UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ariela de Queiroz Correia Nóbrega

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde por profissionais e Pessoas com Deficiência do município de João Pessoa

JOÃO PESSOA-PB
2024

Ariela de Queiroz Correia Nóbrega

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde por profissionais e Pessoas com Deficiência do município de João Pessoa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientadora: Luciana Figueiredo de Oliveira

JOÃO PESSOA-PB
2024

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N754a Nóbrega, Ariela de Queiroz Correia.
Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde por profissionais e Pessoas com Deficiência do município de João Pessoa / Ariela de Queiroz Correia Nóbrega. - João Pessoa, 2024.
113 f. : il.

Orientação: Luciana Figueiredo de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Serviços de saúde - Pesquisa. 3. Pessoas com Deficiência. I. Oliveira, Luciana Figueiredo de. II. Título.

UFPB/BC CDU 616-083(043)

Elaborado por Walqueline da Silva Araújo - CRB-15/514

Ariela de Queiroz Correia Nóbrega

Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde por profissionais e Pessoas com Deficiência do município de João Pessoa

Banca Examinadora

_____

Profa. Dra. Luciana Figueiredo de Oliveira
Orientador - PPGSC/UFPB

_____

Prof. Dr.Wilton Wilney Nascimento Padilha
Examinador - PPGSC/UFPB

_____

Prof. Dra. Daniella de Souza Barbosa
Examinadora - PPGE/UFPB

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda força, gratidão infinita. Foi Ele quem me sustentou em cada desafio, quem iluminou os caminhos nos momentos de dúvida e quem me presenteou com pessoas tão especiais nesta jornada.

Ao meu pai, Francisco de Assis, que tanto me ama e que eu amo tanto. Painho, nossa ligação é tão forte e para todas as vidas. Meu coração e mente sempre estão com você.

A minha mãe, *in memoriam* Maristela Cavalcante pelo dom da vida.

Ao meu esposo, Eduardo, por ser meu porto seguro e ser um sujeito tão admirado por mim e nossos filhos. Sua força, honestidade e objetividade me equilibram e me incentivam. Agradeço pela sua competência me ajudando com a estatística e com as questões de edição. Você é fera. Eu te amo!

Aos meus filhos, Eduardo Filho e Larissa, que trouxeram à tona uma Ariela impensável. A força e o amor que recebo de vocês dois são Divinos. Vocês dois abrilhantaram a minha vida, mostrando o que de fato é ter e ser mãe. Obrigada!

Ao meu irmão, Ramon, que mesmo de longe, me escuta com tanto entendimento, compartilha sabores e dissabores e renova as forças, fornecendo o acalento.

De forma forte e especial, agradeço à minha orientadora, Dra. Luciana Figueiredo, um verdadeiro anjo enviado por Deus. Sua sabedoria, generosidade e empatia ultrapassam qualquer expectativa de orientação. Mais do que uma mentora, você é um exemplo de humanidade e inspiração. Eu a admiro profundamente e me sinto abençoada por tê-la nesta jornada. Parabéns por saber respeitar as pessoas de forma tão linda. Me sinto muito respeitada e incentivada por você.

À professora Dra. Janaína Von Sohsten, que acreditou em mim lá no início, quando tudo parecia tão distante. Obrigada por plantar as primeiras sementes desta jornada.

À minha Psicanalista Ana Carolina Paz, que de forma competente e tranquila me leva numa jornada necessária, exaustiva e forte de autoconhecimento. Obrigada.

Gostaria de expressar minha mais sincera gratidão aos membros da banca examinadora, Dra. Daniella Barbosa, Dra. Maria Luiza e Dr. Wilton Padilha pela disponibilidade, atenção e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho. Suas considerações e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento da pesquisa e para o meu desenvolvimento acadêmico.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio concedido por meio de financiamento e incentivo à pesquisa. Esse suporte foi essencial para viabilizar as etapas deste estudo e contribuir para o fortalecimento da formação acadêmica e científica no Brasil.

E, por fim, mas com igual intensidade, meu sincero agradecimento aos profissionais e às pessoas com deficiência que participaram deste trabalho. Vocês confiaram em mim, compartilharam suas histórias e enriqueceram este estudo de forma única e especial. Esta dissertação também é uma homenagem a cada um de vocês.

A todos vocês, minha gratidão eterna.

EPÍGRAFE

“Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.”

Michel Foucault

RESUMO:

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central na organização do cuidado em saúde, especialmente no atendimento de populações vulnerabilizadas, como pessoas com deficiência (PcD). Avaliar a APS é fundamental para identificar falhas e potencialidades no sistema, permitindo ajustes que promovam maior equidade e eficiência no cuidado prestado. Este estudo teve como objetivo avaliar os atributos essenciais e derivados da APS na percepção de profissionais e PcD do município de João Pessoa. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, envolvendo 201 profissionais da ESF e 38 PcD, sendo destes últimos 18 que responderam a versão adultos e 20 sujeitos responderam a versão crianças. Foi desenvolvido em uma primeira etapa com a aplicação do instrumento PCATool Brasil versão profissionais para os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família e na segunda etapa a aplicação do instrumento PCATool versões reduzidas criança e adulto para PcD usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de João Pessoa. A amostra dos profissionais foi definida pela técnica de amostragem estratificada e a dos usuários pela técnica bola de neve. Os resultados mostraram que a APS foi avaliada de forma positiva pelos profissionais, obtendo escore geral de 7,29, valor que ultrapassa o ponto de corte 6,6, enquanto as PcD apontaram barreiras relacionadas aos atributos essenciais e derivados, revelando uma avaliação negativa, na qual algumas das variáveis analisadas, como por exemplo, acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade obtiveram as medianas abaixo do ponto de corte, obtendo a mediana geral de 5,22. Conclui-se que, apesar de avanços na implementação da APS, existem lacunas, como a fragilidade da acessibilidade e da equidade que precisam ser abordadas para garantir um cuidado inclusivo e efetivo às PcD. Este trabalho contribui para o fortalecimento das políticas públicas e estratégias de cuidado inclusivo na APS.
Palavras – Chaves: Atenção Primária à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Pessoas com deficiência.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) plays a central role in the organization of health care, especially in the care of vulnerable populations, such as people with disabilities (PwD). Evaluating PHC is fundamental to identifying flaws and potentialities in the system, allowing for adjustments that promote greater equity and efficiency in the care provided. This study aimed to evaluate the essential and derived attributes of PHC based on the perception of professionals and PwD in the city of João Pessoa. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, involving 201 Family Health Strategy (FHS) professionals and 38 PwD, of which 18 answered the adult version and 20 answered the child version. The first stage was developed with the application of the PCATool Brazil professional version instrument to Family Health Team workers, and the second stage involved the application of the PCATool child and adult short versions to PwD using the Family Health Units (FHU) in the city of João Pessoa. The professional sample was defined using stratified sampling, and the user sample using the snowball sampling technique. The results showed that PHC was evaluated positively by professionals, obtaining an overall score of 7.29, a value that exceeds the cutoff point of 6.6, while PwD pointed out barriers related to essential and derived attributes, revealing a negative evaluation, in which some of the analyzed variables, such as first-contact access with the health system, longitudinality, and comprehensiveness, obtained medians below the cutoff point, resulting in an overall median of 5.22. It is concluded that, despite advances in the implementation of PHC, there are gaps, such as the fragility of accessibility and equity, that need to be addressed to ensure inclusive and effective care for PwD. This study contributes to the strengthening of public policies and inclusive care strategies in PHC.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Research. People with Disabilities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Quantidade de equipes de saúde da família participantes no estudo por DS 29
Quadro 2 Quantidade de PCD participantes no estudo por distrito sanitário 30

Lista de Tabelas

Tabela 1 Escore Geral Baixo e Escore Geral Alto de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por Categoria profissional e DS. 43
Tabela 2 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por DS. 43
Tabela 3 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por DS. 44
Tabela 4 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por categorias profissionais. 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PcD	Pessoa com Deficiência
APS	Atenção Primária à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
eMulti	Equipes Multiprofissionais
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
SUS	Sistema Único de Saúde
DS	Distrito Sanitário
USF	Unidade de Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais

Sumário

1 INTRODUÇÃO *10*

2 OBJETIVOS *14*

2.1 Objetivo Geral **14**

2.2 Objetivos Específicos **14**

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA *15*

3.1 Avaliação da APS no Brasil **15**

3.2 O cuidado à pessoa com deficiência: aspectos históricos e conceituais **19**

3.3 A Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPcD) e o papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com deficiência: desafios e possibilidades. **23**

4 METODOLOGIA *27*

4.1 Desenho do estudo **27**

4.2 Cenário **27**

4.3 Participantes **28**

4.4 Critérios de inclusão, exclusão e perda **30**

4.5 Procedimentos para coleta de dados **32**

4.6 Análise dos dados **34**

4.7 Considerações Éticas **35**

5 ARTIGO 1: *37*

Avaliação dos atributos da Atenção Primária À Saúde do município de João Pessoa na perspectiva dos trabalhadores *37*

6 ARTIGO 2: *53*

Avaliação da Atenção Primária à Saúde De João Pessoa Na Perspectiva De Usuários Com Deficiência. *53*

8 REFERÊNCIAS *70*

ANEXO 1: PCATOOL – BRASIL PARA PACIENTES CRIANÇAS VERSÃO REDUZIDA 2020 *75*

ANEXO 2: PCATOOL – BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA 2020 *85*

ANEXO 3: PCATOOL - BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS 2010 *93*

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP *104*

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) *108*

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é amplamente reconhecida como um pilar estratégico para sistemas de saúde eficientes e equitativos, respondendo às variadas demandas da população. Seu funcionamento, no entanto, difere entre os países, influenciados por modelos de proteção social, políticas públicas e características dos sistemas de saúde onde estão inseridos. A APS teve relevante papel nos sistemas universais de saúde na Europa e na União Soviética no pós-guerra, priorizando ações médicas voltadas à integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (ALMEIDA; SANTOS, 2022). No Brasil, a APS representa o primeiro nível de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), englobando uma diversa gama de ações e serviços com foco em garantir uma atenção integral que melhore as condições de saúde da população.

Ela é considerada a principal via de acesso ao SUS e atua como elo central entre os diferentes serviços da Rede de Atenção, tendo como base os princípios de universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, equidade, humanização e responsabilização. Essa estrutura organiza o fluxo dos atendimentos, conectando níveis de complexidade distintos de maneira eficiente. A descentralização da APS é uma marca do SUS, sendo fortalecida por iniciativas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que disponibiliza equipes multidisciplinares para atender às comunidades nas Unidades de Saúde da Família (USF) (ALMEIDA E SANTOS, 2022).

Fundamentando-se no impacto que a APS representa para as populações, avaliar este estrato do sistema de saúde representa um processo potente para alcançar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde. A sistematização deste processo teve seus primeiros indícios com a criação do SUS (MACINKO *et al*, 2018). No entanto, os estudos com esse propósito no Brasil têm sido realizados principalmente nas regiões Sul e Sudeste, considerando majoritariamente a percepção de profissionais. Além disso, pesquisas ressaltam a importância da utilização de instrumentos validados para este fim.

No que se refere especificamente às Pessoas com Deficiência (PcD), um dos focos deste estudo, a APS representa um modelo de cuidado integral e equitativo que promove autonomia, qualidade de vida e inclusão social, oferecendo ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidados continuados.

Os documentos oficiais voltados à saúde desta população, marcam as tentativas de promover um cuidado de qualidade e eficaz, com base em suas reais necessidades e apontam a APS como parte importante da Rede de Atenção à Saúde desses sujeitos. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, é um importante documento que aborda o cuidado às PcDs. Em 2015, a referida política foi atualizada e complementada pela Lei nº 13.146, a Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, de 6 de julho de 2015.

A implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, no ano de 2012 como resultado do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – RedeCin Brasil, representa outra grande conquista para as PcD. Essa rede está integrada ao processo de descentralização e regionalização do SUS, promovendo a atenção à saúde de forma equitativa e territorializada. Além disso, a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência nos Diferentes Brasis é uma iniciativa desenvolvida no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil para articular e fortalecer o cuidado integral às pessoas com deficiência no SUS.

Recentemente, em 2023 a nova Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro, propõe: promoção, qualidade de vida e prevenção de forma integral; ações de saúde sob os aspectos das RAS; educação permanente; articulação intrasetorial, intersetorial e interinstitucional. Além disso, prevê pesquisas, informação em saúde ampliada, dados e sistemas de informações em saúde e participação e controle social (BRASIL, 2023).

Apesar de todas essas iniciativas, ainda são encontradas diversas barreiras para o cuidado a saúde de PcDs. Aoki e Oliver (2013) ressaltam que as necessidades no campo da saúde e reabilitação sempre foram importantes para as PcDs, mas que a assistência à saúde para esta população tem sido

reduzida e/ou centralizada nos serviços especializados. Os autores ainda enfatizam a dificuldade de acesso a tais serviços, seja pela baixa capacidade de realizar atendimentos ou falta de acessibilidade, uma vez que é comum que os locais de atendimentos estejam localizados em regiões centrais dos municípios, fato que pode ser observado também no município de João Pessoa, cenário proposto para esta pesquisa (MENEZES et al, 2022).

Os estudos que se propõem a discutir e/ou avaliar o cuidado às PcD na APS, têm considerado majoritariamente os discursos e as práticas dos profissionais de saúde que atuam neste setor, enquanto as PcD e/ou seus cuidadores têm sido pouco ouvidas. Além disso, no Brasil parece ser incomum a realização de avaliações da APS em capitais, possivelmente pelo desprendimento do trabalho como um todo, fato este que mascara fragilidades. Assim, o presente estudo foi executado, devido a defasagem de processos avaliativos da APS, tanto no Nordeste, quanto na Paraíba e principalmente na cidade de João Pessoa, com o intuito de considerar, além dos profissionais que atuam na APS, PcD que utilizam o serviço.

A proposta de pesquisa aqui apresentada buscou ampliar as discussões realizadas, ao lançar mão do método quantitativo a fim de apreender, de maneira mais geral, as percepções a respeito do cuidado prestado na APS às PcD. Diante do exposto, surgiram inquietações acerca da avaliação da APS no cuidado às Pessoas com Deficiência no município de João Pessoa. Daí, emergiu a seguinte questão como pergunta de pesquisa: Como profissionais e PcD avaliam os atributos essenciais e derivados da APS no município de João Pessoa?

Para respondê-la, o estudo que segue está organizado de forma a apresentar os objetivos gerais e específicos que se buscou atingir com a pesquisa. Em seguida, está exposta a fundamentação teórica que embasou as discussões, na qual procurou-se trazer reflexões acerca da APS e seu processo de avaliação no Brasil, aspectos históricos e conceituais acerca do cuidado às PcD, além de reflexões acerca da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPcD) e o papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com deficiência. Posteriormente, está descrito, de forma detalhada, todo o processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa.

No que diz respeito aos resultados, optou-se pela apresentação deles no formato de artigos científicos. O primeiro, intitulado “Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa na perspectiva dos trabalhadores” teve como objetivo avaliar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família. Pretende-se submeter tal estudo à revista Ciência e Saúde Coletiva. O segundo, cujo título é “Avaliação da Atenção Primária à Saúde de João Pessoa na perspectiva de usuários com deficiência.”, objetivou avaliar a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários com deficiência da Estratégia da Saúde da Família e será submetido à revista de APS. Por fim, são apresentadas as considerações finais do estudo e as referências utilizadas em sua construção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os atributos essenciais e derivados da APS na percepção de profissionais e pessoas com deficiência.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar os atributos da APS nos diferentes Distritos Sanitários do município de João Pessoa na percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família;
- Investigar a percepção de PcDs de distritos sanitários a respeito dos atributos da APS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Avaliação da APS no Brasil

A APS é definida pelo Ministério da Saúde como o primeiro nível de contato da população com o SUS, sendo responsável pela coordenação e ordenação do cuidado em saúde. É baseada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, continuidade, e no fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. A APS é estruturada principalmente pela ESF, que organiza o cuidado por meio de equipes interprofissionais com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2017).

Diante de sua reconhecida importância na vida das populações e na ordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, instituições de ensino e órgãos privados articulam ações e estratégias para avaliar o cuidado prestado neste nível de atenção à saúde. Tal avaliação é um trabalho dispendioso e coletivo que requer uma visão holística para capturar a heterogeneidade e complexidade da APS, visando traçar possibilidades de melhoria generalizada. Apesar da importância e peso da avaliação nos sistemas de saúde, que é bem reconhecida em muitos países, no Brasil ainda acontece de forma desorganizada e com pouco incentivo tanto para os processos quanto para os avaliadores executarem as demandas necessárias (TESTON et al, 2021).

Como demonstram os autores (Ribeiro; Scatena, 2019) alguns processos avaliativos acontecem com instrumentos frágeis e não validados, o que gera risco para a temática avaliativa no Brasil. Além disso, a proporção da ocorrência dos processos avaliativos no país segue demonstrada ao lado: região Sudeste 18 (48,6%) das pesquisas de campo; região Nordeste 9 (24,3%); Sul 4 (10,8%); e as regiões Norte e Centro-Oeste acolheram, cada uma, três (8,1%) das avaliações. Assim, os autores ressaltam que os processos avaliativos precisam ser permeados de informações possíveis por meio da escuta, do rigor metodológico e de aparato teórico-prático.

No ano de 1966, Donabedian desenvolveu um método de avaliação da qualidade dos serviços de saúde estruturados em três pilares, como estrutura,

processo e resultado. Tal método foi disseminado mundialmente após a Conferência Internacional sobre APS, realizada em 1978, em Alma Ata, na República do Cazaquistão, evento este que otimizou o olhar sobre a potência da APS para os sistemas de saúde. Em 1991, a autora norte - americana Starfield defensora da medicina baseada em evidências acreditava que a pesquisa sistemática era essencial para produção de políticas e práticas de saúde.

A escassez de um instrumento que avaliasse o desempenho da APS, tanto para as famílias, quanto para a comunidade, motivou o desenvolvimento do Primary Care Assessment Tool (PCATool) (Starfield, 2001) nos Estados Unidos. O PCATool é uma ferramenta validada, utilizada para investigar a qualidade da APS com base em critérios mensuráveis. A pesquisadora desenvolveu um estudo acerca da temática, que propõe esta avaliação através de atributos essenciais e derivados relacionados ao sistema de saúde e ao modelo de atenção (PRATES *et al*, 2017). O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a realidade brasileira, como será exposto mais adiante.

No Brasil, Facchini, Tomasi e Thumé (2021) explicam que na primeira década dos anos 2000, o forte interesse do governo e instituições de ensino acerca da qualidade e acompanhamento da eficácia da APS culminou com o Programa de Melhoria no Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído via Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, ocorrendo em todo o país de forma descentralizada, visando a efetividade das ações da APS. O PMAQ buscou estimular e fortalecer a gestão das equipes de saúde, incentivando a organização do trabalho, o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas nas USF.

Através de um conjunto de indicadores e metas, o programa acompanhava o desempenho das equipes. Na mesma seara, o AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade) tinha a proposta de realizar uma autoavaliação dos serviços oferecidos na APS, visando autoconhecimento, planejamento e alinhamento com o PMAQ a fim de potencializar a qualidade do cuidado. Trata-se de um instrumento utilizado pelas equipes de saúde nas USF, composto por um conjunto de indicadores

que avaliam diferentes dimensões da APS, como acessibilidade, gestão, cuidado em saúde e melhoria contínua.

Conforme Abrantes *et al* (2020) nos últimos anos os processos avaliativos têm se concentrado majoritariamente na região Sudeste através do método quantitativo e com foco nas USF, fazendo uso das três versões do instrumento PCATool Brasil, o qual é duplamente validado e apresenta forte confiabilidade metodológica. O instrumento foi construído em 2010 por meio da validação e adaptação do Primary Care Assessment Tool (PCATool) (Starfield, 2001) pelo Ministério da Saúde, adequando-se às especificidades do sistema de saúde brasileiro com o seu foco original para a APS (HAUSER *et al,* 2013). O objetivo da ferramenta é medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados neste nível de atenção (HARZHEIM, 2013).

Na APS, entende-se por atributos essenciais, aqueles que definem a qualidade e a efetividade (estrutura e processos) dos serviços prestados nesse nível de cuidado tanto na esfera individual, como na coletiva. São eles:

- **Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde** que se refere à acessibilidade e a capacidade do sistema de saúde de fornecer atendimento inicial e contínuo para cada necessidade que surja dos sujeitos e das comunidades;
- **Longitudinalidade,** que diz respeito a continuidade e consistência dos cuidados ao longo do tempo, ou seja, à relação de longo prazo entre os usuários e seus provedores de saúde por meio de vínculos de confiança estabelecidos;
- **Integralidade,** que busca garantir que os usuários recebam cuidados completos na esteira biopsicossocial e na biológica considerando o bem-estar dos usuários com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS. Adentra também o movimento de encaminhamentos e acompanhamentos destes pacientes;
- **Coordenação da atenção -** atributo que consiste em continuidade do cuidado seja através do contato entre profissional e usuário, seja por acompanhamento de prontuários médicos, além do acompanhamento

da história clínica e das demandas de saúde que vão surgindo, logo a APS precisa ser capaz de agregar todo o cuidado que o usuário recebe.

Já os atributos derivados são aqueles que qualificam, aprofundam e ampliam os aspectos da APS, sendo eles:

- **Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar),** que reconhece a importância da família como unidade básica de cuidado e apoio para a saúde dos sujeitos, considerando a potência desta unidade para minimizar riscos e gerar atitudes que otimizem o cuidado;
- **Orientação comunitária,** que preconiza que o serviço de saúde precisa lançar o olhar sobre a configuração epidemiológica da comunidade, assim como as relações ali existente para gerar um cuidado eficiente;
- **Competência cultural** capacidade dos profissionais de saúde de compreender, respeitar e responder de maneira eficaz às necessidades de saúde de pacientes de diferentes origens culturais, étnicas, religiosas e linguísticas (Ministério da Saúde, 2010). Cabe ressaltar que este atributo não é abordado de maneira específica no PCATool - Brasil (2010).

Desta forma, no Brasil tal instrumento é denominado de PCATool-Brasil e foi construído por meio da tradução, adaptação e validação PCATool (Starfield, 2001) no ano de 2010 pelo Ministério da Saúde, adequando-se às especificidades do sistema de saúde brasileiro com o seu foco original para a APS. O objetivo da ferramenta é medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados neste nível de atenção (HAUSER *et al,* 2013).

O instrumento é composto por um conjunto de questionários que são aplicados a usuários, profissionais de saúde e gestores de unidades de APS, permitindo a coleta de informações abrangentes sobre a qualidade do atendimento e a percepção dos envolvidos sobre a APS.

Com base nos resultados obtidos por meio do PCATool-Brasil, é possível identificar os pontos fortes e fracos da atenção primária em uma determinada região ou unidade de saúde. Essas informações podem ser utilizadas para orientar políticas públicas, melhorar a organização e o funcionamento dos

serviços de saúde e, assim, aprimorar o atendimento oferecido à população, através de um instrumento validado que fornece abrangência e de fácil utilização (PERILLO et al, 2020).

