APS em diferentes localidades do Brasil, como em São Paulo (CAMPOS et al., 2014; FERRER et al., 2014), Porto Alegre (AGOSTINHO et al., 2010; ZILS et al., 2009), Rio de Janeiro (HARZHEIM et al., 2016) e Curitiba (CHOMATAS et al., 2013).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

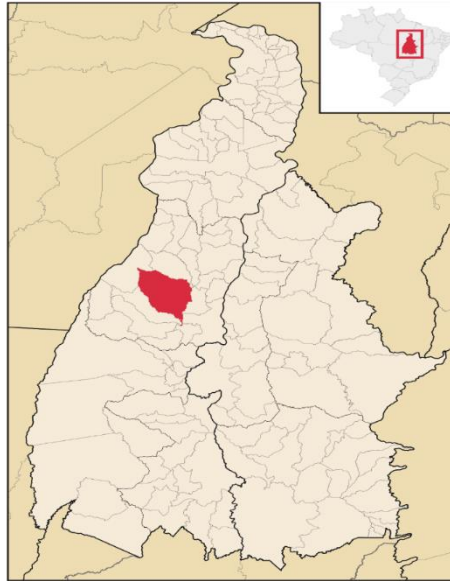
4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal e observacional de caráter descritivo. No que tange à pesquisa de campo, Fonseca (2002) relata que tal método de pesquisa é caracterizado por investigações na qual, é possível realizar a coleta de dados *in loco* aos sujeitos da pesquisa, gerando assim uma triagem que poderá ser utilizada em estudos exploratórios e descritivos. Quanto à a fase exploratória da pesquisa, é o período dedicado à indagação preliminar sobre o objeto, os pressupostos, as teorias relevantes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para conduzir o trabalho de campo, com o foco primário na elaboração do delineamento investigativo a ser estudado (MINAYO, 2001).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no segundo semestre de 2022 no município de Dois Irmãos do Tocantins, localizado no Vale do Araguaia, centro-oeste do Estado do Tocantins, tendo como localização as seguintes coordenadas geográficas (Latitude 09°15'30" Sul; Longitude 49°03'52" Oeste) (Figura 2). De acordo com o último censo demográfico realizado pelo IBGE, o município de Dois Irmãos do Tocantins possui um população de aproximadamente 7.161 mil habitantes em uma área territorial de 3.757 km², densidade populacional de aproximadamente 1,9 hab./km² e IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) em 0,661, considerado médio pela Organização das Nações Unidas (ONU) (IBGE, 2010). O município apresenta como principal fonte de renda a agropecuária de gado de corte e a plantação de commodities, e um produto interno bruto anual (PIB) de 51.514,247 milhões (IBGE, 2010). O município apresenta ainda nove escolas sendo duas de caráter estadual e as demais apresentam âmbito municipal.

Figura 2. Localização geográfica do município de Dois Irmãos do Tocantins



Fonte: GOOGLE (2023)

4.3 População e amostragem

4.3.1 Pessoas com Deficiência e/ou cuidadores e profissionais de saúde das UBS

A população estudada é composta por indivíduos com deficiência e/ou cuidadores destes, atendidos na rede pública de saúde de Dois Irmãos do Tocantins/TO. Em casos em que essas pessoas não puderem responder ao questionário, seus cuidadores foram autorizados a fazê-lo. De acordo com as Equipes Saúde da Família são $n = 302$ (Trezentos e dois participantes) pessoas cadastradas e autodeclaradas com algum tipo de deficiência. Esses dados estão dispostos na Tabela 1 e estão listadas as abrangências das equipes e os tamanhos de amostra estimada para cada região.

Nesse sentido, as variáveis populacionais presentes no estudo são aqueles que se autodeclararam como pessoas com deficiência e cuidadores. Desta forma, os indivíduos do estudo foram divididos em dois grupos: G1 (constituído por pessoas autodeclaradas com deficiência) e G2 (cuidadores das pessoas com deficiência incapazes de responder ao questionário), de distintas faixas etárias, moradores da área de abrangência das UBS participantes, acompanhados pelas equipes de saúde dessas unidades. Logo, de acordo como os termos previstos no TCLE da presentes pesquisa, os adultos responsáveis por pacientes menores de 18 anos, assim como os responsáveis por pessoas com deficiência mental severa, responderão aos questionários formulados pelo pesquisador, levando sempre em consideração

os princípios de ética e educação. A amostragem do estudo foi não probabilística por conveniência, pois, o interesse é avaliar o universo destes pacientes. O estudo foi desenvolvido no decorrer do ano de 2022, no município de Dois irmãos do Tocantins – TO.

Tabela 1. Tamanhos de amostra para entrevistas com participantes segundo regiões, Dois Irmãos/TO, 2022

Deficiência	Zona Urbana	Zona Rural I	Zona Rural II	Total
Auditiva	32	10	5	47
Física	79	0	23	102
Intelectual/cognitiva	20	12	4	36
Visual	18	11	10	39
Outras deficiências	55	08	15	78
Total	204	41	57	302

Fonte: Autor (2022)

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

4.4.1 Critérios de inclusão

- Pessoas com deficiência do serviço de atenção primária de saúde, devidamente cadastrados no e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS);
- Ser o principal cuidador da pessoa com deficiência que é incapaz de responder os formulários devido à falta de capacidade em compreender, expressar e interpretar os documentos apresentados;
- Conhecer e frequentar de forma assídua a unidade que eles avaliaram.

4.4.2 Critérios de exclusão

- Ausência do familiar cuidador na visita para entrevista após três tentativas;
- Nunca ter utilizado a APS ou ter feito o uso da APS apenas uma única vez;

4.5. Instrumentos e procedimento de coleta

Os instrumentos de coleta de dados foram desenvolvidos por dois grupos de pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Educação para a Promoção da Saúde (GEPEPS) e o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde na Amazônia Legal (GEPESAL), mediante extensa revisão da literatura sobre o trabalho desempenhado pelos profissionais de saúde na APS.

4.5.1. Pessoas com Deficiência e/ou cuidadores

- Questionário sócio-econômico-demográfico da PcD (APÊNDICE 1);
- Questionário sócio-econômico-demográfico do familiar/cuidador (APÊNDICE 2);
- O instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde - (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*) – Versão Reduzida Adulto (ANEXO A) ou Versão Reduzida Criança (ANEXO B).

Na análise das variáveis, o desfecho foi avaliado perante a qualidade dos cuidados na atenção primária à saúde das pessoas com deficiência. As variáveis independentes foram atribuídas posteriormente, levando-se em consideração os fenômenos observados no presente estudo, tendo sempre como referências os entrevistados que possuem alguma deficiência, bem como seus cuidadores ou responsáveis. O PCATool foi complementado por um roteiro de perguntas voltadas à caracterização demográfica das pessoas como deficiência ou seus cuidadores, levando em conta a classificação socioeconômica das famílias e grau de instrução de seu chefe.

4.6 Procedimento de Coleta

Foram realizados contatos com a Secretaria Municipal de Saúde de Dois Irmãos/TO (telefônico ou videoconferência ou pessoalmente – a depender das normas de isolamento local e preferência institucional) para expor os objetivos, período de duração do estudo, bem como os procedimentos de coleta de dados da pesquisa. Após anuência destas instâncias o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, com vistas à apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Mediante aprovação na Comissão de ética na Pesquisa (CEP) os pesquisadores do respectivo cenário de investigação, entrarão em contato (telefônico ou videoconferência ou pessoalmente – a depender das normas de isolamento local e preferência institucional) com os gestores das Equipes de Saúde da Família das Zonas Urbana e Rural I e II para apresentação do Parecer de Apreciação e Aprovação Ética pelo CEP; para expor os objetivos, período de duração e procedimentos de coleta de dados do estudo; para solicitar divulgação da pesquisa, entre os usuários, profissionais e solicitar lista com nomes e contatos telefônicos dos profissionais, para abordagem inicial sobre a pesquisa e a coleta de dados.

No contexto da pandemia da COVID-19, o distanciamento social é uma das principais estratégias para reduzir a transmissão do vírus. Esta situação representa um desafio, pois a falta de conhecimentos sobre a pandemia exige uma mobilização para a realização de pesquisas em diferentes áreas ao mesmo tempo em que estratégias de pesquisa precisam ser adaptadas para, quando for possível, garantir que os dados sejam coletados sem contato direto com o (a)s participantes (LUPTON, 2020).

4.6.1 Entrevista individual *online*

O(a)s pesquisadore realizaram contato telefônico para apresentar os objetivos e da pesquisa e os esclarecimentos da mesma aos participantes e/ou responsáveis.

Foi enviado o convite para participação através do TCLE, para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido que poderá ser impresso, assinado e enviado por *e-mail*, ou por link com disponibilização do TCLE para ser impresso bem como foi informado que “Ao clicar no botão abaixo para participar, você indica seu consentimento”. Ambos os TCLE seguem as mesmas diretrizes de confidencialidade e respeito perante a ética em pesquisa, garantido assim o anonimato de todas as informações levantadas pelo presente estudo (APÊNDICE D).

Em caso de aceite, os pesquisadores agendaram data e horário para a realização da entrevista *online*, a mesma foi realizada e registrada na plataforma digital *Google meet*, caso o participante não apresente a habilidade de utilizar a plataforma, poderá ser utilizada a plataforma *Skype* ou ainda o aplicativo de chamadas de áudio-vídeo-texto *whattsApp*, sendo que no último caso, o registro de voz da entrevista foi feito por um gravador digital, pois essa ferramenta não permite o registro do diálogo.

Os participantes foram orientados a escolher para a realização da entrevista, local que possa garantir o mínimo de ruídos sonoros e interferências de outras pessoas. A entrevista foi

conduzida a partir de um roteiro contendo questões abertas sobre o tema em estudo e cada entrevista foi transcrita para posterior análise.