Os atributos essenciais e derivados da APS são contemplados na teoria da proposta da RCPcD, porém na prática o estudo de Costa *et al* (2022) demonstra que há fragilidades na execução das ações, fato este influenciado pelo desconhecimento ou o raso conhecimento dos trabalhadores da APS acerca das possibilidades do componente em pauta para a população com algum tipo de deficiência.

Portanto, estudos que se dedicam a avaliar o cuidado na APS têm indicado que apesar dos avanços ao longo dos anos, este nível de saúde ainda apresenta incompletudes significativas, tanto nos aspectos estruturais como organizacionais. Ao considerar as PcDs, estas lacunas se potencializam aumentando e fortalecendo as barreiras com as quais esta população convive. Não obstante, o fato dos profissionais que atuam neste nível de atenção não conhecerem a legislação voltada para as PcDs, e as possibilidades de práticas de cuidado voltadas a esta população na APS fragiliza ainda mais a saúde destas pessoas, o que gera dificuldades no acolhimento e na comunicação com as PcD. No tocante aos princípios e legislação do SUS, as PcD estão teoricamente bem assistidas, porém não é o que ocorre na prática, uma vez que a idéia de que estas pessoas recebem melhor assistência no serviço especializado parece estar cristalizada na sociedade e entre os profissionais de saúde, ampliando assim a cultura da exclusão. (FERNANDES et al, 2023)

3.2 O cuidado à pessoa com deficiência: aspectos históricos e conceituais

O Brasil possui uma história de segregação das Pessoas com Deficiência (PcD)[1] estimulada por repetições de modelos europeus de lidar com

[1] O movimento social nomeado “Nada sobre nós, sem nós” formula uma crítica a respeito do uso da sigla PcD, chamando a atenção que independente da presença ou não de alguma deficiência eles/elas são singularmente pessoas com seus aspectos da vida e não se resumem a um assunto só da deficiência, que remete a mais um fator excludente da sociedade. Com isso, fica aqui a menção que a utilização da sigla ao longo deste trabalho não se configura nem visa fortalecer o apagamento da humanidade, subjetividade e particularidade das Pessoas com Deficiência, mas se embasa pelo fato de ser a nomenclatura amplamente utilizada em pesquisas científicas para referir-se a estes sujeitos de maneira geral.

estes sujeitos. A nível nacional, isso ocorreu por meio da institucionalização disfarçada de cuidados e caridades que ainda reverbera atualmente, seja pelo advento da medicalização da vida, seja pelo enfraquecimento de políticas públicas já conquistadas por esta população (BRASIL, 2015).

A quantidade de pessoas com alguma deficiência é crescente, e segundo nota técnica número 01/2018 do IBGE, naquele ano no Brasil havia 12 milhões de pessoas com alguma deficiência (6,7%). Dessas, 4,7 milhões (2,3%) declaram ter deficiência física, 7 milhões (3,4%) deficiência visual, 2,5 milhões (1,2%) deficiência intelectual e 2,3 milhões (1,1%) deficiência auditiva (IBGE, 2018). Já de acordo com a pesquisa do IBGE de 2022, a quantidade de PcD passou para 18,6 milhões, o que representa 8,9% da população do país, que possuem pelo menos um tipo de dificuldade funcional: visual, auditiva, motora, mental ou intelectual (IBGE, 2022).

O processo de inclusão das PcD inicia após o enfrentamento de grandes injustiças que foram fomentadas por mitos e crueldades, sendo que ao longo dos anos é possível identificar três paradigmas de inclusão que não seguem necessariamente, uma linearidade, já que, apesar da ilusória sensação de evolução ao longo dos anos, a exclusão desta população ainda pode ser facilmente constatada a olho nu.

De acordo com Almeida *et al* (2017) inicialmente, vivenciava-se em nossa sociedade paradigma da institucionalização, época na qual as PcD eram segregadas sendo confinadas em locais direcionados a saúde ou a educação, com intuito da busca pela “cura” destes indivíduos, para então poder retornar ao convívio dos ditos “normais”. Após este período, passamos a vivenciar o paradigma de serviços e integração, que também busca a modulação destes sujeitos para um padrão na maioria das vezes inalcançável de “normalidade”. Para isto, foram criados centros de (re)habilitação, inclusive com terapêuticas ditas “alternativas", visando de forma potencial o apagamento da deficiência.

Por fim, é possível perceber uma discreta ascensão ao que as autoras nomeiam de o paradigma de suporte, que traz como base a substituição da busca pela normalidade e da culpabilização da PcD, pela identificação das lacunas da sociedade para incluir essa população. Nesse sentido, seria papel da sociedade estar munida de suporte psicológico, social, econômico, físico e instrumental, além de considerar a própria diversidade humana. Na mesma

direção, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), coloca o foco nas mudanças ambientais e comportamentais necessárias à sociedade, contrapondo-se ao que é proposto na Classificação Internacional da Doença (CID), cuja base é o olhar para a deficiência é predominantemente biológico. (ALMEIDA *et al*, 2017).

O conceito de PcD consiste nos sujeitos que possuem uma ou mais deficiências de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras, pode limitar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas**.** Tais barreiras dizem respeito a aspectos da sociedade e podem ser de ordem física, social, atitudinal, comunicacional ou relacionadas a serviços e sistemas. Essa definição busca ressaltar a importância de considerar não apenas a condição de saúde em si, mas também as interações entre as limitações da pessoa e as barreiras que ela enfrenta na sociedade (BRASIL, 2015).

Desde 1987 Foucault traz a ideia e discussão de um corpo multifacetado, que foge da ideia puramente biológica ou natural, argumentando que o corpo é moldado e disciplinado por práticas sociais, políticas e históricas. O autor também enfatiza que o corpo não é apenas um objeto passivo de poder, mas também é uma fonte de resistência e subversão, colocações que vão de encontro a sociedade neoliberal repleta de anseios produtivos, que medicaliza a vida sem considerar a diversidade humana e reverbera comportamentos capacitistas.

Foresti e Bousfield (2022), expõem que o Modelo Social da Deficiência se apresenta como uma visão crítica e transformadora da deficiência, em contraposição ao tradicional Modelo Médico. Para os autores, no modelo social, a deficiência não reside no sujeito, mas sim nas barreiras sociais que impedem sua plena participação na vida em sociedade. Assim, ao invés de focar nas limitações orgânicas individuais e normalização dos sujeitos, este modelo propõe buscar formas de superar as barreiras físicas, atitudinais e institucionais que impedem PcD de exercerem seus direitos e viverem com dignidade. Por meio desta perspectiva é viável a desconstrução da pessoa com “anormalidade” e o reconhecimento da diversidade humana, assim gerando a ideia de deficiência como produto social e não como uma falha individual.

No entanto, o modelo biomédico de cuidado, ainda predominante no acontecer da vida, na formação e práticas de saúde, bem como no planejamento e operacionalização dos serviços, não tem permitido o rompimento e superação dos estigmas, conflitos e desigualdades que atravessam o cuidado às PcD. Nesta premissa, entende-se necessário pensar na despadronização dos corpos para a consolidação do paradigma de suporte na inclusão das PcD em todos os campos da sociedade (CUNHA, 2021).

A partir de tais ideais, surge a necessidade - e o desafio - de se pensar na oferta de serviços e cuidados voltados às PcD. Historicamente, e com base nos paradigmas de inclusão já abordados, este cuidado tem sido ofertado por meio de serviços especializados e ainda hoje, é possível constatar que de forma majoritária, estas pessoas acessam o sistema de saúde a partir deste nível de atenção. Nesse contexto, vivencia-se o que Mendes denomina Efeito Velcro, que diz respeito à vinculação das PcD unicamente a atenção especializada, fato este que potencializa a exclusão destes sujeitos em outras esferas da saúde e da sociedade (Campo *et al,* 2015).

Todavia, iniciativas para ofertar um cuidado universal, equânime e integral às PcD, têm sido norteadas por documentos legais e normativos. A instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, **o** Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei número 13.146 de 6 de Julho de 2015 e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotada pelo Brasil marcam tais iniciativas. A legislação citada traz entre outras questões, a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) para as PcDs, com ênfase na integralidade do cuidado, buscando ampliar o foco das ações direcionadas a estes sujeitos, assegurando uma abordagem interligada na rede de serviços de saúde e superar a perspectiva biologicista e higienista que ainda hoje vivenciamos (BRASIL, 2002).

3.3 A Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPcD) e o papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com deficiência: desafios e possibilidades.

Conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), a APS é capaz de ofertar um cuidado integrado, que vai promover ações de promoção à saúde, reabilitação, prevenção de agravos, para além da deficiência, por meio da articulação de serviços e ações com as equipes de saúde para todos os usuários. Além desses, a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência (RCPcD), instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que preconiza a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial para o cuidado às PcDs.

A RCPcD foi instituída pelo Ministério da Saúde, é uma iniciativa crucial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para ampliar, qualificar e diversificar o atendimento a esta população com o objetivo de garantir o acesso integral à saúde, por meio de uma rede de serviços articulada e eficaz, nos diversos níveis de atenção. A rede é estruturada para oferecer cuidados contínuos e integrados nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde e deve trabalhar de forma articulada com outras políticas públicas, como as voltadas à educação e assistência social, promovendo a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência em todas as etapas da vida.

Conforme o Decreto nº 11.793/2023 (BRASIL, 2023), a RCPcD faz parte do programa Viver Sem Limites (VSL), atualizado recentemente (2023), que conta com pilares estruturantes, como gestão e participação popular, enfrentamento do capacitismo e da violência contra as PcDs, acessibilidade e tecnologia assistiva e promoção do direito à educação, à saúde, à assistência social, e aos demais direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais. Os objetivos da RCPcD são ampliar e aprimorar o cuidado a todos os usuários, por meio da interligação dos componentes da rede, visando a integralidade do cuidado, acessibilidade e equidade dos serviços.

A APS disponibiliza de serviço odontológico nas Unidades de Saúde Família (USF) e deveria dispor também de equipes multiprofissionais (atualmente representadas pelas e-Multi), por enquanto ausente no município

de João Pessoa. Representando o norte da rede, a APS propicia ordenação e coordenação no sistema de saúde. Em relação às ações realizadas na APS para as PcD, Ribeiro *et al* (2022) apresentam ações, como: acolhimento, acessibilidade, formação de vínculo, cadastramento/acompanhamento, promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, exames preventivos, imunização, avaliação, encaminhamento, articulação em rede, promoção da autonomia e inclusão social.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.526/2023, que trouxe novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2023), a APS pode ainda proporcionar para as PcDs ações estratégicas que ampliam sua efetividade. O levantamento e registro das PcD no território assistido, atenção diferenciada com os bebês de alto risco e/ou com os sujeitos com alguma deficiência até os dois anos de vida e suas famílias, educação em saúde, são exemplos dessas ações. Além disto, as ações da APS também devem considerar a promoção da autonomia em saúde e letramento anticapacitista, classificação de risco, orientação sobre itinerário terapêutico, cuidado no domicílio abrangendo família e/ou cuidadores, programa saúde na escola, vacinações, orientações completas sobre a atenção especializada.

A APS deve atuar, portanto, enquanto coordenadora de toda a dimensão do cuidado pode/deve agir na maioria das demandas de saúde, intervindo no complexo processo de saúde e se mantendo na dinamicidade e contradições humanas neste setor. Assim, a participação ativa da Atenção Primária à Saúde por meio de ações direcionadas à promoção da interação social, à construção de direitos e à transformação do lugar da deficiência pode ajudar a garantir a integralidade do cuidado voltado às PcDs (OTHERO, DALMASO, 2009).

A RCPcD é composta ainda pela atenção especializada, na qual são prestados serviços, como a saúde auditiva, visual, intelectual, física, além da assistência com as ostomias e com os sujeitos com múltiplas deficiências dentro dos Centros Especializados em Reabilitação (CER). Estes locais tem o objetivo de promover avaliação, diagnóstico, reabilitação, habilitação e inclusão social das PcD através de concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, serviço social e psicologia, além de contar com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Outro componente importante da RCPcD é a Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, que tem a responsabilidade de executar a classificação de risco, fazer o acolhimento e respeitar as diferenças através de toda a dimensão da acessibilidade (CONASS, 2015).

Cabe destacar, porém, que os desafios ao cuidado às PcD iniciam na tarefa árdua da implementação de políticas públicas com foco na RCPcD, que é capaz de articular os serviços de saúde para proporcionar ações conjuntas e cooperativas. A APS tem o objetivo de iniciar e coordenar o cuidado às PcD pelas práticas de identificação precoce, promoção da inclusão, aplicação de protocolos e linhas de cuidado, acolhimento e cuidado domiciliar e atenção no âmbito escolar. No entanto, o conhecimento público dos direitos assistenciais, a acessibilidade, a integração da rede e definição de fluxos ainda são deficitárias para a boa atuação da APS para as PcD (MOTA e BOUSQUAT, 2023).

SILVEIRA *et al* (2022) expõem que trabalhadores da APS relatam desenvolverem algumas ações propostas RCPcD, mas que atividades mais específicas, como as intersetoriais e o apoio matricial acabam não acontecendo, devido ao raso conhecimento dos profissionais de saúde. Além disso, outro aspecto frágil na malha que assiste a esta população, é em relação a reabilitação, avaliação e acompanhamento dessas ações no que tange às referências e as contra referências, tal fato desarticula a rede e verticaliza o cuidado. Tal debilidade na rede primária enfraquece vínculo, afeto e a adesão dos profissionais em seguir estudando e abraçando sobre APS. Além disso, a ausência da participação social das PcD nas tomadas de decisões reforça as barreiras vivenciadas por elas.

Possibilidades de superação das barreiras enfrentadas pelas PcD são expostas por Merhy *et al.* (2003), quando cita as tecnologias leves e as práticas que visam a produção de cuidado singularizado e humanizado. Elas se manifestam na interação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, na construção de vínculos, na escuta ativa e na promoção da autonomia dos sujeitos.

É por meio do encontro inesperado e subjetivo que a tecnologia leve, por vezes, desvalorizada, acontece e produz o cuidado, o qual ocorre através de acolhimento, palavras e escuta, promovendo o trabalho vivo no campo da saúde que vai de encontro a oferta unicamente das tecnologias duras. Assim, o

cuidado vivo à PcD na APS pode representar um campo de profunda transformação, sendo capaz de afetar os usuários de forma individual e/ou coletiva. Nesta perspectiva, as práticas de cuidado podem representar uma quebra da lógica médica hegemônica neoliberal, que desvaloriza os fluxos de conhecimento, de afeto, de desejo e de comunicação dentro das relações (Merhy, 2014).

Aspecto importante para as PcDs são as Redes Vivas que representam um modo de produção de conexões entre estes sujeitos em diversos contextos de grupalidade e modos de existir em sociedade. Distanciando-se de estruturas rígidas e predefinidas, as Redes Vivas se assemelham às malhas fluidas e dinâmicas, onde conexões se formam, se transformam e se dissolvem de acordo com as necessidades e os fluxos da vida. Elas são teias de relações complexas e interdependentes, que se constroem a partir de encontros, trocas, colaborações e afetos, o que gera consciência do próprio cuidado (Hadad e Jorge, 2018).

Segundo Almeida *et al* (2018) a existência e a reverberação de aspectos basais da APS, como acesso, vínculo, resolutividade do cuidado, coordenação, prevenção e promoção da saúde na sua franca efetividade destroem – ou minimizam - barreiras físicas, organizacionais, de acesso e comunicacional, além de potencializar o paradigma do suporte. Por este motivo, torna-se fundamental avaliar os atributos da APS a fim de identificar as principais fragilidades, buscando superá-las, e as potencialidades existentes nesse contexto, no intuito de fortalecê-las e consolidá-las.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

A pesquisa se caracterizou como observacional, com uma etapa descritiva e outra analítica, com delineamento transversal e que utilizou abordagem quantitativa, buscando quantificar as características e relações entre as variáveis do estudo por meio da coleta e análise de dados numéricos, obtendo evidências mensuráveis (Baptista *et al,* 2016).

4.2 Cenário

A pesquisa foi realizada na APS do município de João Pessoa. De acordo com (IBGE, 2022) a capital do estado da Paraíba possui área territorial de 210,044km², população residente 833.932 sujeitos e densidade demográfica de 3.970,27 hab/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da capital é de 0,763. Os usuários do SUS contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuída em cinco Distritos Sanitários (DS) nos quais estão distribuídas 92 Unidades de Saúde da Família (USF) onde atuam 203 equipes de Saúde da Família (eSF) (SMS, 2024). É importante salientar que o município possui cobertura de 85% de Saúde Bucal (SMS, 2022).

Os cinco DS da cidade de João Pessoa são heterogêneos em vários aspectos, onde o DS I é o segundo menos populoso e o segundo em menor número de bairros, o DS II é o mais populoso, porém com a quantidade menor de bairros. O DS III é o mais populoso, no entanto sendo o terceiro em número de bairros. O DS IV representa o que tem menos residentes, mas possui o maior número de bairros, por fim o DS V apresenta a menor quantidade de pessoas por bairro (Menezes *et al,* 2022). As unidades e equipes de saúde estão distribuídas da seguinte forma:

Distrito I (DSI): Possui 21 unidades de saúde e 50 equipes de saúde;

Distrito II (DSII): Possui 17 unidades de saúde e 45 equipes de saúde;

Distrito III (DSIII): Possui 18 unidades de saúde e 51 equipes de saúde;

Distrito IV (DSIV): Possui 19 unidades de saúde e 30 equipes de saúde;

Distrito V (DSV): Possui 17 unidades de saúde e 27 equipes de saúde.

No que se refere às pessoas com algum tipo de deficiência na cidade de João Pessoa, em 2010 estas correspondiam a 26% da população de acordo com o censo do IBGE (2010). No entanto, mudanças nos critérios diagnósticos têm feito esse número aumentar de maneira acelerada, o que impossibilita uma estimativa real da quantidade de PcDs em João Pessoa.

De acordo com a publicação “Pessoas com deficiência e as desigualdades sociais no Brasil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - 2022, a Paraíba tem 10,7% da população com dois anos ou mais de idade com alguma deficiência. No entanto, a cidade de João Pessoa não dispõe de dados oficiais atuais a respeito desta população.

4.3 Participantes

A população do estudo foi composta por profissionais das Equipes de Saúde da Família - médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - de Unidades de Saúde da Família (USF) do município e por usuários das USF dos DS III e V com algum tipo de deficiência.

A seleção da amostra desta pesquisa de saúde foi realizada a partir da técnica de amostragem por estratificação, estimando-se a participação de 65 profissionais de cada categoria. Para determinar a alocação dos participantes, foi realizado o sorteio aleatório das equipes de saúde em cada unidade de saúde dentro de cada DS, a fim de garantir que as equipes selecionadas fossem representativas para cada distrito e que a amostra final refletisse a diversidade da população de profissionais de saúde em toda a região.

Para calcular o tamanho da amostra necessário em cada estrato foi utilizada a fórmula abaixo, que fornece a estimativa do tamanho da amostra em uma população finita, levando em consideração uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Onde:

- *n* é o tamanho da amostra necessário em cada estrato;

- *N* é o tamanho da população no estrato;
- *Z* é o valor crítico da distribuição normal padrão para o nível de confiança desejado (para um nível de confiança de 95%, *Z*=1.96);
- *E* é a margem de erro estipulada (5% neste caso).

O sorteio das equipes de saúde foi realizado utilizando um software desenvolvido para esse fim, garantindo imparcialidade e aleatoriedade no processo de seleção.

Desta forma, no que diz respeito aos profissionais, a amostra da pesquisa foi composta da seguinte maneira:

Quadro 1 Quantidade de equipes de saúde da família participantes no estudo por DS

DISTRITO SANITÁRIO	NÚMERO DE EQUIPES PARTICIPANTES	NÚMERO DE PROFISSIONAIS SELECIONADOS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARTICIPANTES
DS I	16	64	44
DS II	14	56	43
DS III	16	64	50
DS IV	10	40	31
DS V	09	36	33
TOTAL	65	260	201

Em relação a amostra dos/as usuários/as, o plano inicial da pesquisa era de realizar a escuta com as PcD de todos os cinco DS da cidade de João Pessoa, no entanto diante da curta temporalidade do curso de mestrado, e da dificuldade em contactar tais usuários, optou-se e se percebeu a relevância de reverberar a voz das PcD dos DS III e V. A justificativa para escolha de tais distritos repousa no fato do DS III possuir o menor Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX) (-0,95) e o DS V deter o maior IEX (1,0) dentre todos os DS.

O IEX é o Índice de Exclusão/Inclusão Social proposto por Aldaíza Sposati e colaboradores (Sposati *et al.*, 2010), que fornece uma visão do Mapa de Exclusão/Inclusão Social da cidade (Menezes *et al,* 2022) por meio de

uma abordagem qualitativa e com a técnica de geoprocessamento baseado no Censo Demográfico realizado pelo IBGE no ano 2000. O índice em questão é apresentado numa escala entre –1 (maior exclusão social) e +1 (maior inclusão social), dando visibilidade às desigualdades sociais entre os bairros, além disso visa ressaltar as vulnerabilidades dos DS de João Pessoa.

Para a seleção deles, foi solicitada a indicação de PcD pelos cirurgiões dentistas, enfermeiros/as, médicos/as e ACS da eSF que participaram deste estudo, e em seguida os usuários participantes indicaram outro. Ou seja, foi usada a técnica de amostragem por bola de neve, também conhecida como amostragem em cadeia, por referência em cadeia ou por referência, a técnica bola de neve é não probabilística e é utilizada em pesquisas qualitativas e quantitativas para alcançar populações de difícil acesso ou pouco conhecidas (YIN, 2016). Um profissional de referência da USF indicava o primeiro participante, e, após a entrevista, este participante indicava outros usuários com deficiência para participar da pesquisa. As entrevistas nos territórios encerravam-se quando os usuários não indicavam um novo participante. Desta forma, a quantidade de usuários entrevistada por DS foi a seguinte:

Quadro 2 Quantidade de PCD participantes no estudo por distrito sanitário

DISTRITO SANITÁRIO	NÚMERO DE PcD PARTICIPANTES
DS III	25
DS V	14
TOTAL	38

Desta forma, foram realizadas entrevistas com **38** PcD dos DS III e V, sendo 18 respondentes da versão adulto do instrumento e 20 pessoas da versão criança.

4.4 Critérios de inclusão, exclusão e perda

No que se refere aos profissionais que fizeram parte do estudo foram incluídos os trabalhadores da saúde que estejam inseridos na ESF e excluídos aqueles que estivessem afastados das atividades laborais durante o período de coleta por alguma licença, férias, ou outro motivo. Referente aos critérios de

exclusão das PcD, as que não participaram das entrevistas são as que apresentarem alguma impossibilidade de responder ao instrumento ou que não tinham um cuidador que pudesse fazê-lo.