4.6.2 Entrevista individual presencial

Contato com os participantes na UBS: Após primeiro contato com as coordenações foi realizado o esclarecimento (TCLE - APÊNDICE C), ao convidado a participar da pesquisa com informações com linguagem clara e acessível (foram adotadas estratégias mais apropriadas à cultura, deficiência, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia dos convidados a participar da pesquisa), em local mais adequado (sala reservada e privativa). Foi concedido tempo adequado para que o convidado a participar da pesquisa possa refletir e tomar decisão livre e esclarecida. Apresentados os objetivos e da pesquisa e os esclarecimentos da mesma aos cuidadores, foi realizado o convite para participação através do Termo de Consentimento Livre e esclarecido, para que seja lido e compreendido, antes da concessão do seu consentimento livre e esclarecido (assinatura).

4.7 Análise dos dados

Os dados foram organizados em um banco de dados criado no software Microsoft Excel for Windows versão 2016. A análise estatística foi realizada por meio do software estatístico SPSS versão 21 (SPSS 21.0 for Windows). Foi utilizado a análise estatística bivariada e os testes adequados de acordo com a aderência dos dados à distribuição gaussiana. A distribuição normal das variáveis foi avaliada pelo teste de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência absoluta e relativa, e as variáveis contínuas, como média e desvio padrão, quando apresentam distribuição simétrica, e como mediana e amplitude interquartilica quando assimétricas.

Para verificação da qualidade da assistência na APS foram calculados os escores de cada atributo, obtidos pela média dos itens que o compõe. Todos os escores, de cada um dos atributos foram posteriormente transformados numa escala contínua entre zero e dez, utilizando a fórmula a seguir: $\text{Escore ajustado} = [(\text{escore obtido} - 1) / (4 - 1)] \times 10$, de maneira que fosse possível ser realizado o cálculo do “Escore Essencial” e “Escore Geral” da APS (BRASIL, 2010).

O “Escore Essencial” foi medido pela soma dos escores médios dos componentes pertencentes aos “Atributos Essenciais”, acrescido do valor atribuído ao “Grau de Afiliação” e

dividido pelo número de componentes. O cálculo do “Escore Geral”, por sua vez, seguirá o mesmo princípio, sendo acrescido, entretanto, os escores médios dos três atributos derivados da APS. O ponto de corte para os escores ≥ 6.6 indicam valores satisfatórios e adequada presença dos atributos na APS (HARZHEIM et al., 2006).

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa possui Parecer Consubstanciado do CEP de número 5.512.810 e CAAE 58254322.1.0000.5516 e autorização concedida pela Secretaria Municipal de Saúde através da Declaração de Instituição Participante. Os participantes foram devidamente consultados sobre sua disponibilidade e interesse em participar do estudo e, após terem sido sanadas suas dúvidas, assinaram e/ou concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.8.1 Riscos

Como foram utilizadas duas estratégias de coleta de dados neste estudo destacamos a seguir as ponderações quanto a gradação dos riscos bem como as medidas para sua minimização e as medidas de precaução/prevenção para minimização destes, decorrentes da participação nessa pesquisa (Tabela 2). Os riscos da pesquisa são referentes ao uso de dados, que estão relacionados a estigmatização, divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; Invasão de privacidade; Divulgação de dados confidenciais; Risco a segurança de dados médicos. Ressalta-se que estes foram prevenidos pela pesquisadora responsável, pois foi a única a manusear tais dados para o presente estudo. Ainda, foi assegurada a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico. Foi garantida a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras).

4.8.2 Entrevista individual presencial

Foi observado o cumprimento dos princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/12 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, respeitando para isto toda a privacidade do ser humano que foi pesquisado.

4.8.3 Entrevista individual online

Foram adotadas também precauções conforme orientações do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, quanto as medidas visam preservar a proteção, segurança e os direitos dos participantes de pesquisa em se tratando de pesquisa por ‘Meio ou ambiente virtual’ que “envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios” (Tabela 2).

Tabela 2. Possíveis Riscos e ações de precaução/prevenção para minimização da pesquisa com os profissionais e de acesso ao banco

Riscos	Precaução/prevenção	Presencial	Onli-ne
	- Os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura do TCLE.	X	X
Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário.	- Foi garantida a privacidade para responder o questionário.	X	X
	- Participação foi voluntária.	X	X
	- A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento;	X	X
	- Os indivíduos receberão esclarecimento prévio sobre o acesso com esclarecimento prévio sobre a pesquisa através do TCLE.		X
Quebra de sigilo/anonimato	- As respostas foram confidenciais e foram resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato.	X	X
	- Os dados foram armazenados de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não -autorizadas, entre outros prejuízos.	X	X
	O convite para participação na pesquisa foi feito individualmente evitando-se assim a utilização de listas que permite a identificação dos convidados bem como a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc.) por terceiros.		X
	Foi realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".		X
Estresse ou dano	- Assistência psicológica se necessária que foi direcionada a equipe qualificada (representadas pelos pesquisadores responsáveis) para encaminhamento/providências.	X	X
Cansaço ao responder às perguntas	- Foram utilizados questionários com versão resumida e em caso de extensão das respostas, foram realizadas pausas na entrevista caso o participante apresente sinais de cansaço.	X	X

Limitações para assegurar total confidencialidade e e potencial risco de sua violação.

Foi realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

X

Outro cuidado importante é o de contaminação pelo vírus tanto por parte dos profissionais como por parte dos participantes. Os profissionais estarão devidamente paramentados conforme orientações as medidas de prevenção recomendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde (Figura 3) no enfrentamento do Novo Coronavírus (COVID-19).

Figura 3. Ações de prevenção contra o novo coronavírus

COVID-19
Doença causada pelo coronavírus 2019

INFORME-SE.

COVID-19 é uma doença respiratória nova que foi identificada pela primeira vez em Wuhan, na China. Atualmente, a transmissão se dá principalmente de pessoa a pessoa.

SINTOMAS COMUNS

- FEBRE
- CANSAÇO
- TOSSE SECA

SINTOMAS*

- FEBRE ALTA
- PNEUMONIA
- DIFICULDADE DE RESPIRAR

CASOS GRAVES

*Os sintomas podem aparecer entre 1 e 12 dias após a exposição ao vírus.

Quem tem maiores riscos de ter a doença agravada?

- Adultos com mais de 60 anos
- Pessoas com doenças preexistentes, como diabetes e cardiopatias

Como a doença é transmitida?

- Pelo contato pessoal próximo com pessoas infectadas ou por meio de tosse ou espirro de pessoas infectadas.
- Ao tocar objetos ou superfícies contaminadas e em seguida tocar a boca, nariz ou olhos.

Até o momento, não há vacina nem tratamento específico, somente tratamento de sintomas.
Os casos graves podem precisar de oxigênio suplementar e ventilação mecânica.

PREPARE-SE.

- Informe-se por fontes confiáveis.
- Lave as mãos frequentemente com água e sabão ou use álcool em gel.
- Cubra a boca com o antebraço quando tossir ou espirrar ou utilize um lenço descartável e, em seguida, jogue no lixo e lave as mãos.

AJA.

- Evite contato físico com pessoas que tenham sintomas de gripe.
- Evite tocar os olhos, o nariz e a boca com as mãos sem lavá-las.
- Evite compartilhar copos, pratos ou outros artigos de uso pessoal. Limpe e desinfete os objetos e superfícies que muitas pessoas tocam com frequência.
- Se você viajou a áreas onde circula o vírus ou esteve em contato físico com alguém diagnosticado ou que apresente febre, tosse ou dificuldade para respirar, busque atendimento médico de imediato. Não se automedique.

Nota: Orientações podem mudar quando houver mais informações sobre a doença. Fevereiro 2020.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde

INFORME-SE. PREPARE-SE. AJA.
www.paho.org/bra

Fonte: OPAS (2020)

4.9 Benefícios

A proposta visa fortalecer a Atenção Básica e reestruturar a atenção primária, considerando as demandas e necessidades dos serviços oferecidos à população. Essa abordagem

busca promover uma atenção mais integral e eficaz, priorizando a prevenção, promoção e manutenção da saúde da comunidade. Com os resultados desta pesquisa tanto na atenção, gestão, vigilância e educação, permitirão aos gestores, tomadas de decisões orientadas por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à população. Assim os benefícios poderão beneficiar tanto os participantes (diretos) bem como toda comunidade (indiretos).

Dessa forma, entende-se que além a contribuição científica a presente proposta apresenta um caráter social e de reorganização dos serviços ofertados a fim de auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas no setor da gestão e assistência.

4.10 Garantias éticas aos participantes da pesquisa

A pesquisadora do projeto estará à disposição para esclarecimentos e suporte acerca do estudo e do método de análise, bem como sobre o uso dos dados coletados a partir dos prontuários médicos. A análise e/ou a divulgação é de caráter totalmente sigiloso e os dados individuais dos participantes (nome e característica que posso causar constrangimento) não foram divulgados. O material usado para colher as informações será destruído um ano após a realização deste estudo, afim de minimizar possíveis divulgações e erros, afim de minimizar constrangimento e divulgação de informações sigilosas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Dados sociodemográficos

Durante o período de coleta de dados foi convidado um total aproximado de 200 participantes entre pessoas com deficiência e responsáveis legais para participar deste estudo. Entretanto, alguns recusaram de imediato, outras não atendiam aos requisitos básicos da pesquisa e outros não preencheram de maneira correta os formulários apresentados, sendo inviável a contabilização de seus dados e escores. Nesse sentido, a amostragem populacional final foi de 52 participantes, sendo 28 portadores de alguma deficiência e 24 cuidadores ou responsáveis legais que respondiam no lugar da pessoa que é incapaz de responder os formulários devido à falta de capacidade em compreender, expressar e interpretar os documentos apresentados (Tabela 3).