Outro aspecto de exclusão na pesquisa dos usuários foi referente ao conjunto de perguntas do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, estes questionamentos foram propostos em 2001, no Seminário Internacional sobre a Medição de Deficiências realizado em Nova York. No Protocolo de Washington são realizadas seis perguntas sobre funcionalidade em domínios fundamentais. O objetivo é verificar o grau de dificuldade encarado por um sujeito para executar atividades em todos os aspectos da vida em sociedade em bases iguais nestes seis domínios básicos de funcionalidade (Grupo de Washington, 2020, p. 1).

As perguntas seguem abaixo:

1. Você tem dificuldade para enxergar, mesmo quando usa óculos?
2. Você tem dificuldade para ouvir, mesmo quando usa um aparelho auditivo?
3. Você tem dificuldade para caminhar ou subir escadas?
4. Você tem dificuldade para se lembrar de coisas ou para se concentrar?
5. Você tem dificuldade (para realizar cuidados pessoais, como) para lavar o corpo ou se vestir?
6 Usando sua linguagem habitual, você tem dificuldade para se comunicar (por exemplo, para compreender ou ser compreendido)?

Cada pergunta possui quatro categorias de respostas, que são lidas após cada pergunta ser feita.

1. Não, nenhuma dificuldade
2. Sim, alguma dificuldade
3. Sim, muita dificuldade
4. Não consigo de jeito nenhum.

As PcD que responderam 1 ou 2 foram excluídas da pesquisa.

Além disso, outro aspecto determinante para a exclusão dos usuários/as foi a afiliação destes, junto a USF do seu território de domicílio. Tratou-se do entendimento do respondente sobre o fato de que os questionamentos são sobre o serviço de saúde que é referência para o entrevistado e que suas respostas sobre os componentes fossem conscientemente acerca do serviço e/ou profissional de saúde utilizado. Os participantes aptos para o estudo em

pauta precisavam pontuar o escore 3 ou 4 de grau de afiliação da USF pesquisada.

Os participantes que não responderam adequadamente o instrumento quantitativo de coleta de dados de acordo com as diretrizes estabelecidas pelos Manual PCATool Brasil 2020 versões reduzidas criança e adulto e PCATool Brasil 2010 versão profissional foram considerados como perda.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta com os profissionais ocorreu entre os meses de dezembro de 2023 até fevereiro de 2024. A coleta foi realizada pela pesquisadora onde o primeiro passo foi realizar contato com os gerentes das USF selecionadas para o estudo, no intuito de que o líder da equipe mobilizasse participantes e informasse a respeito da possibilidade de realização da pesquisa na USF, e em caso positivo, o dia e horário da visita da pesquisadora era pactuado. No momento combinado, a pesquisadora se dirigia às USFs participantes, e em conversa com os profissionais explicava os objetivos e procedimentos da pesquisa, solicitando o consentimento, registrado por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (ANEXO 5).

Diante da impossibilidade de os profissionais responderem o instrumento durante o horário de trabalho, devido à extensão dele, era combinado uma data para recolhimento, e o contato da pesquisadora era fornecido aos participantes. As dúvidas que surgiam eram retiradas presencialmente durante a entrega dos formulários ou por telefone. Na maioria dos casos, após o período de uma semana a pesquisadora passava nas unidades para recolhimento dos questionários. No entanto, em algumas ocasiões, mesmo após três semanas, alguns profissionais da equipe não tinham respondido o instrumento, o que foi considerado como perda.

Para coletar os dados quantitativos, os participantes incluídos no estudo responderam ao instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool Brasil, de Starfield e cols (2000, 2001), traduzido e adaptado para o Brasil pelo Ministério da Saúde (2010) e revisado em 2020. O instrumento analisa atributos essenciais e derivados da APS. A saber: atributos essenciais - acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; atributos derivados

são: orientação familiar e comunitária e competência cultural, e possui versões para crianças (ANEXO 1) e adultos (ANEXO 2) e profissionais (ANEXO 3).

Com os profissionais, foi aplicado o PCATool versão profissionais (BRASIL, 2010), pois a versão de 2020, somente contempla os profissionais graduados, não considerando os ACS. O referido instrumento é composto por 77 itens divididos em 8 componentes: Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (9 itens), Longitudinalidade (13 itens), Coordenação – Integração de Cuidados (6 itens), Coordenação – Sistema de Informações (3 itens), Integralidade – Serviços Disponíveis (22 itens), Integralidade – Serviços Prestados (15 itens), Orientação Familiar (3 itens), Orientação Comunitária (6 itens).

No que se refere aos usuários da APS com algum tipo de deficiência, a coleta de dados foi realizada entre os meses de março e julho de 2024, com a visita da pesquisadora à residência dos usuários. Antes de responderem o PCATool - Brasil, os usuários responderam ao Protocolo de Washington, que é um conjunto de perguntas a respeito da funcionalidade em domínios fundamentais de Pessoas com Deficiência. O objetivo é verificar o grau de dificuldade encarado por um sujeito para executar atividades em todos os aspectos da vida em sociedade em bases iguais nestes seis domínios básicos de funcionalidade (Grupo de Washington, 2020, p. 1). Cada pergunta possui quatro opções de respostas, a saber: 1. Não, nenhuma dificuldade; 2. Sim, alguma dificuldade; 3. Sim, muita dificuldade; e 4. Não consigo de jeito nenhum.

Com os usuários PcD a coleta foi realizada com duas versões do instrumento, sendo que a versão criança no formato reduzido (2020) foi utilizada com as crianças e também com os adultos com comprometimento cognitivo, sendo os respondentes seus responsáveis; e a versão adulto reduzida (2020) com as pessoas com algum tipo de deficiência, mas sem comprometimento cognitivo que pudesse impedir que ela respondesse o instrumento.

O PCATool Brasil - Criança (BRASIL, 2020) versão reduzida é composto por 30 itens divididos em 10 componentes. Afiliação - Afiliação com Serviço de Saúde (3 itens), Acesso de Primeiro Contato – Utilização (2 itens), Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (3 itens), Longitudinalidade (5 itens),

Coordenação – Integração de Cuidados (3 itens), Coordenação – Sistema de Informações (1 itens), Integralidade – Serviços Disponíveis (5 itens), Integralidade – Serviços Prestados (3 itens), Orientação Familiar (3 itens), Orientação Comunitária (2 itens).

O PCATool Brasil - Adulto versão (BRASIL, 2020) reduzida contém 25 itens divididos em 10 sessões, a saber: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (3 itens); Acesso de Primeiro Contato – Utilização (1 itens); por Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (2 itens), a Longitudinalidade (4 itens), a Coordenação – Integração de Cuidados (4 itens), Coordenação – Sistema de Informações (1 itens), Integralidade – Serviços Disponíveis (3 itens), Integralidade – Serviços Prestados (4 itens), Orientação Familiar (2 itens) e a Orientação Comunitária (1 itens).

Todas as versões são apresentadas no formato de escala Likert, na qual os participantes devem escolher, para cada item, a opção que mais se aproxima de sua opinião: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9).

4.6 Análise dos dados

Inicialmente, foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados por meio do software IBM SPSS® *Statistics* 29.0, a fim de caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e procurou-se apreender, de forma geral, como os profissionais participantes avaliam os atributos essenciais no município de João Pessoa.

Para o cálculo dos escores, foram adotados os seguintes procedimentos:

- Caso a soma de respostas em branco e/ou com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingisse 50% ou mais do total de itens de um componente, o escore deste atributo não foi calculado para o participante.
- Caso a soma de respostas em branco e/ou com respostas “9” (“não sei/não lembro”) fosse inferior a 50% do total de itens de um

componente, os valores “9” foram transformados para valor “2” (“provavelmente não”), conforme preconiza o Manual de Aplicação PCATool Brasil (2010).

- Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados a partir da média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.
- Os escores obtidos em cada atributo foram transformados em escala de zero a dez.
- O escore essencial, que diz respeito à soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, dividido pelo número de componentes. E o escore essencial é o resultado das médias do escore essencial mais a média obtida pela soma dos atributos derivados, dividido pelo número de componentes.

Para análise dos escores foi adotada a Classificação proposta pelo PcaTool Brasil , considerando alto (escore ≥ 6,6) e Baixo (escore < 6,6). O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta ‘provavelmente sim’, atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS (BRASIL, 2020).

4.7 Considerações Éticas

Este estudo respeitou os preceitos nacionais (Resolução número 466/12) e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Ela foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o número do parecer 6.330.141, que segue em anexo (ANEXO 4).

Para a realização do estudo, foi garantida a confidencialidade das informações aos participantes. Ainda, os participantes foram convidados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em relação a participação das crianças no estudo, esta ocorreu através da entrevista com os responsáveis maiores de 18 anos de idade, respondendo às questões propostas pelo instrumento, logo não houve a necessidade da assinatura do

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Não foi feita qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária na pesquisa. Ressalta-se que os riscos desta pesquisa foram mínimos, limitando-se a um possível constrangimento durante as perguntas e/ou desconforto por conta do tempo necessário para participar. Entretanto, foi enfatizado que os participantes poderiam não responder às perguntas em caso de constrangimento e/ou desconforto.

Assim, os entrevistados foram informados, inicialmente, que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, bem como podem solicitar que algo seja excluído das análises. Além disso, o (a) participante tinha a oportunidade de tirar suas dúvidas a respeito do assunto abordado através de contato telefônico ou presencialmente no momento da entrega do instrumento na USF.

5 ARTIGO 1:
Avaliação dos atributos da Atenção Primária À Saúde do município de João Pessoa na perspectiva dos trabalhadores

Resumo

Objetivo: Avaliar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família. Método: trata-se de um estudo transversal, com 201 profissionais das Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa. Foi utilizado o instrumento Primary Care Assessment Tool, Brasil, versão profissionais 2010, o qual apresenta oito atributos da atenção primária à saúde, sendo considerados satisfatórios os resultados dos atributos com média >6,60. Resultado:a média do Escore Geral foi de 7,29, porém a Acessibilidade de primeiro contato obteve os piores escores. Os Agentes Comunitários de Saúde atribuíram o pior escore para a acessibilidade 3,44, além de fornecerem o pior escore geral em relação a todos os atributos 7,08 e os/as enfermeiros/as atribuíram o melhor escore geral aos atributos, 7,50. Conclusão: com exceção da Acessibilidade de primeiro contato, os demais atributos estão presentes, no entanto, o desempenho da relação dos atributos é fundamental para um bom desempenho da APS, logo priorizar ações estruturais e atitudinais para a melhoria da APS é de caráter urgente.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em Saúde; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A reconhecida importância da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto porta de entrada, com o objetivo de ordenar e integrar os serviços existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de atender as reais necessidades de saúde da população, demanda seu acompanhamento e avaliação constante, a fim de cada vez mais, qualificar este setor. As fragilidades e potencialidades da APS são avaliada em outros países há mais de 50 anos, já no Brasil este interesse foi fomentado pela a criação de políticas públicas, como a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que fortaleceu o papel da APS e lançou para a saúde olhares mais minuciosos e responsabilidades para com a população[1].

A avaliação da APS é uma análise metódica, buscando o refinamento da qualidade do serviço de saúde. Esta afirmação é consenso, mas o conceito da avaliação não se apresenta facilmente, pois esbarra na subjetividade e pluralidade do tema saúde. No entanto, traçar estratégias, parâmetros e utilizar instrumentos padronizados vem possibilitando, tanto no nível acadêmico, quanto governamental avaliar sistemas de saúde de diferentes localidades com objetivo de (re)pensar ações e políticas públicas de acordo com as realidades/necessidades encontradas[1].

Os estudos que têm se dedicado a avaliar a APS no Brasil, tem sido realizado a partir da utilização do PCATool-Brasil[2], instrumento construído em 2010 por meio da validação e adaptação do Primary Care Assessment Tool (PCATool)[3] pelo Ministério da Saúde[4], adequando-se às especificidades do sistema de saúde brasileiro com o seu foco original para a APS. O objetivo da ferramenta é medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados neste nível de atenção[5].

Os atributos essenciais e derivados são elementos estruturantes da APS e contemplam suas multifacetadas e complexas características. São atributos essenciais: a acessibilidade, que garante um serviço de saúde com menos barreiras; a longitudinalidade, que refere-se à construção de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário proporcionando a continuidade do cuidado. A integralidade implica na oferta de uma assistência abrangente, e a

coordenação do cuidado visa garantir a continuidade e a articulação dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade[4].

Os atributos derivados são representados pelos componentes da orientação familiar e comunitária, os quais reconhecem a família como núcleo central da saúde e a comunidade como espaço de promoção e proteção da saúde. Além destes a competência cultural, promove a compreensão e respeito a diferentes culturas e valores da comunidade[4].

Pesquisas apontam um maior número de estudos realizados no Sudeste Brasileiro[1] e reconhecem a defasagem de avaliações da APS na região Nordeste do país[1,6]. No estado da Paraíba, o primeiro e único estudo avaliativo desenvolvido com o instrumento PCATool - Brasil até o momento, foi realizado recentemente na cidade de Campina Grande[6]. Apesar deste ser um importante município do interior do estado, a organização e funcionamento da APS diferem das praticadas em outros municípios, uma vez que se espera uma atuação implicada e contextualizada com as especificidades de cada local.

Neste sentido, a avaliação dos atributos da APS da capital do estado, torna-se relevante, à medida que pode indicar as fragilidades e potencialidades do município, considerando suas particularidades. Além disso, pode auxiliar a traçar um panorama da APS estadual, relevando as similaridades e diferenças encontradas. Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de avaliar os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família do município de João Pessoa - PB.

MÉTODOS

Considerações éticas

Neste estudo todos os preceitos de ética nacionais em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados (Resolução número 466/12). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado sob o parecer 6.330141. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atestando acordo em participar**.**

Desenho e cenário do estudo

A pesquisa se caracteriza como avaliativa, descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, visando mensurar os atributos da APS do município de João Pessoa - capital paraibana - que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022[7], possui área territorial de 210,044km², população residente 833.932 sujeitos. A APS do município, é composta por cinco Distritos Sanitários (DS), nos quais estão distribuídas 92 Unidades de Saúde da Família (USF), e 203 equipes de Saúde da Família (eSF), com 91,57% de cobertura populacional, sendo a quinta capital brasileira com maior presença da APS[8].

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

A amostra foi do tipo probabilística, composta por enfermeiras/os, cirurgiões dentistas, médicas/os e Agentes Comunitários da Saúde (ACS) que atuam nas USF de João Pessoa, considerando um representante de cada categoria profissional por eSF. A partir do universo de 812 profissionais elegíveis, o tamanho da amostra foi calculado com a fórmula para estimá-la em uma população finita, levando em consideração uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, totalizando 260 profissionais, distribuídos em 65 USF. A alocação dos participantes foi definida a partir do sorteio das eSF realizado utilizando um software desenvolvido para esse fim, garantindo imparcialidade e aleatoriedade no processo de seleção.

Os 260 profissionais foram acionados, no entanto, a taxa de perda foi de 22,7% (n=59), incluindo recusas e insucesso após 3 tentativas (35) e questionários inválidos (n=24). Portanto, participaram da pesquisa 48 cirurgiões dentistas (23,88%), 51 enfermeiros (25,37%), 45 médicos (22,38%) e 57 ACS (28,35%), totalizando 201 profissionais atuantes das USF de João Pessoa.

Protocolo do Estudo

A coleta de dados aconteceu entre os meses de dezembro de 2023 e março de 2024. O instrumento de coleta foi aplicado nas USF pela pesquisadora, após contato prévio com as/os gerentes responsáveis por cada unidade, durante o horário de trabalho. Foi aplicado o PCATool Brasil 2010 - Profissionais (versão estendida)[4], no intuito de coletar também informações dos ACS, uma vez que a versão mais atual do instrumento, atualizado em 2020,

possui questionário direcionados especificamente às outras categorias profissionais, sem considerar estes importantes trabalhadores para a APS.

O instrumento utilizado contém 77 itens divididos em 8 componentes referentes aos atributos essenciais da APS: Acessibilidade (A1 a A9); Longitudinalidade (B1 a B13); Coordenação - Integração de Cuidados (C1 a C6); Coordenação – Sistema de Informações (D1 a D3); Integralidade – Serviços Disponíveis (E1 a E22); Integralidade – Serviços Prestados (F1 a F15) e os atributos derivados, como: Orientação Familiar (G1 a G3); Orientação Comunitária (H1 a H6).

No questionário, as respostas apresentadas no formato de escala Likert, na qual os participantes devem escolher, para cada item, a opção que mais se aproxima de sua opinião: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9). Conforme orientações do Manual do PCATool, quando, para um participante as respostas “9” não atingissem 50% dos itens totais do componente, as mesmas foram substituídas por por “2”. Após o cálculo das médias de cada atributo, os escores de cada item são transformados em escala contínua de 0 a 10 por meio da fórmula: (Escore obtido – 1) X 10/3.

O escore dos atributos essenciais foi calculado através da adição dos escores médios dos seus respectivos componentes, seguido da divisão da quantidade dos componentes: (A + B + C + D + E + F) / 6). Já o escore geral dos atributos foi calculado por meio da adição dos escores médios dos escores médios dos componentes essenciais e derivados seguido da divisão, conforme fórmula: (A + B + C + D + E + F) + (G + H) / 8.

Os escores com valores iguais ou maiores que 6,6 são considerados altos, indicando respostas iguais ou maiores que “3” (provavelmente, sim) no questionário.

Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilhas do Excel, Microsoft Office 2023 e posteriormente exportadas e analisada descritivamente por meio do software IBM SPSS® *Statistics* 29.0, a fim de caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e procurou-se apreender, de forma geral,

como os profissionais participantes avaliarem os atributos essenciais no município de João Pessoa, diferenciando-os por categoria profissional e por distrito sanitário.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 48 cirurgiões dentistas (23,88%), 51 enfermeiros (25,37%), 45 médicos (22,38%) e 57 ACS (28,35%), totalizando 201 profissionais atuantes das USF de João Pessoa. A partir da distribuição dos escores altos e baixos de acordo com as categorias profissionais e o DS em que atuam apresentados na Tabela 1, é possível observar que de maneira geral, os profissionais participantes avaliam positivamente a APS do município que foi cenário desta pesquisa. O fato se confirmou na análise realizada por DS, podendo indicar que as diferenças existentes nos territórios não implicam na avaliação da APS pelos profissionais.

Na tabela 2 estão expostos os valores mínimos, máximos, as médias, médias, e desvio padrão dos escores dos atributos da APS, com destaque para acessibilidade, único atributo avaliado negativamente pelos profissionais participantes, com média 3,89. O escore essencial atribuído pelos participantes desse estudo teve média 6,78, e o escore geral média 7,29.

A tabela 3 expõe as médias, os escores essenciais e gerais e os desvios padrão obtidos dos atributos essenciais e derivados da APS de João Pessoa sob a ótica dos profissionais, tomando como base o distrito sanitário que estes atuam. O atributo essencial Acessibilidade foi avaliado abaixo da média em todos os DS, com destaque para DS III, com média de 3,61 para este componente. Os escores essenciais e gerais, de forma geral, foram avaliados com médias acima do ponto de corte (6,6).

Na tabela 4 é possível observar as médias de cada atributo, além dos escores essencial e geral obtidos em cada categoria profissional. A partir desta análise pode-se verificar mais uma vez, que a avaliação negativa do atributo acessibilidade é unânime. A categoria que avaliou com a nota mais baixa o componente Acessibilidade foram os ACS (média=3,44). Além disto, observa-se que apenas os cirurgiões dentistas avaliaram positivamente o atributo “Coordenação - integração do cuidado”. Os ACS participantes

avaliaram os atributos essenciais abaixo da média, enquanto o escore geral foi positivo para todas as categorias profissionais.

Tabela 1 Escore Geral Baixo e Escore Geral Alto de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por Categoria profissional e DS.

VARIÁVEL	ESCORE GERAL BAIXO		ESCORE GERAL ALTO	
	N	%	N	%
Profissionais				
Cirurgião Dentista	17	**35,4**	31	**64,6**
Enfermeiro	8	15,7	43	84,3
Médico	8	17,8	37	**82,2**
ACS	17	29,8	40	70,2
Distrito Sanitário				
I	9	20	36	80
II	17	39,5	26	60,5
III	13	26,5	36	73,5
IV	3	9,7	28	9,3
V	8	24,2	25	75,8
Total	50	24,9	151	75,1

Tabela 2 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por DS.

Atributo	Mínimo	Máximo	Média	DP
Acessibilidade	0,74	8,15	**3,89**	1,47
Longitudinalidade	2,56	9,74	7,43	1,20
Coordenação – Integração de cuidados	2,78	10,0	6,64	1,58
Coordenação - Sistema de informação	0,00	10,0	7,88	1,89
Integralidade – Serviços disponíveis	3,48	10,0	7,21	1,12
Integralidade – Serviços prestados	2,44	10,0	7,60	1,80
Orientação Familiar	1,11	10,0	8,29	1,94
Orientação Comunitária	2,22	10,0	7,31	1,68
Escore essencial	2,98	8,82	6,78	0,95
Escora Geral	3,52	9,36	7,29	1,09

Tabela 3 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por DS.

ATRIBUTOS	DS I		DS II		DS III		DS IV		DS V	
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Acessibilidade	45	**3,94 (1,31)**	43	**3,85 (1,43)**	49	**3,61 (1,65)**	3 1	**3,76 (1,22)**	**33**	**4,44 (1,63)**
Longitudinalidade	45	7,40 (1,15)	43	7,16 (1,07)	49	7,36 (1,37)	3 1	7,92 (0,94)	33	7,48 (1,27)
Coordenação – Integração de cuidados	45	6,65 (1,74)	43	**6,21 (1,69)**	49	6,70 (1,45)	3 1	6,81 (1,18)	33	6,93 (1,67)
Coordenação - Sistema de informação	45	7,92 (1,91)	43	7,70 (2,14)	49	7,80 (1,91)	3 1	8,02 (1,87)	33	8,08 (1,57)
Integralidade – Serviços disponíveis	45	7,07 (1,08)	43	7,39 (0,89)	49	7,00 (1,21)	3 1	7,35 (1,22)	33	7,32 (1,22)
Integralidade – Serviços prestados	45	7,81 (1,92)	43	7,43 (1,67)	49	7,31 (1,96)	3 1	8,20 (1,39)	33	7,42 (1,82)
Orientação Familiar	45	8,07 (2,40)	43	8,26 (1,71)	49	8,41 (1,74)	3 1	8,88 (1,11)	33	7,87 (2,36)
Orientação Comunitária		7,20 (1,58)	43	7,24 (1,97)	49	7,08 (1,51)	3 1	7,36 (1,60)	33	7,86 (1,71)
Escore essencial	45	6,80 (0,96)	43	6,62 (0,92)	49	6,63 (0,96)	3 1	7,01 (0,78)	33	6,94 (1,08)
Escora Geral	45	7.22 (1,22)	43	7,19 (1,09)	49	7,19 (0,99)	3 1	7,57 (0,84)	33	7,41 (1,26)

Tabela 4 Média e desvio padrão e dos escores individualizados de cada atributo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão profissionais, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por categorias profissionais.