O agrupamento sociodemográfica dos 52 entrevistados encontram-se dispostos nas Tabelas 3 e 4. A amostra foi composta por 28 participantes (53,85 %) autodeclarados com alguma deficiência e 24 (46,15 %) autodeclarados sem deficiência, que se apresentavam como parte da família ou representantes legais, e assim aptos a responder os formulários apresentados. Ao avaliarmos o sexo dos entrevistados 51,93 % era do sexo masculino e 48,07 do sexo feminino. Dentre as pessoas com alguma deficiência podemos destacar que 67,85 % era do sexo masculino e 32,15 % era do sexo feminino. Como já mencionado a maioria dos participantes foram do sexo masculino, com idade média entre 31 e 50 anos, pardos, solteiros e residindo em residências próprias, com percentuais de 51.92, 65.38, 61.53 e 82.69 %, respectivamente.

Explorando um pouco mais o contexto deste estudo, dentre os usuários com deficiência, 3,57 % apresentam deficiência por paraparesia ou devido a amputação de algum membro corpóreo essencial; 21,43 % apresentam deficiência auditiva e intelectual; 10,71 % deficiência visual; 14,29 % deficiência cognitiva e 25 % apresentaram outras deficiências que não estavam exemplificadas no formulário (Tabela 3). Assim, com todas as informações mencionadas podemos traçar um perfil sociodemográfico da pessoa com deficiência do município de Dois Irmãos do Tocantins, de maneira geral apresenta-se como indivíduo do sexo masculino, com idade entre 31 e 50 anos, pardo, solteiro, reside em casa própria e apresentam como principais deficiências a auditiva e intelectual. Logo, os dados apresentado no presente estudo, estão em conformidade com o trabalho de Malta et al. (2016), ao avaliarem a prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e demonstram que as deficiências no Brasil atingem mais de 12 milhões de pessoas, em sua maioria homens com idade entre maiores

que 30 anos, e concluíram que a referência ao uso de serviços de saúde em decorrência destas deficiências pode ter sido subestimada pelos entrevistados.

No Brasil, os dados obtidos no censo de 2022 apontam a existência de 17,2 milhões de pessoas com deficiência, representando aproximadamente 8,40 % da população. Deste total, daqueles em idade para trabalhar, apenas, 46,20 % exercem alguma atividade ocupacional. Dentre essa porcentagem de deficientes, temos a deficiência intelectual que representa 21,43 % dos participantes deste estudo (Tabela 3), assim de acordo com Silva e Fedosse (2018), a deficiência intelectual pode ser definida como uma incapacidade caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizado, resolução de problemas) e comportamento adaptativo, comprometendo o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e também as práticas do dia. As pessoas com deficiência intelectual representam 1,40 % da população geral de pessoas com deficiência e daqueles em idade para trabalhar, apenas, 20,20 % dos homens e 14,20 % das mulheres trabalham (SILVA et al., 2018; REICHENBERGER et al., 2020; DUTRA et al., 2020).

Por outro lado, a deficiência visual que apresentou porcentagem de 10,71 % (Tabela 3), está como uma das principais deficiências reportadas no Brasil, onde 18,60 % da população brasileira possui algum tipo de deficiência visual. Desse total, 6,5 milhões apresentam deficiência visual severa, sendo que 506 mil têm perda total da visão (0,30 % da população) e 6 milhões, grande dificuldade para enxergar (3,20 %) (BRASIL, 2023). O Ministério da Educação trabalha em uma série de programas e ações voltados aos deficientes visuais. Como exemplo, destaca-se o Programa Escola Acessível, que promove condições de acessibilidade ao ambiente físico, aos recursos didáticos e pedagógicos e à comunicação e informação nas escolas públicas de ensino regular. Outro exemplo, o Programa Livro Acessível, oferece, junto com o Fundo Nacional de Desenvolvimento (FNDE), no Programa Nacional do Livro Didático (PNLD), livros em formatos acessíveis, inclusive em braile.

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência se articulam ao enfoque da Organização das Nações Unidas, na qual a deficiência resulta do ambiente social, cultural e físico (SHOGREN et al., 2014; NOGUEIRA et al., 2016). Os conceitos fundamentais envolvidos nas políticas públicas internacionais advêm da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada em 2006 e ratificada por 138 países até 2013. São direitos articulados com os princípios fundamentais do direito à vida, à liberdade e à igualdade (BRASIL, 2015).

Tabela 3. Características sócio demográficas e socioeconômicas dos portadores de deficiência e responsáveis em Dois Irmãos do Tocantins

Variáveis	Com deficiência (n = 28) (53,85 %)	Cuidador ou responsável legal (n = 24) (46,15 %)	Porcentagem total (n = 52)
Sexo			
Feminino	9 (32,15 %)	16 (66,67 %)	25 (48,07 %)
Masculino	19 (67,85 %)	8 (33,33 %)	27 (51,93 %)
Faixa etária			
0 até 15 anos	3 (10,71 %)	–	3 (5,85 %)
16 até 30 anos	2 (7,14 %)	3 (12,50 %)	5 (9,61 %)
31 até 50 anos	12 (42,85%)	15 (62,50 %)	27 (51,92 %)
> 50 anos	11 (39,30 %)	6 (25 %)	17 (32,62 %)
Cor			
Branca	7 (25 %)	3 (12,50 %)	10 (19,25 %)
Preta	3 (10,71 %)	3 (12,50 %)	6 (11,53 %)
Parda	17 (60,72 %)	17 (70,83 %)	34 (65,38 %)
Amarela	–	1 (4,16 %)	1 (1,92 %)
Indígena	1 (3,57 %)	–	1 (1,92 %)
Estado civil			
Casado	4 (14,28 %)	4 (16,66 %)	8 (15,39 %)
Solteiro	19 (67,85 %)	13 (54,16 %)	32 (61,53 %)
União estável	5 (17,85 %)	5 (20,83 %)	10 (19,23 %)
Divorciado	–	1 (4,16 %)	1 (1,92 %)
Viúvo	–	1 (4,16 %)	1 (1,92 %)
Tipo de moradia			
Própria	23 (82,15)	20 (83,33 %)	43 (82,69 %)
Alugada	1 (3,57 %)	1 (4,16 %)	2 (3,85 %)
Cedida	4 (14,29 %)	3 (12,50 %)	7 (13,47 %)
Tipo de deficiência			
			Porcentagem total (n = 28)
Amputação	1 (3,57 %)	–	1 (3,57 %)
Paraparesia	1 (3,57 %)	–	1 (3,57 %)
Auditiva	6 (21,43 %)	–	6 (21,43 %)
Visual	3 (10,71 %)	–	3 (10,71 %)
Cognitiva	4 (14,29 %)	–	4 (14,29 %)
Intelectual	6 (21,43 %)	–	6 (21,43 %)
Outra deficiência	7 (25 %)	–	7 (25 %)

* Resultados apresentados como número total por variável e porcentagem equivalente.

5.2. Dados ocupacionais

Quando avaliamos as variáveis ocupacionais como escolaridade, atividade laboral e renda antes e após a deficiência evidenciamos grandes diferenças sociais entre o com e sem deficiência. Analisando a variável escolaridade, notamos que 30,76 % dos entrevistados apresentam-se como analfabetos ou com o fundamental incompleto ($n = 52$), dentre eles 7 (25 %) e 10 (35,71 %) para as pessoas com deficiência respectivamente ($n = 28$), e 9 (37,50 %) e 6 (25 %) para os cuidadores ou responsáveis legais respectivamente ($n = 24$), ficando evidenciado o baixo nível escolar na população estudada, onde dentre aos 52 entrevistados apenas 2 (3,85 %) possuem nível superior e foram os mesmos que relataram obter entre 2 a 4 salários mínimos (Tabela 4). Logo, a baixa escolaridade pode resultar em um conhecimento precário e deficitário sobre a promoção à saúde e da minimização de agravos. Esta situação influencia nas ações que dizem respeito ao autocuidado, tornando-se um determinante o surgimentos de diversas patologias, principalmente entre aqueles que residem sozinhos (FONTES et al., 2011). De acordo com Krause et al. (2018), a educação é um dos fatores-chave para a inclusão, não apenas das pessoas que possuem alguma deficiência, mas da população em geral.

Segundo Nogueira et al. (2016), as características escolares das pessoas com deficiência também se articulam com as características relacionadas à condição socioeconômica da população do estudo, e sua relação em estarem em um grande centro ou situado no interior. Uma amostra preponderante deste grupo recebe aposentadoria ou benefício por invalidez, o que evidencia o comprometimento da deficiência física para o trabalho e/ou a baixa inserção destas pessoas no mercado de trabalho, seja por condições para desempenhar as funções ou por oportunidades. Esses resultados indicam que a falta de escolarização, por si só, tem se traduzido em uma barreira para a inclusão no mercado de trabalho, sendo, portanto, também, um critério exclusivo para a contratação da pessoa com deficiência. A literatura ressalta que a falta de acessibilidade social nas empresas contratantes e a falta de formação profissional das pessoas com deficiência são as grandes dificuldades na inclusão dessas pessoas no mercado competitivo e com alto nível escolar (PAIVA et al., 2015; SILVA et al., 2018; DUTRA et al., 2020; GUIMARÃES et al., 2020).

Vale ressaltar que apenas dois participantes com deficiência possuem ensino médio completo 2 (7,15 %) (Tabela 4). Silva et al. (2018), afirma em seu estudo sobre a inclusão no trabalho sob a perspectiva das pessoas com deficiência intelectual que os participantes que apresentavam maior escolaridade estavam contratados e exercendo atividades laborais relacionadas a área de tecnologia, entretanto, o autor reforça que esses participantes sempre

participaram de oficinas de caráter crítico e lógico desde criança, sempre estimulados pelos pais e demais pessoas.