ATRIBUTO	Médico		Cirurgião dentista		Enfermeiro		ACS	
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Acessibilidade	45	**3,79 (1,39)**	**48**	**4,43 (1,54)**	**51**	**3,98 (1,42)**	57	3,44 (1,41)
Longitudinalidade	45	7,35 (1,13)	48	7,06 (1,18)	51	7,60 (1,00)	57	7,66 (1,36)
Coordenação – Integração de cuidados	45	**6,56 (1,53)**	48	7,61 (1,25)	51	**6,26 (1,34**)	57	**6,21 (1,73)**
Coordenação Sistema de informação	45	8,59 (1,42)	48	7,56 (1,75)	51	8,14 (1,74)	57	7,36 (2,26)
Integralidade – Serviços disponíveis	45	7,04 (1,16)	48	7,63 (0,96)	51	7,25 (0,95)	57	6,94 (1,28)
Integralidade – Serviços prestados	45	8,20 (1,46)	48	**6,17 (1,99)**	51	8,37 (1,11)	57	7,65 (1,69)
Orientação Familiar	45	8,71 (1,67)	48	7,50 (2,27)	51	8,78 (1,42)	57	8,18 (2,07)
Orientação Comunitária	45	7,24 (1,82)	48	7,61 (1,43)	51	7,37 (1,59)	57	7,07 (1,85)
Escore essencial	45	6,92 (1,05)	48	6,74 (0,91)	51	6,93 (0,81)	57	**6,54 (0,99)**
Escore Geral	45	7,45 (1,15)	48	7,15 (1,10)	51	7.50 (0,88)	57	7,08 (1,19)

DISCUSSÃO

O estudo apresenta resultados relativamente positivos em relação aos atributos essenciais na APS, seja na perspectiva das diferentes categorias profissionais participantes, seja por DS. No entanto, a análise mais aprofundada expõe potencialidades e fragilidades em determinados segmentos da APS. Diante da escassez de pesquisas desta natureza no nordeste brasileiro, pode-se citar os estudos encontrados nesta região que vão na mesma direção da pesquisa em pauta, trabalhos realizados no município de São José de Ribamar – Maranhão[9], e em Campina Grande – Paraíba[6], que se dedicaram a estudar os atributos da APS na perspectiva dos profissionais.

Tais pesquisas demonstram similaridade no que se refere à extensão e presença dos atributos na APS de João Pessoa, uma vez que os profissionais indicaram um escore geral dos atributos de 7,56 e 7,6, respectivamente. No entanto, um estudo realizado em Fortaleza – Ceará[10], indica a média de escore geral de 6,34, ficando abaixo do ponto de corte estabelecido. Este parece ser um caso isolado no Brasil, uma vez que pesquisas realizadas em outras regiões do país que também escutaram os profissionais, indicam que na percepção deles, de forma geral os serviços têm alta orientação à APS[11-13]

No que se refere a avaliação dos atributos de maneira específica, a acessibilidade destaca-se como único atributo com escore abaixo do ponto de corte na avaliação realizada tanto por DS quanto por categoria profissional. A média geral para este atributo no presente estudo foi de 3,89, dado que revela a dificuldade de acesso dos usuários à APS nos períodos fora de horário comercial, seja de forma presencial ou remota. O resultado corrobora com outros estudos de avaliação da APS realizados no Brasil, os quais apresentam o atributo da acessibilidade com a média abaixo do ponto de corte 6,6 configurando-se como um atributo aquém do esperado para o que a APS se destina.

Cabe apontar o fato de que município João Pessoa é a quinta capital brasileira com maior presença da APS, representados por 91,57% de cobertura populacional, e que a distribuição proporcional das USF pelo tamanho e densidade demográfica dos DS contempla o princípio da equidade[8,14].Portanto, os dados demonstram que, apesar do elevado índice de cobertura, o acesso da

população aos serviços de saúde ainda é deficitário e carece de medidas urgentes para sanar tal fragilidade, essencial ao se considerar cuidado em saúde. Para que seja possível a realização de práticas efetivas, antes de tudo, a população precisa ter acesso ao serviço.

Assim, compreende-se que com a acessibilidade enfraquecida, a circulação do usuário pela APS, apresenta lacunas que refletem em perdas significativas aos usuários. Tendo em vista que a ausência da acessibilidade fere o princípio da universalidade proposto pelo SUS, uma vez que compromete o cuidado da população, esta tem sido considerada a mais complexa fragilidade da APS[11,6].

Autores[6] sugerem que a superação das agendas organizadas por grupos preferenciais pode auxiliar no atendimento da demanda espontânea da população em geral. Além disso, dentre as recomendações para fortalecimento da APS no Brasil[15], as que se relacionam diretamente com a acessibilidade, estão a adoção do acesso avançado, que permite o agendamento de consultas para o mesmo dia ou em até 48 horas após o contato com o serviço de saúde. Outras estratégias sugeridas no estudo se referem a possibilidade de acesso não presencial e ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde, a partir da criação de formas de comunicação não presencial entre equipe e pessoas (on-line, e-mail e telefone)[15].

O atributo essencial Longitudinalidade obteve boa avaliação com médias acima de 6,6, tanto por DS, quanto pelas categorias profissionais, onde a maior média foi obtida no DS IV 7,92 e a categoria profissional que melhor avaliou este atributo foi o ACS com a média de 7,66. A longitudinalidade está diretamente relacionada à ESF, pois promove a continuidade do cuidado ao estabelecer um vínculo duradouro entre os usuários e as equipes de saúde, acompanhando as famílias em sua área adstrita ao longo do tempo.

O atributo Coordenação - Integração dos Cuidados, foi avaliado com média geral 6,64, apesar de estar acima, encontra-se bem próximo ao ponto de corte. A análise do atributo por categoria profissional revelou que apenas na avaliação dos cirurgiões dentistas a média se manteve satisfatória (média = 7,61). Em contrapartida, ao se analisar as médias obtidas no atributo por DS, observa-se que no DS II a média foi de 6,21, e no DS I, obteve-se a média de 6,65, muito próxima ao ponto de corte. Este atributo se relaciona com o

conhecimento que os profissionais da APS têm a respeito das consultas especializadas que o usuário realiza, bem como com a troca de informações entre os serviços especializados e hospitalares e a APS.

Torna-se interessante analisar tais dados em paralelo a distribuição espacial dos serviços de saúde do município de João Pessoa[8]. Os dados revelam que 62,5% dos Serviços Especializados em Reabilitação e dos Serviços Hospitalares e de Urgência e Emergência estão nos DS IV e V[8], que obtiveram as maiores médias nesse atributo (6,81 e 6,93, respectivamente). Assim, DS I, II e III, são marcados por lacunas assistenciais da atenção especializada, hospitalar e de urgência e emergência[8]. Infere-se portanto, que a presença de serviços especializados nos DS pode facilitar a comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção. Por este motivo é crucial uma distribuição equânime de tais serviços no referido município.

O atributo essencial melhor avaliado pelos profissionais foi o de Coordenação - Sistema de Informações, que representa o cuidado contínuo e personalizado e obteve o escore de 7,88. Resultados semelhantes são encontrados nos estudos realizados em diferentes localidades brasileiras e também na cidade de Campina Grande, onde obteve a média 8,88[6]. Apesar de ter resultados positivos entre os profissionais, um estudo[9] que também considerou os usuários dos serviços de saúde, indica que os usuários avaliaram este atributo de forma negativa. A diferença pode ocorrer pelo fato de que ao responderem os itens relacionados a este atributo, profissionais consideram o acesso e a disponibilidade dos prontuários para os usuários, além do acesso dos próprios profissionais ao histórico médico via registros, que pode estar fragilizado para os usuários.

O atributo essencial Integralidade - Serviços Disponíveis estabelece que os serviços de saúde devem ser organizados para atender de forma ampla e integrada às necessidades de saúde da população. Isso inclui garantir a oferta de ações e serviços que vão desde a promoção da saúde até a prevenção, tratamento e reabilitação, acessíveis e adequados às demandas dos usuários. Os profissionais avaliaram este atributo da seguinte maneira: as melhores médias foram dadas pelo DS II com 7,39 e pela categoria profissional cirurgião dentista com 7,63 e as piores médias ficaram com o DS III 7,00 e pela categoria profissional ACS com nota 6,94. O desempenho deste atributo é

mediano, tendo em vista que ele está atravessado por aspectos da acessibilidade, a qual possui avaliação aquém da necessária para contemplar a presença do atributo.

O atributo Integralidade – Serviços Prestados refere-se à capacidade de atender às necessidades de saúde das pessoas com ações e serviços que sejam apropriados, resolutivos e abrangentes, considerando os diferentes contextos de vida. As maiores médias foram obtidas no DS IV com a média de 8,20 e pela categoria profissional enfermeiros/as com a média 8,37. O DS IV contempla uma quantidade significativa de equipamentos da atenção especializada e hospitalar[8] avalia este atributo com a média mais elevada, pois ele está relacionado a oferta de serviços de saúde de diversas esferas do sistema.

Em relação ao cenário internacional é possível citar a Comunidade da Dominica, que é um pequeno país insular localizado no Mar do Caribe, na região das Pequenas Antilhas, o qual teve a atenção primária avaliada sob a ótica dos profissionais da saúde com a utilização do instrumento PCATool, e utiliza representações numéricas distintas do PCATool Brasil, no entanto consegue explanar o cenário da APS[16]. Divergindo das avaliações realizadas no Brasil, no país da Dominica os trabalhadores atribuíram classificações "Boas" (adequadas) para o cuidado de primeiro contato e deram escores medianos para o cuidado centrado na família e orientado à comunidade, demonstrando uma realidade exatamente contrária aos achados do Brasil.

Fazendo um comparativo da realidade internacional supracitada com os achados do estudo em pauta e das demais avaliações no Brasil, pode - se averiguar que os atributos derivados orientação familiar e orientação comunitária são avaliados com médias acima do ponto de corte tanto por DS, quanto por categoria profissional. Já no país da Dominica, os atributos supramencionados com escores medianos[16]. No tocante a orientação familiar, esta pressupõe uma atenção integral ao contexto familiar e seu potencial de cuidado, já a orientação comunitária estabelece o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade. No Brasil o Programa de Estratégia de Saúde da Família, o qual conta com a ESF, atuando na perspectiva de abranger territórios com famílias e comunidades com cobertura

de serviços de saúde, asseguram um olhar integral, coletivo sem perder de vista a equidade[4].

Limitações do estudo

Diante disso, registra-se uma limitação referente ao instrumento versão profissionais ter sido respondido pelos trabalhadores sem a presença da pesquisadora. Ressalta-se também que na presente pesquisa não foi realizada análise detalhada dos itens que compõem cada atributo a fim de identificar de maneira mais clara as fragilidades e potencialidades encontradas no município, sendo esta uma possibilidade para estudos futuros. Além disto, sugere-se a realização a partir de métodos de pesquisa mistos, que possam aprofundar as questões aqui abordadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidencia um panorama positivo da APS em João Pessoa, com boa avaliação da maioria dos atributos essenciais, especialmente a longitudinalidade, a integralidade dos serviços prestados e a coordenação de informações na percepção dos profissionais. No entanto, a acessibilidade emerge como o principal ponto crítico, destacando a necessidade de estratégias que ampliem o acesso, como horários estendidos e formas de contato remoto.