Quanto à classificação socioeconômica antes da deficiência, 64,28 % dos participantes não possuíam nenhum tipo de renda; 21,42 % recebiam menos de um salário mínimo e 14,28 % menos de dois salários mínimos, estando estes classificados como à classe D2 e E (Tabela 4). Dentre estes 14 (26,92 %) eram do lar e não exerce nenhuma atividade laboral. Esses resultados apresentam forte correlação quando comparados com a forma de se obter a renda, visto que 46,43 % dos participantes eram aposentados pelo INSS e 21,42 % recebem algum benefício por invalidez. Contudo, notamos um decréscimo de 50 % das pessoas sem renda após a deficiência, demonstrando assim que programas de amparo e subsídio dessas pessoas são de extrema importância afim de assegurar o básico e os direitos segurados pela constituição. A pobreza em geral pode ser refletida nos baixos salários das pessoas com deficiência física (FEKETE et al., 2014).

Um dos principais, se não o maior agravante que estimule a pessoa com deficiência a obter maiores salários e conseqüentemente um trabalho além dos benefícios concedidos pelo governo, está na associação entre a pessoa com deficiência e uma oferta inferior da remuneração com aquelas sem deficiência, tornando assim um sistema preconceituoso e excludente. Algumas empresas relatam alta rotatividade motivada por aumentos salariais insignificantes. Isto pode sinalizar que a ausência de perspectivas reais de inclusão, construção de uma carreira e realização de um trabalho significativo leva as pessoas a decidirem considerando apenas o ganho econômico sem muito esforço (JÚNIOR et al., 2020).

Logo, o direito a algum benefício governamental se extinguiu com o ingresso no mercado de trabalho. Assim, muitos portadores de deficiência preferiam permanecer em casa, com a renda assegurada, a arriscar-se em um ambiente de trabalho incerto, hostil e que pouco os pagam (SILVA et al., 2015). Entretanto, mesmo frente a todos estes desafios impostos pela sociedade e pelo mercado de trabalho, algumas pessoas portadoras de deficiência preferem abdicar dos benefícios governamentais para entrar no mercado de trabalho. Elas compreendem que a atividade laboral fora de casa agregará ganhos à vida não fornecidos, tais como, autorrespeito, identidade, socialização, independência e valorização social e emocional (ARAUJO; MAGAJEWSKI, 2020).

Tabela 4. Dados ocupacionais das pessoas portadoras de deficiência e responsáveis legais (cuidadores ou familiares) em Dois Irmãos do Tocantins

Variáveis	Com deficiência (n = 28) (53,85 %)	Cuidador ou responsável legal (n = 24) (46,15 %)	Porcentagem total (n = 52)
Escolaridade			
Analfabeto	7 (25 %)	9 (37,50 %)	16 (30,76 %)
Fundamental incompleto	10 (35,71 %)	6 (25 %)	16 (30,76 %)
Médio incompleto	6 (21,42 %)	1 (4,16 %)	7 (13,46 %)
Médio completo	2 (7,15 %)	3 (12,50 %)	5 (9,61 %)
Superior Completo	–	2 (8,34 %)	2 (3,85 %)
Outros	3 (10,72 %)	3 (12,50 %)	6 (11,53 %)
Forma de obter renda			
Autônomo	–	2 (8,34 %)	2 (3,85 %)
Trabalhador Rural	1 (3,57 %)	2 (8,34 %)	3 (5,76 %)
Aposentado INSS	13 (46,43 %)	4 (16,66 %)	17 (32,69 %)
Pensionista	2 (7,15 %)	5 (20,83 %)	7 (13,46 %)
Benefício por invalidez	6 (21,42 %)	2 (8,34 %)	8 (15,38 %)
Desempregado (por saúde)	1 (3,57 %)	1 (4,16 %)	2 (3,85 %)
Do lar	5 (17,85 %)	9 (37,50 %)	14 (26,92 %)
Renda antes a deficiência			
Sem renda	18 (64,28 %)	12 (50 %)	30 (57,69 %)
< 1 salário	6 (21,42 %)	4 (16,66 %)	10 (19,23 %)
< 2 salário	4 (14,28 %)	6 (25 %)	10 (19,23 %)
Entre 2 e 4 salários	–	2 (8,34 %)	2 (3,85 %)
Renda após a deficiência			
Sem renda	10 (35,72 %)	5 (20,83 %)	15 (28,84 %)
< 1 salário	8 (28,57 %)	3 (12,50 %)	11 (21,15 %)
< 2 salário	10 (35,72 %)	13 (54,16 %)	23 (44,23 %)
Entre 2 e 4 salários	–	3 (12,50 %)	3 (5,76 %)

* Resultados apresentados como número total por variável e porcentagem equivalente.

5.3. Avaliação da Atenção Básica pelos usuários obtidos por meio do PCATool

De acordo com o proposto por Brunelli e colaboradores (2016), a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como a espinha dorsal de vários sistemas de saúde que alcançaram sucesso globalmente. O Brasil, nesse contexto, implementou importantes mudanças para melhorar os cuidados com a saúde, cujo exemplo mais importante é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Por outro lado, o PCATool-Brasil avalia as principais características da APS e em geral apresenta bons indicadores de confiabilidade, considerando que cada região tem suas características e realidades distintas, esse instrumento se apresenta como uma ferramenta

apropriada, válida e confiável para avaliar a presença e extensão das características da APS (VIDAL, 2018).

A versão completa do PCATool-ADULT-BRASIL inclui itens que representam a estrutura e os processos que regem os serviços de APS. No entanto, no processo de validação por meio do Modelo Logístico de 2 parâmetros – ML-2 (TRI), evidenciou-se que alguns desses itens contribuíram de forma insignificante para a correta classificação da APS. Devido a essas incertezas, considerou-se o PCATool-ADULT versão reduzida, visto que o mesmo apresenta como características de ser acessível e útil nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Segundo Oliveira et al. (2013), ao analisar a correlação entre os escores das versões curta e completa, constatou-se que eles se correlacionaram positivamente, sugerindo que essa versão curta do instrumento pode ser utilizada com segurança para avaliar os serviços de APS. Neste estudo, conforme descrito nos objetivos e nos itens de Material e métodos, visa avaliar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária de Saúde, levando em consideração a percepção de usuários e cuidadores, especialmente aqueles com deficiência em faixa etária adulta e criança; e conhecer alguns fatores relacionados à percepção dos usuários em relação aos atributos da atenção básica no município de Dois Irmãos do Tocantins – TO. Desse modo, dentro da amostra geral ($n = 52$), 43 participantes se encontram na fase adulta e 9 crianças.

A Tabela 5 apresenta as médias dos escores obtidos por meio do PCATool para as pessoas com deficiência na faixa etária adulta e criança. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ao comparar os escores desses usuários em todos os atributos, dimensões e escore geral e essencial. Quando os dados foram avaliados de forma qualitativa, os itens que foram considerados satisfatórios, foram: Acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade); Coordenação da atenção (Sistema de informação) e Orientação familiar. E considerados insatisfatórios: Grau de afiliação; Longitudinalidade; Coordenação da atenção (Integração de cuidados); Integralidade (Serviços disponíveis e prestados); Orientação Comunitária. Além disso, os escores geral das APS também foram avaliados como insatisfatórios pelos portadores de deficiência ou seus representantes legais em todas as unidades. A média dos “Score Geral” pessoa com deficiência adulta foi de $5,92 \pm 2,90$ e pessoa com deficiência criança foi de $4,31 \pm 1,02$ ($p = 0,843$) (Tabela 5).

Quanto à percepção sobre os diferentes atributos em relação aos serviços prestados, não se verificou diferença estatisticamente significativa quando comparados usuários adultos e crianças. A ausência de diferenças também foi verificada em estudos que avaliaram as APS sob a ótica dos responsáveis por crianças e adolescentes com e sem deficiência física (QUARESMA; STEIN, 2015; ALMEIDA et al., 2017). Os resultados obtidos no estudo com o

PCATool quanto à avaliação da assistência à saúde mostram que, utilizando como parâmetro a pontuação $\geq 6,6$ para indicar a presença e extensão dos atributos avaliados, os participantes adultos ou crianças não estão presentes no processo de cuidar para a maioria dos atributos. Os escores observados para o grau de afiliação ($5,58 \pm 3,76$ para pessoas adultas e $5,18 \pm 4,72$ para as crianças com alguma deficiência) mostram que os familiares/responsáveis ou portadores de deficiência identificam que os serviços são falhos, mas o mesmo não foi observado no atributo acesso de primeiro contato, levando em consideração os scores obtidos para utilização ($7,44 \pm 3,83$ e $6,16 \pm 4,74$ para adultos e crianças, respectivamente) e acessibilidade ($6,68 \pm 2,12$ e $6,86 \pm 2,72$ para adultos e crianças, respectivamente) (Tabela 5).

Ao avaliar as dimensões, os atributos primordiais “Acesso de primeiro contato” foi averiguado, este atributo em especial avalia a acessibilidade e a utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado na existência de um novo problema de saúde do usuário (COSTA et al., 2022). Neste estudo, o Acesso de Primeiro Contato (utilização e acessibilidade) obtiveram escores satisfatórios, o que demonstra que os participantes se sentem seguros ao procurarem as unidades básicas de saúde. No entanto, dados divergentes foram observados por Lima (2015), Quaresma e Stein (2015), Vidal (2018) e Turci (2019), e obtiveram escores menores, demonstrando que as participantes de ambas as pesquisas têm dificuldade para acessar as unidades avaliadas.

Segundo Paula (2016), tem sido sugerido o desconhecimento da população e também a interrupção do atendimento, alguns dos quais podem afetar a coordenação do cuidado prestado pelos centros de saúde, pois o SUS é uma rede estruturada de serviços, evidenciado pelo fato de se saber que uma melhor avaliação dos serviços oferecidos, aliada a uma referência e contra transferência mais bem estabelecida, pode ser um fator importante para aumentar a resolutividade da APS.

Tabela 5. Médias dos escores dos atributos e dimensões referentes à pontuação obtida pelo PCATool dos usuários com deficiência e percepção dos cuidadores em relação aos mesmos atributos

Atributo	Dimensão	Portadores de	Portadores de	p-valor
		deficiência Adulto	deficiência Criança	
Grau de afiliação	–	$5,58 \pm 3,76$	$5,18 \pm 4,74$	0,318
	Utilização	$7,44 \pm 3,83$	$6,16 \pm 4,74$	0,807

Acesso de primeiro contato	Acessibilidade	6,68 ± 2,12	6,86 ± 2,73	0,141
Longitudinalidade	–	5,93 ± 2,11	5,72 ± 2,07	0,133
Coordenação da atenção	Integração de cuidados	5,70 ± 4,40	5,55 ± 4,94	0,480
	Sistema de informação	7,09 ± 3,08	6,85 ± 3,37	0,319
Integralidade	Serviços disponíveis	4,50 ± 4,03	3,45 ± 3,42	0,553
	Serviços prestados	4,98 ± 3,45	4,81 ± 3,69	0,476
Orientação familiar	–	6,66 ± 4,31	6,97 ± 3,10	0,194
Orientação Comunitária	–	5,81 ± 4,11	5,18 ± 3,67	0,872
Escore Geral	–	5,92 ± 2,90	4,31 ± 1,02	0,843

* Resultados expressos como média ± desvio padrão; *p*-valor foi obtido por meio do Teste de Mann Whitney, com nível de significância de 95 % de significância ($p \leq 0,05$); Em relação a pessoa portadora incapaz de responder as questões do questionário, a metodologia propõe que as respostas sejam aferidas pelo principal cuidador da pessoa com deficiência que é incapaz de compreender, expressar e compreender os documentos apresentados; Estando estas localizadas como instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde - (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) – Versão Reduzida Adulto (ANEXO A) ou Versão Reduzida Criança (ANEXO B).

A longitudinalidade (5,93 ± 2,11 para a pessoa adulta e 5,72 ± 2,07 para a pessoa com deficiência criança, $p = 0,133$) (Tabela 5), é um dos atributos essenciais e de grande importância na análise das qualidades das unidades de saúde, pois o mesmo resulta em no diagnóstico e em tratamentos mais precisos, reduzindo encaminhamentos desnecessários a especialistas e a realização de procedimentos mais complexos. O acolhimento, como estratégia de mudança na relação entre profissionais e usuários, está intimamente relacionado à boa comunicação e tende a promover a continuidade e efetividade do cuidado por meio de comportamentos como falar, ouvir, conectar e negociar (TEIXEIRA et al., 2022).

Quando há um bom relacionamento e aceitação entre a pessoa com deficiência independente da faixa etária ou seu responsável legal como a equipe, são maiores as chances de haver aconselhamento pré-concepcional, detecção precoce de novas patologias, dentre outros fatores que visam o bem estar e a seguridade do paciente com deficiência (FREITAS et al., 2017). Outro ponto que merece destaque e ainda relacionado aos resultados de longitudinalidade, evidencia um processo de continuidade da atenção à saúde dos portadores de deficiência não muito bem avaliado, corroborando ao que são demonstrados por Quaresma e Stein (2015), que afirmam as formas de contratação dos profissionais no Brasil, em geral, levam à descontinuidade na composição das equipes, o que reflete no cuidado prestado e na continuidade do mesmo.

O atributo coordenação foi considerado satisfatório em relação ao índice Sistema de informação ($7,09 \pm 3,08$ e $6,85 \pm 3,37$ para adultos e crianças, respectivamente) para os participantes avaliados, corroborando com outros estudos realizados no Brasil (ARAUJO, 2018). Sendo um atributo que vai além de um mecanismo de referência e contra referência, mas sim uma ferramenta utilizada para facilitar o fluxo do paciente e fortalecer a comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde. No mesmo atributo “coordenação”, a dimensão integração dos cuidados não apresentaram resultados próximos dos satisfatórios, na prática estes atributos caracterizados como dimensionais se desdobram em “serviços prestados” e “serviços disponíveis”. Na prática, sua implementação é de responsabilidade dos profissionais engajados e na busca por atender de maneira humana e coesa, buscando sempre o aperfeiçoamento e a valorização da construção de diretrizes sólidas do SUS (CUNHA; LEOPARDI; SCHOELLER, 2021).

Os resultados positivos encontrados para o atributo 'Sistemas de Informação' apresentam características específicas que suportam uma pontuação dentro dos valores esperados, mas isso não é necessariamente uma boa avaliação para o atributo. Dos dois itens avaliados neste atributo, um depende inteiramente do familiar/responsável ou mesmo da pessoa com deficiência (apresentar o histórico médico, cartão de saúde da criança, bem como informações adicionais que sempre são solicitadas) para obtenção de pontuações mais elevadas.

Contudo, mesmo que o atributo coordenação da atenção (sistema de informação) tenha sido avaliado positivamente, o atributo “Integralidade” (serviços disponíveis e serviços prestados) foram considerados de fraca orientação como demonstrados em outros estudos. De modo similar, em outras pesquisas foram considerados também como pouco disponíveis, serviços gerais e de rotina, aconselhamento/tratamento quanto ao uso prejudicial de drogas, colocação de talas, identificação de problemas auditivos e visuais, aconselhamento em relação

ao envelhecimento, cuidados familiares com incapacidades, dentre outras reclamações (PAES et al., 2014; LIMA, 2015; QUARESMA; STEIN, 2015).

Assim, a variável integralidade parte do pressuposto de que os usuários possam usufruir de uma clínica adequada e humana que ofereça cuidados de promoção da saúde, prevenção, acompanhamento e detecção precoce de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, além de um ambiente acolhedor e seguro. Prestar atenção integral à saúde do usuário, garantindo o acesso e o acolhimento de suas vontades e necessidades, é um processo que vem se consolidando no Brasil, exigindo a criação de dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando o atendimento em situações de difícil acesso. Vale ressaltar que os scores obtidos para a variável integralidade (serviços disponíveis) foram o que apresentaram menores resultados em todo o estudo com $4,50 \pm 4,03$ para as pessoas com deficiência adultas e $3,45 \pm 3,42$ para a pessoas com deficiência criança ($p = 0,553$) (Tabela 5), estes resultados poderiam ter sido diferentes se a unidade de saúde apresentassem um plano de integralização humano, rápido e eficiente dos sistemas prestados.

No que diz respeito à orientação familiar, os resultados se mostraram como satisfatórios estando acima do score necessário $\geq 6,6$ (Tabela 5). Unidades básicas de saúde que apresentaram melhor resultados compreenderam que conhecer melhor seus pacientes e acompanhantes beneficia de maneira mútua os envolvidos. As diretrizes familiares afirmam que a APS contempla as necessidades individuais, considerando o contexto familiar e seu potencial de cuidado, bem como as ameaças à saúde, utilizando uma abordagem familiar instrumental (PAIM, 2003). Isso pode sugerir a fortalecimento dos serviços no que diz respeito ao trabalho a partir da realidade social e familiar dos usuários e da participação de indivíduos e suas famílias no processo de cuidado, indicando o aprimoramento da atenção orientada a partir dos pressupostos da estratégia de saúde da família.

O último atributo avaliado foi a orientação comunitária, que foi considerada orientação ruim. A orientação comunitária pressupõe que os serviços de saúde devem compreender as necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e interagir diretamente com as populações envolvidas como as pessoas com deficiência (QUARESMA; STEIN, 2015). Logo, a organização e expansão da atenção à saúde, deve ter bases sólidas para promover saúde e qualidade de vida aos indivíduos, famílias e comunidades.

Avaliando o score geral, notamos que o presente estudo revela que o serviço de saúde apresenta fraca orientação, indicando este nível de atenção ainda está distante de uma atuação integral, resolutiva, participativa e de qualidade. Tal constatação se tornou previsível a partir da análise de cada atributo que receberam majoritariamente baixos escores, o mesmo dado foi

apresentado em outras pesquisas (PAES et al., 2014; LIMA, 2015; QUARESMA; STEIN, 2015). Sendo assim, assinala-se que os atributos e dimensões mais bem avaliados foram Acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização), Coordenação da atenção (sistema de informação) e Orientação familiar. Além disso, não foram verificadas diferenças significantes no que se refere à percepção dos usuários com e sem deficiência.

Estes dados indicam que o interesse desenvolvido pelo Serviço de saúde oferecido tem satisfeito parcialmente as expectativas e necessidades de atenção, indicando por um lado que o Serviço é um ponto de referência para estes participantes e responde às suas solicitações e necessidades de atenção. Por outro lado, reitera-se que as qualificações gerais e básicas traduzem uma grande margem de melhoria no atendimento prestado através dos serviços examinados, uma vez que não se atingiu a qualificação máxima possível, ou seja, as características que podem ser melhoradas. Também deve ser notado que é difícil para os serviços identificar problemas específicos de deficiência.

Dentre as limitações observadas no estudo pode considerar que essa avaliação contemplou apenas a experiência de pessoas com deficiência nas fase adulta e quando crianças seus responsáveis legais atendidos nos serviços de saúde do Município de Dois Irmãos do Tocantins, que possivelmente está muito vinculada a suas necessidades individuais e regionais mascarando uma visão mais ampla do Estado como um todo. Este estudo pode ser ampliado através de outras análises que busquem determinar a relação entre as unidades básicas de saúde com demais Municípios do Estado do Tocantins, a fim de assegurar um atendimento justo e igualitário para todos os portadores de alguma deficiência, e a manutenção do atendimento humano e igualitário. Outras dificuldades foram inerentes ao estudo, tais como: dificuldade de obtenção da amostra; contatos telefônicos, moradas incorretas ou inexistentes; elevado número de recusas; escassez de estudos relatados na literatura.