Assim, os dados indicam a necessidade de priorizar ações que melhorem a acessibilidade e fortaleçam a articulação entre níveis de atenção, garantindo que a APS atenda às necessidades da população de forma integral, equitativa e contínua.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. Saúde e Sociedade. 2019. 28(2): 95–110. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yLfJLfvdRsMCrNJ6yCygdmH/
2. Silva EP da, Almeida LL de, Leão NML, Pires LVA, Franco JVV, Madeira SFN, Andrade LA de, Procópio RB, Gil T da S, Boracini GF. PCATOOL as a Primary Care Assessment tool: Integrative review. RSD [Internet]. 2022. 11(13). Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35414
3. Starfield B, Xu J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice. 2001. 50(2):161-175. Disponível em: https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf
4. 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. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf]. Acesso em: [10 jan 2024].
5. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras MedFam Comunidade. 2013; 8(29):274-84. Disponível em:https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829.
6. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz APRG, et al. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. Rev Bras Enferm. 2020. Dec 21;73(suppl 5):e20200128. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/4PtrFfWD67tzy3QCrFXP6Bg/?lang=en.
7. IBGE. Censo Demográfico 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/34889-pessoas-co

m-deficiencia-e-as-desigualdades-sociais-no-brasil.html. Acesso em: 17 dez. 2023.

8. Menezes TA, de Sousa MAC, Gomes LB, Barbosa D de S, Sampaio J. Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde . RBEUR [Internet]. 7º de janeiro de 2023 [citado 9º de dezembro de 2024];24(1). Disponível em: https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/7127.
9. Costa MA, Alves MTSSB, Branco RMPC, et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2020. 24(suppl 1): e190628. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>.
10. Rolim LB, Monteiro JG, Meyer APGFV, Nuto SAS, Araújo MFM, Freitas RWJF. Evaluation of Primary Health Care attributes of Fortaleza city, Ceará State, Brazil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(1):19-26.DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0033
11. Machado GAB, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE00973.
12. Mazutti Penso J, Périco E, Oliveira MMC de, Guimarães Strohschoen AA, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 22º de junho de 2017 [citado 9º de dezembro de 2024];12(39):1-9. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1212
13. Araújo RL, Machado AV, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saúde Debate. 2015. 39(105): 387-399. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jY84QtPxwPZ3Cd9Rprcrqks/abstract/?lang=pt
14. BRASIL. *E-gestor Atenção Básica* - Informação e gestão da Atenção Básica. 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistor

icoCoberturaAB.xhtml Acesso em 15 dez 2021.https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

15. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recommendations to strengthen primary health care in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44(6):e4. doi: 10.26633/RPSP.2020.

16. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. Rev Panam Salud Publica. 2015 Feb;37(2):104-12. Disponível em: https://www.paho.org/. Acesso em: [13/11/2024].

6 ARTIGO 2:

Avaliação da Atenção Primária à Saúde De João Pessoa Na Perspectiva De Usuários Com Deficiência.

RESUMO:
Objetivo: Avaliar a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários com deficiência da Estratégia da Saúde da Família do município de João Pessoa. Trata-se de estudo transversal que teve como participantes 38 PcDs de dois Distritos Sanitários (DS) do município de João Pessoa, como os distritos III e V, sendo que 52,63% eram crianças ou adultos cognitivamente comprometidos, e 47,37% adultos sem comprometimento cognitivo. Aplicou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool – usuários adultos e crianças, versão reduzida. Estes usuários avaliaram a APS, negativamente, tendo em vista que em todas as variáveis analisadas no estudo as medianas encontram-se abaixo do ponto de corte, 6,6, obtendo a mediana geral de 5,22. Conclui-se que os atributos da APS analisados pela ótica das PcD não contempla o cuidado que esta população necessita, além disso, esses sujeitos precisam ser implicados no próprio cuidado para poderem vislumbrar a legislação existente sendo praticada no campo da saúde.
Palavras-Chave: Avaliação de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como o principal eixo estruturante dos sistemas de saúde, desempenhando um papel central na coordenação do cuidado e no acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Caracterizada por atributos como o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, a APS é essencial para a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado contínuo, especialmente para populações vulnerabilizadas, como as pessoas com deficiência[1].No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização da APS, sendo responsável por atender a complexidade e a diversidade das demandas de saúde da população[2].

Embora a ESF tenha se expandido significativamente nas últimas décadas, ainda enfrenta desafios para garantir um cuidado inclusivo e acessível para grupos com necessidades específicas[2]. As pessoas com deficiência constituem uma parcela significativa da população e demandam dos serviços de saúde com mais frequência. Apesar de, tradicionalmente, as PcDs acessarem o sistema de saúde a partir da atenção especializada, na APS, ao transcender o modelo biomédico essas pessoas têm a possibilidade de vivenciar um cuidado integral que contempla aspectos biopsicossociais e culturais[3].

No entanto, a falta de acessibilidade devido à presença de barreiras arquitetónicas, urbanísticas, de transporte e atitudinais nas Unidades de Saúde e a baixa qualificação dos profissionais da APS para ofertar cuidado a esta população têm sido apontadas como fatores dificultadores[4,5]. Além disso, a pouca oferta da escuta e no acolhimento aos usuários(as), nas execuções das demandas, seja na confecção de possibilidades assistenciais que gerem a participação comunitária, seja no acesso a direitos fundamentais pelo trabalho assistencial também tem sido descritas como fragilidades da APS para as PcDs[6].Como pontos facilitadores, as publicações acerca do tema enfatizam a importância do apoio matricial, ações de reabilitação, a atenção domiciliar e de educação permanente em saúde como importantes ferramentas na garantia da integralidade do cuidado[7].

Pelos motivos acima apresentados a avaliação da APS é uma ação crucial para identificar as fragilidades, propondo ações para minimizá-las ou

superá-las, além de conhecer e fortalecer as potencialidades do serviço. Estudos dedicados à avaliar a APS tem sido realizado principalmente a partir dos dados gerados pelo Programa de Melhoria no Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído via Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011, e pelo AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade), que tinha a proposta de realizar uma autoavaliação dos serviços oferecidos na APS, visando autoconhecimento, planejamento e alinhamento com o PMAQ a fim de potencializar a qualidade do cuidado[8].

No entanto, autores[9] apontam que nos últimos anos os processos avaliativos têm sido realizados por meio do método quantitativo e com foco nas USF, a partir da utilização do instrumento PCATool Brasil, construído em 2010 por meio da validação e adaptação do Primary Care Assessment Tool (PCATool)[10] pelo Ministério da Saúde e atualizado em 2020[11]. O PCATool - Brasil emerge como um instrumento valioso para a avaliação da qualidade da APS sob diferentes perspectivas, incluindo a dos usuários. Todavia, as pesquisas realizadas a partir do instrumento tem se concentrado principalmente nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, e considerado como participantes, majoritariamente os profissionais que atuam na APS.

A escassez de trabalhos que escutam as pessoas com deficiências usuárias da APS é gritante, mesmo sob o entendimento da forte relevância desta esfera para o sistema de saúde para toda a população. Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a Atenção Primária à Saúde na perspectiva de usuários com deficiência da Estratégia da Saúde da Família.

MÉTODO

A pesquisa foi observacional, descritiva, transversal e com abordagem quantitativa, visando quantificar a percepção dos usuários com algum tipo de deficiência em relação aos atributos APS.

Os preceitos de ética em pesquisa envolvendo os seres humanos foram respeitados conforme (Resolução número 466/12), o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o parecer número 6.330141 e os participantes foram convidados para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em relação às crianças, os respondentes foram

os responsáveis, maiores de 18 anos de idades, das mesmas, logo não houve a necessidade do uso do TALE. .

A APS de João Pessoa é dividida em cinco Distritos Sanitários (DS) de saúde que são distribuídos conforme semelhanças demográficas, sociais e epidemiológicas dos territórios, o que possibilita ações de saúde coletiva comuns[12].

No entanto, a pesquisa aconteceu com PcDs residentes nos DS III e V da cidade, pois a pesquisa se deu em um curso de mestrado que contava com uma curta temporalidade, além da dificuldade em contactar os usuários no território permeado por iniquidades e violências. Ficou evidente a importância de reverberar a voz das PcD dos DS III e V, onde a justificativa repousa no fato do DS III possuir o menor Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX) (-0,95) e o DS V deter o maior IEX (1,0) dentre todos os DS[13]. O IEX é apresentado numa escala entre –1 (maior exclusão social) e +1 (maior inclusão social), dando visibilidade às desigualdades sociais entre os bairros, além disso visa ressaltar as vulnerabilidades dos DS de João Pessoa. O IEX é o Índice de Exclusão/Inclusão Social[14], que fornece através de uma abordagem qualitativa e com a técnica de geoprocessamento baseado no Censo Demográfico do IBGE no ano 2000, uma visão do Mapa de Exclusão/Inclusão Social da cidade[13]

Cabe destacar que no município em questão, assim como em muitas localidades brasileiras, a APS contava com os antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), em 2017 passaram a se chamar Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Em 2020, tais núcleos viram-se enfraquecidos pelo governo federal por meio da Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, que revogou o custeio destinado à sua manutenção, o que certamente comprometeu ainda mais a integralidade do cuidado prestado às PcD, uma vez que grande parte das ações voltadas estes sujeitos no contexto da APS eram realizadas pelos profissionais que compunham tais núcleos. A portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 que foi lançada com a proposta de garantir novamente o incentivo financeiro federal para uma nova versão de equipes Multiprofissionais na APS, chamadas e-Multi[15,16], ainda não era realidade no município no momento da coleta dos dados.

Este estudo é parte de uma pesquisa maior, que teve o objetivo de avaliar os atributos essenciais e derivados da APS na percepção de profissionais e pessoas com deficiência. Assim, os participantes do presente estudo foram pessoas com algum tipo de deficiência, usuárias da APS indicadas pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Unidades da Saúde da Família (USF) que participaram da etapa anterior da pesquisa. Desta forma, a seleção dos usuários foi realizada por meio da técnica bola de neve. Um profissional de referência da USF indicava o primeiro participante, e, após a entrevista, este participante indicava outros usuários com deficiência para participar da pesquisa.

As entrevistas com as PcD foram realizadas entre os meses de março e julho de 2024, com a visita da pesquisadora à residência dos usuários. Antes de responderem o PCATool - brasil, os usuários responderam ao Protocolo de Washington, que é um conjunto de perguntas a respeito da funcionalidade em domínios fundamentais de Pessoas com Deficiência. O objetivo é verificar o grau de dificuldade encarado por um sujeito para executar atividades em todos os aspectos da vida em sociedade em bases iguais nestes seis domínios básicos de funcionalidade[17]. Cada pergunta possui quatro opções de respostas, a saber: 1. Não, nenhuma dificuldade; 2. Sim, alguma dificuldade; 3. Sim, muita dificuldade; e 4. Não consigo de jeito nenhum.

Como critérios de inclusão considerou-se a necessidade de responderem 3 ou 4 em pelo menos um dos domínios abordados no Protocolo de Washington. Foram excluídos da pesquisa usuários/as que pontuaram menos que 3 no componente “afiliação” do PCATool Brasil.

Para a coleta dos dados, os participantes responderam ao instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool Brasil versão reduzida para usuários crianças ou adultos[11]. O instrumento analisa atributos essenciais e derivados da APS, a saber: atributos essenciais - acesso de primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; atributos derivados são: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

A versão criança foi utilizada tanto com seu público alvo original quanto com adultos que apresentavam comprometimento cognitivo incapacitante no momento da entrevista, e a versão adulto foi aplicada às pessoas com algum

tipo de deficiência que não comprometesse a capacidade cognitiva e consequentemente, as respostas obtidas por meio da entrevista.

O PCATool Brasil – Criança[11] versão reduzida é composto por 30 itens divididos em 10 componentes. Afiliação - Afiliação com Serviço de Saúde (3 itens), Acesso de Primeiro Contato – Utilização (2 