6. CONCLUSÕES

O presente estudo se propôs a avaliar os atributos essenciais e derivados na assistência à saúde de pessoas portadoras de deficiência do Município de Dois Irmãos do Tocantins por meio do instrumento PCATool Brasil versão reduzida. Os resultados obtidos demonstraram que, na visão dos participantes (Portadores de deficiência), as unidades de saúde possuem em sua maior parte uma fraca orientação da atenção primária da saúde (APS). O diagnóstico situacional apresentado neste estudo pode colaborar para a conscientização dos gestores de saúde de como este nível de insatisfação pode afetar a adesão de novos portadores de deficiência, assim como a continuidade do seu cuidado, e conseqüentemente podem influenciar em uma maior mortalidade do município. O instrumento PCATool Brasil – versão reduzida apresentou resultados satisfatórios e robustos para avaliar a presença dos atributos da atenção primária da saúde no contexto da saúde básica e para apontar as potencialidades e fragilidades na assistência à pessoa com deficiência, o que permite o direcionamento para a solução dos problemas. Entretanto, novos estudos populacionais devem ser realizados a fim de elucidar e elencar medidas de caráter Estadual afim de garantir o acesso e a seguridade da atenção primária aos portadores de deficiência e seus responsáveis. Logo, é necessário empenho da gestão e dos profissionais da saúde, e também das usuários que devem ser mais participativos dialogando sobre as necessidades, assim como também na elaboração de intervenções para a melhoria da assistência à saúde do município e do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, M. R.; OLIVEIRA, M. C.; PINTO, M. E.; BALARDIN, G. U.; HARZHEIM, E. Self-perceived health of adult's users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS, Brazil. **Rev Bras Med Fam Comum**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.

ALENCAR, M. N. D.; COIMBRA, L. C.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, A. A. M. D.; PINHEIRO, S. R. D. A.; QUEIROZ, R. C. D. S. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 353-364, 2014. [http:// dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012). 2.

ALMEIDA, M. H. M de et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

ALMEIDA, M. H. M. D.; PACHECO, S.; KREBS, S.; OLIVEIRA, A. M.; SAMELLI, A.; MOLINI-AVEJONAS, D. R.; OLIVER, F. C. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

ALMEIDA, M. H. M. et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

ARAÚJO, J. P. al. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1447-1454, nov. 2018.

ARAÚJO, L. A. D.; MAGAJEWSKI, F. L. Direito fundamental à renda mínima das pessoas com deficiência: Uma análise constitucional do benefício de prestação continuada. **Revista Argumenta**, n. 32, p. 317-340, 2020.

BERNARDES, L.C.G.; ARAÚJO, T.C.C.F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2435-2446, 2012. Acesso em: scielo.br/j/csc/a/5YqYsgQjtbMvwWDsxnTymfS/?format=pdf&lang=pt

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994

BRASIL. Ministerio da educação. **Data reafirma os direitos das pessoas com deficiência visual**. (2023). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/deficiencia-visual#:~:text=Data%20reafirma%20os%20direitos%20das%20pessoas%20com%20defici>

C3%AAncia%20visual&text=Desse%20total%2C%206%2C5%20milh%C3%B5es, enxergar %20(3%2C2%25). Acesso em: 14 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB: **Política Nacional de Atenção Básica** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acessado em 2022 Fev 15]. (Série E Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde** [Internet]. 2012 [acesso 2022 Fev 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.002, de 13 de abril de 2017. Institui, no âmbito no Ministério da Saúde, o **Comitê Gestor da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – PNS/2019** [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2017 abr 13 [citado 2022 fev 09]; Seção 1:30. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1002_17_04_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. 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. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

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, 2010a. 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf Acesso em: 12 de fevereiro de 2022.

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. 80 p.

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.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei 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; 7 jul.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2012b. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>.

BRUNELLI, B. et al. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Social science & medicine**, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000.

CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L.; GAMA, C. A. P. D.; CAMPOS, G. W. D. S.; TRAPÉ, T. L.; DANTAS, D. V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em debate**, v. 38, p. 252-264, 2014.

CARÂP, L. J. **A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total: qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar: a experiência do Hospital Orêncio de Freitas**. 1997. Tese de Doutorado.

CARNEIRO, M. D. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. D. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 279-295, 2014. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S021>.

CASTRO, R. C. L. D.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-1784, 2012.

CHOMATAS, E. R. D. V.; VIGO, A.; MARTY, I. K.; HAUSER, L.; HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro. Vol. 8, no. 29 (out./dez. 2013), p. 294-303.**, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, p. 705-711, 2006.

COSTA, F. P. et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde para a Rede Cegonha: Avaliação da Estrutura e Processo. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 10, n. 2, 2022.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Digitaliza Conteúdo, 2020.

CUNHA, T. E. O.; LEOPARDI, M. T.; SCHOELLER, S. D. **Pessoas com Deficiência: cuidado integral,(re) habilitação e (re) significação**. Editora Dialética, 2021.

D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. D. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 855-865, 2017.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691, 2005.

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

DUTRA, F. C. M. S. et al. Oportunidades no mercado de trabalho: análise das vagas de emprego disponíveis para pessoas com deficiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 147-163, 2020.

DUTRA, F. C. M. S. et al. Oportunidades no mercado de trabalho: análise das vagas de emprego disponíveis para pessoas com deficiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 147-163, 2020.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669, 2006.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 208-223, 2018.

FEKETE, C. et al. Is financial hardship associated with reduced health in disability? The case of spinal cord injury in Switzerland. **PloS one**, v. 9, n. 2, p. e90130, 2014.

FERRER, A. P. S.; BRENTANI, A. V. M.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; NAVEGA, A. C. B.; CERQUEIRA, E. S.; GRISI, S. J. F. E. The effects of a people-centred model on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare services—Brazilian evidence. **Health policy and planning**, v. 29, n. suppl_2, p. ii107-ii113, 2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paulista de enfermagem**, v. 24, p. 430-433, 2011.

FRAGA, M.N.O.; SOUSA, A.F. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.2, p.418-23, 2009.

FREITAS, C. M. L. et al. A inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: uma reflexão à luz da responsabilidade social empresarial. **Revista Economia & Gestão**, v. 17, n. 48, p. 98-118, 2017.

GOOGLE. **Dois Irmãos do Tocantins**. In: Wikipédia, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2021. Disponível em:

<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Dois_Irm%C3%A3os_do_Tocantins&oldid=61142912>. Acesso em: 13 fev. 2022.

GUIMARÃES, L. M.; CUNHA, G. M. Diferenças por sexo e idade no preenchimento da escolaridade em fichas de vigilância em capitais brasileiras com maior incidência de dengue, 2008-2017. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00187219, 2020.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. EDUFBA, 2005.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C. D.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 8, n. 29 (out./dez. 2013), p. 274-284., 2013.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1649-1659, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2019**. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

JÚNIOR, M. A. S.; BASTOS, A. Lei 13.981/2020: aumento da faixa de renda para concessão do BPC. **JURIS-Revista da Faculdade de Direito**, v. 30, n. 1, p. 139-154, 2020.

KATZ, N.; ROMAN, R.; RADOS, D. V.; OLIVEIRA, E. B. D.; SCHMITZ, C. A. A.; GONÇALVES, M. R.; UMPIERRE, R. N. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1389-1400, 2020.

KEMPER, E. S. **Programa Mais Médicos: contribuições para o fortalecimento da atenção primária à saúde**. 2016. 158 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

KRAUSE, J. S.; CARTER, R. E. Risk of mortality after spinal cord injury: relationship with social support, education, and income. **Spinal cord**, v. 47, n. 8, p. 592-596, 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, E. F. A. et al. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 23, n. 3, maio/jun. 2015. Disponível em: . Acesso em: 20 de abril. 2023.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L; FAUSTO, M. C. R.; BOUSQUAT, A.; SILVA, E. V. D. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 52-66, 2018.

LUPTON, D. Special section on ‘Sociology and the Coronavirus (COVID-19) Pandemic’. **Health Sociology Review**, v. 29, n. 2, p. 111-112, 2020.

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

MALTA, D. C. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3253-3264, 2016.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v. 2, p. 44-50, 2009.

MENEZES, S. R. da S. **Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade Sapezal–MT: uma análise descritiva**. 2021. Tese de Doutorado- Fio Cruz, Brasília – DF.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 863-872, 2013.

NOGUEIRA, G. C.; SCHOELLER, S. D.; RAMOS, F. R. D. S.; PADILHA, M. I.; BREHMER, L. C. D. F.; MARQUES, A. M. F. B. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3131-3142, 2016

OLIVER, F. C.; TISSI, M. C.; AOKI, M.; VARGEM, E. D. F.; FERREIRA, T. G. Participación y ejercicio de derechos de personas con discapacidad: análisis de un grupo de convivencia en una experiencia comunitária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, p. 275-288, 2004.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. Vol. 8, no. 29 (out./dez. 2013), p. 256-263, 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde [página na internet] **Informações sobre a COVID-19 para profissionais de saúde**. [acesso em 12 fev de 2022]. Disponível em: <https://opascovid.campusvirtualsp.org>.

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, p. 177-188, 2009.

PAES, N. A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 36, n. 2, p. 87-93, 2014.

PAES, N. A.; SILVA, C. S.; FIGUEIREDO, T. M. R. M. D.; CARDOSO, M. A. A.; LIMA, J. D. O. Satisfação de usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção básica no Brasil: um estudo de validação. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, v. 36, nº. 2 P. 87-93, 2014.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 165-181, 2003.

PAIVA, J. C. M.; BENDASSOLLI, P. F.; TORRES, C. C. Sentidos e significados do trabalho: dos impedimentos às possibilidades do trabalho de pessoas com deficiências. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 218-239, 2015.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. 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. **Physis**. 2016, vol.26, n.3. pp.1033- 1051. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000301033&lng=p&nrm=iso

QUARESMA, F. R. P. **Saúde de crianças e adolescentes em comunidades vulneráveis no norte do Brasil**. Tese de doutorado (Ciências da Saúde). Departamento de Saúde da Coletividade da Faculdade de Medicina do ABC. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 59f. 2018.

QUARESMA, F. R. P.; STEIN, A. T. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2461-2468, 2015.

QUARESMA, F. R. P.; STEIN, A. T. Attributes of primary health care provided to children/adolescents with and without disabilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 20, P. 2461-2468, 2015.

REICHENBERGER, V. et al. O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 29, 2020.

REIS, J. G.; ARAÚJO, S. M.; GLAT, R. Autopercepção de pessoas com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito. **Revista Educação Especial**, v. 32, p. 1-16, 2019.

SANTOS, M. C. **Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SCHULTZ, T. G.; CARMO, A. C. M. Cuidado da criança com deficiência na Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 3, p. 611, 2016.

SELLERA, P. E. G.; PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E.; MEDEIROS, O. L. D.; RAMOS, L. G.; MARTINS, C.; D'AVILA, O. P. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020.

SHOGREN, K. A.; TURNBULL, H. Rutherford. Core concepts of disability policy, the convention on the rights of persons with disabilities, and public policy research with respect to

developmental disabilities. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, v. 11, n. 1, p. 19-26, 2014.

SILVA, N. L. P.; FURTADO, A. V.; ANDRADE, MELO, J. F. C. A inclusão no trabalho sob a perspectiva das pessoas com deficiência intelectual. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 1003-1016, 2018.

SILVA, R. S.; FEDOSSE, E. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, p. 357-366, 2018.

STARFIELD, B. Effects of poverty on health status. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 68, n. 1, p. 17, 1992.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Religion in America, 1998.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00208-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00208-1)

STARFIELD, B.; SHI, L.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, p. 161-161, 2001.

TEIXEIRA, I. F. et al. **Contextos e condutas em atenção primária à saúde–Volume 2**. Editora da PUCRS, 2022.

TURCI, M. A. et al. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. **Rede APS, Belo Horizonte**. v. 1, n. 1, mar. 2019. Disponível em: . Acesso em 20 de abril. 2023.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

URSINE, B. L.; PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

VIDAL, T. B. et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, 2018.

ZARILI, T. F. T. Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB. 2015. 156 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/131910>>.

ZILS, A. A.; DE CASTRO, R. C. L.; OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B. B. Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 4, n. 16, p. 270-276, 2009.

Apêndice A - Questionário Socio Econômico demográfico da Pessoa Portadora de Deficiência

Dia da Entrevista: ___/___ Horário da Entrevista: ___:___

Nome Completo: _____ Sexo: F() M()

Faixa etária: () 0 a 10 anos, () 11 a 15anos, () 16 a 25 anos, () 25 a 35, () 35 a 50 anos () mais de 50 anos;

Endereço (Logradouro, bairro, cidade, CEP):

1. Cor ou raça:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Amarela | <input type="checkbox"/> Outro |

2. Estado Civil:

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> União Estável | <input type="checkbox"/> Viúvo |
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Coabitação |

3. Escolaridade:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Médio incompleto | <input type="checkbox"/> Médio completo | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Superior completo | <input type="checkbox"/> Pós graduação | <input type="checkbox"/> Outros |

4. Ocupação laboral:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empregado CLT | <input type="checkbox"/> Aposentado INSS | <input type="checkbox"/> Desempregado motivo de saúde |
| <input type="checkbox"/> Autônomo | <input type="checkbox"/> Pensionista | <input type="checkbox"/> Desempregado por outro motivo |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador Rural | <input type="checkbox"/> Benéfico por invalidez | <input type="checkbox"/> Do Lar |

5. Reside com:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pais | <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Sozinho | |

6. Posição na família:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Filho | <input type="checkbox"/> Outro |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Pai Irmão

7. Renda Mensal anterior a deficiência:

Sem renda Menos de 1 salário Menos de 2 salários mínimos
 de 2 a 4 salários de 4 a 10 salários mais de 10 salários mínimos

8. Renda Mensal posterior a deficiência:

Sem renda Menos de 1 salário Menos de 2 salários mínimos
 de 2 a 4 salários de 4 a 10 salários mais de 10 salários mínimos

9. Tipo de moradia:

Própria Alugada Cedida por conhecidos
 Mora em abrigo Situação de abandono

10. Utiliza serviço de saúde:

Sim Não Se sim, quantas vezes?

11. Tipo de deficiência:

<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Sequela de AVC	<input type="checkbox"/> Hemiparesia
<input type="checkbox"/> Hemiplegia	<input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> Paraparesia
<input type="checkbox"/> Tetraplegia	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Deficiência visual
<input type="checkbox"/> Deficiência cognitiva	<input type="checkbox"/> Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> Outros

12. A deficiência precede o nascimento:

Sim Não

13. Se sente acolhido na Unidade básica de saúde, justifique logo abaixo da resposta.

Sim Não

Apêndice B - Questionário Socio Econômico demográfico do familiar responsável ou cuidador

Dia da Entrevista: ___/___ Horário da Entrevista: ___:___

Nome Completo: _____ Sexo: F() M()

Faixa etária: () 0 a 10 anos, () 11 a 15anos, () 16 a 25 anos, ()25 a 35, ()35 a 50 anos () mais de 50 anos;

Endereço (Logradouro, bairro, cidade, CEP):

1. Cor ou raça:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Preta | <input type="checkbox"/> Amarela | <input type="checkbox"/> Outro |

2. Estado Civil:

- | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> União Estável | <input type="checkbox"/> Viúvo |
| <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Coabitação |

3. Escolaridade:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Médio incompleto | <input type="checkbox"/> Médio completo | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Superior completo | <input type="checkbox"/> Pós graduação | <input type="checkbox"/> Outros |

4. Ocupação laboral:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empregado CLT | <input type="checkbox"/> Aposentado INSS | <input type="checkbox"/> Desempregado motivo de saúde |
| <input type="checkbox"/> Autônomo | <input type="checkbox"/> Pensionista | <input type="checkbox"/> Desempregado por outro motivo |
| <input type="checkbox"/> Trabalhador Rural | <input type="checkbox"/> Benéfico por invalidez | <input type="checkbox"/> Do Lar |

5. Reside com:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pais | <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) | <input type="checkbox"/> Sozinho | |

6. Posição na família:

- Mãe Filho Responsável
 Pai Irmão Outro

7. Renda Mensal anterior a deficiência do portador:

- Sem renda Menos de 1 salário Menos de 2 salários mínimos
 de 2 a 4 salários de 4 a 10 salários mais de 10 salários mínimos

8. Renda Mensal posterior a deficiência do portador:

- Sem renda Menos de 1 salário Menos de 2 salários mínimos
 de 2 a 4 salários de 4 a 10 salários mais de 10 salários mínimos

9. Tipo de moradia:

- Própria Alugada Cedida por conhecidos
 Mora em abrigo Situação de abandono

10. Utiliza serviço de saúde:

- Sim Não () Se sim, quantas vezes?

11. Se sente acolhido na Unidade básica de saúde (UBS), justifique logo abaixo da resposta.

- Sim Não

12. Sente que os profissionais de saúde da UBS são aptos para tratar com pessoas com deficiência, justifique logo abaixo da resposta.

- Sim Não



Apêndice C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – N. _____

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM DOIS IRMÃO/TO**” e nós gostaríamos de entrevistá-lo (a). Essa pesquisa está sendo conduzida pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT). Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

OBSERVAÇÃO: Caso o participante não tenha condições de ler ou assinar este TCLE, o mesmo poderá ser consentido por gravação do consentimento em formato de vídeo.

Justifica-se a escolha da temática, entendendo que se faz necessário, na atualidade, a compreensão da promoção da saúde como um acréscimo da consciência política da população, para sua organização perante a pessoas com deficiência correlacionados aos resultados da Atenção Primária em Saúde.

PROCEDIMENTOS:

A entrevista irá durar, aproximadamente, 20 minutos. O(A) sr(a) foi abordado em local mais adequado (sala reservada e privativa, podendo ser na sua própria residência ou em outro local previamente agendado). Foi concedido tempo adequado para que o(a) sr(a) possa refletir e tomar decisão livre e esclarecida O(A) sr(a) responderá perguntas sobre a oferta dos serviços de saúde prestados e um questionário sócio demográfico.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Se notarmos durante a pesquisa algum constrangimento ou de qualquer outra natureza que venha a lhe causar prejuízos, o(a) sr(a) poderá nos avisar que levaremos as demandas aos professores pesquisadores responsáveis para providências.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A entrevista que foi realizada é gratuita. A seguir apresentamos os **RISCOS** bem como as medidas para sua minimização e as medidas de precaução/prevenção para minimização destes, decorrentes da participação do sr(a) nessa pesquisa:

- **Possibilidade de constrangimento ou desconforto ao responder o questionário:** foi realizado esclarecimento prévio sobre a pesquisa através da leitura deste TCLE; Foi garantida a privacidade para responder o questionário; Sua participação foi voluntária; A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento.
- **Quebra de sigilo/anonimato:** As respostas foram confidenciais e foram resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato. Os dados foram armazenar de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não autorizadas, entre outros prejuízos; Caso haja necessidade de realizarmos entrevista on-line foi feito individualmente evitando-se assim a utilização de listas que permite a identificação

dos convidados bem como a visualização dos seus dados de contato (e-mail, telefone, etc) por terceiros; Foi realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

- **Estresse ou dano:** Assistência psicológica se necessária que foi direcionada a equipe qualificada (representadas pelos pesquisadores responsáveis) para encaminhamento/providências.

- **Cansaço ao responder às perguntas:** Foram utilizados questionários com versão resumida e em caso de extensas respostas, foram realizadas pausas na entrevista caso o participante apresente sinais de cansaço.

- **Risco de contaminação** pelo Novo coronavírus (Covid-19) tanto por parte dos profissionais como por parte dos participantes: Os profissionais estarão devidamente paramentados (e vacinados quando possível) conforme orientações as medidas de prevenção recomendadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde no enfrentamento da doença.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

BENEFÍCIOS: Pretende-se propor o fortalecimento e reorganização da Atenção Primária, garantindo aos gestores tomada de decisão orientadas por evidências, estas a fim de desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados aos usuários portadores de deficiência. Dessa forma, entende-se que além da contribuição científica a presente proposta apresenta contribuição em caráter social.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o (a) sr(a) pode interromper o preenchimento mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não foi exposto(a) a qualquer tipo de penalidade. A sua participação foi mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa foram confidenciais e foram usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais foram transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na entrevista foram identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em **duas vias originais**, sendo que uma foi arquivada pelo pesquisador responsável e a outra foi fornecida ao Sr.(a). Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, foram destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com os pesquisadores Matheus Morbeck Zica, Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma ou Larlla Veruska Arrates Pires Tozzatti, responsáveis pela Pesquisa ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA, [Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO, Complexo Laboratorial, telefone (63) 3219-8076 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados), órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

DECLARAÇÃO PESQUISADORES/RESPONSÁVEIS

DECLARAMOS estar cientes de todos os detalhes inerentes a pesquisa e COMPROMETEMO-NOS a acompanhar todo o processo, presando pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS n.466/12 e, especialmente, pela integridade do sujeito da pesquisa.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas. Ciente do conteúdo, assino o presente termo.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura dos Pesquisadores Responsáveis

Palmas/TO _____/_____/_____.

Contato da Coordenação da Pesquisa:

Matheus Morbeck Zica

Tel: (63)99294-2000

E-mail: mmorbeckz@yahoo.com.br

Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma

Tel: (63)98100-8485

E-mail: quaresma@mail.uft.edu.br

Larlla Veruska A P Tozzatti

Tel: (63)98433-0305

E-mail: larlla.veruska@mail.uft.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

Universitário Luterano de Palmas –

CEP/CEULP

Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO

CEP 77.019-900

Telefone: (63) 3219-8076 E-

mail: etica@ceulp.edu.br

Apêndice D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE-online

Texto do Formulário:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “**AValiação DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRESTADA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM DOIS IRMÃO/TO**” e nós gostaríamos de entrevistá-lo (a). Essa pesquisa está sendo conduzida pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT). Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Justifica-se a escolha da temática, entendendo que se faz necessário, na atualidade, a compreensão da promoção da saúde como um acréscimo da consciência política da população, para sua organização perante a pessoas com deficiência correlacionados aos resultados da Atenção Primária em Saúde.

PROCEDIMENTOS:

A sua participação implica no preenchimento de um questionário que contempla perguntas sobre o papel social, a oferta dos serviços de saúde prestados e um questionário sócio demográfico. Você irá despende cerca de 15 minutos para responder o questionário de pesquisa. Caso haja necessidade os pesquisadores agendarão data e horário para a realização da entrevista on-line, a mesma foi realizada e registrada na plataforma digital *Google meet*, caso o participante não apresente a habilidade de utilizar a plataforma, poderá ser utilizada a plataforma *Skype* ou ainda o aplicativo de chamadas de áudio-vídeo-texto *whattsApp*, sendo que no último caso, o registro de voz da entrevista foi feito por um gravador digital, pois essa ferramenta não permite o registro do diálogo. O(A) sr(a) poderá escolher o local mais adequado (sala reservada e privativa) para a realização da entrevista, de preferência um local que possa garantir o mínimo de ruídos sonoros e interferências de outras pessoas. A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro contendo questões abertas sobre o tema em estudo e cada entrevista foi transcrita para posterior análise.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Se notarmos durante a pesquisa algum constrangimento ou de qualquer outra natureza que venha a lhe causar prejuízos, o(a) sr(a) poderá nos avisar que levaremos as demandas aos pesquisadores responsáveis para providências.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO RISCOS E BENEFÍCIOS:

A entrevista que foi realizada é gratuita. Durante o preenchimento do instrumento, caso haja algum desconforto, você poderá optar por não responder a pergunta ou interromper a sua participação a qualquer momento. Se entender ser necessário, ainda, você terá acesso por meio das informações contidas no fim deste instrumento ao contato dos pesquisadores do estudo. Mediante sinalização de demanda, foi agendado encontro virtual via vídeo-chamada para acolhimento, a ser realizado por membros da equipe de pesquisa. Ainda, após este primeiro contato, mediante entendimento de que outros encontros sejam necessários para mitigar dificuldades de ordem psicológica geradas no contexto da pesquisa, foram agendados encontros posteriores. As respostas foram confidenciais e foram resguardadas pelo sigilo dos pesquisadores durante a pesquisa e divulgação dos resultados, assegurado também o anonimato. Os dados foram armazenados de forma apropriada os dados da pesquisa, evitando possíveis riscos, acessos sem autorização, modificações não autorizadas, entre outros prejuízos. Foi realizado o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

BENEFÍCIOS: Pretende-se propor o fortalecimento e reorganização da Atenção Primária, garantindo aos gestores tomada de decisão orientadas por evidências, estas a fim de desenvolver ações de melhoria na qualidade

dos cuidados ofertados aos usuários portadores de deficiência. Dessa forma, entende-se que além da contribuição científica a presente proposta apresenta contribuição em caráter social.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Sua participação é voluntária e o (a) sr(a) pode interromper o preenchimento mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não foi exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

A sua participação foi mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa foram confidenciais e foram usadas somente com fins estatísticos. Seu nome, endereço e outras informações pessoais foram transformados em um código de identificação único. As informações coletadas na entrevista foram identificadas apenas através do código, sem nenhuma identificação pessoal.

Foi garantido ao sr(a) o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que foram abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada. Enfatizamos a importância do sr(a) guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, foram destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP/ULBRA, (CAAE XXXXXX21.X.XXXX.XXXX).

Para perguntas sobre a pesquisa, entre em contato com a Equipe de pesquisadores do projeto:

- *Matheus Morbeck Zica* [(63)99294-2000 - mmorbeckz@yahoo.com.br];
- *Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma* [(63)98100-8485 - quaresma@mail.uft.edu.br];
- *Larlla Veruska Arrates Pires Tozzatti* [(63)98433-0305 – larlla.tozzatti@mail.uft.edu.br];
- CEP/CEULP/ULBRA através do e-mail etica@ceulp.edu.br ou do telefone (63) 3219-8076.

ANEXO A - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – (PCATool – Primary Care Assessment Tool) Brasil Versão Reduzida Adulto.

PCATool – BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA

Instrumento Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a)

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adocece ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não (Passe para A2)
Sim (Siga para-A1.1)

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

Não (Passe para A3)
Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido no item A1 (Passe para A3)
Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A4.1 Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas foram sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4) Com Certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

C4. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

D - LONGITUDINALIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E9. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

F - COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H11. Como prevenir quedas

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador(a): A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” é realizada essa iniciativa?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas:

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

ANEXO B - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) Brasil
Versão Reduzida Criança.

PCATOOL – BRASIL PARA PACIENTES CRIANÇAS VERSÃO REDUZIDA

A - AFILIAÇÃO COM UM(A) SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO(A) OU ENFERMEIRO(A)

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente leva a criança quando ele(a) adoecer ou se você precisa de conselhos sobre a saúde dele(a)?

Não (Passe para A2)	Sim (Siga para A1.1)
----------------------------	-----------------------------

A1.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A1.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece a criança como pessoa?

Não (Passe para A3)
Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a) no item A1 (Passe para A3)
Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1 (Siga para A2.1)

A2.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A2.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?

Não (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2 (Passe para 'AFILIAÇÃO')
Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2 (Siga para A3.1)

A3.1 Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional? A3.2 Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

B1. Quando a criança precisa de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

B2. Quando a criança tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

C1. Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a) e a criança adoecer, alguém deste serviço de saúde atende a criança no mesmo dia?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

C3. É fácil marcar uma consulta de revisão para a criança (consulta de rotina, check-up) no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

C4. Quando você chega no(a) “serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para que a criança consulte com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D - LONGITUDINALIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

D1. Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende a criança todas às vezes?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D2. Se você tiver uma pergunta pode telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que melhor conhece a criança?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre a saúde da criança ao(à) médico(a)/enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D8.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a história clínica (história médica) completa da criança?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

D11. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a família da criança bastante bem?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. A criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no(a)/com o(a) “serviço de saúde/ médico(a)/ enfermeiro(a)”?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E5. Depois que a criança foi a esse(a) especialista ou no serviço especializado, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E6. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que a criança recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se a criança foi bem ou mal atendida)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

F - COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

F2. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a criança, a família da criança ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento.

Indique se no(a) “serviço de saúde” essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas): Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

G3. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G4. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G5. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G6. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

G9. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que a criança e/ou você pode(m) ter recebido durante alguma consulta no(a)/com o(a) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)”. Por favor, responda se os seguintes assuntos relativos ao cuidado de saúde da criança já foram ou são discutidos (conversados) com você?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

H3. Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, o que você deve esperar para cada idade (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H4. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento da criança

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

H5. Maneiras para manter a criança segura (ex.: evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a experiência da família da criança com os profissionais da saúde no “serviço de saúde”.

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

I1. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado da criança?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

I2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” já perguntou para você sobre doenças ou problemas que podem ocorrer na família da criança (ex.: câncer, alcoolismo, depressão)?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

I3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com outros membros da família da criança se você achasse necessário?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

J2. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” da criança conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com Certeza não	Não sei/Não lembro

Entrevistador(a): A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) “serviço de saúde” é realizada essa iniciativa?

J4. Convida você e a família da criança para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro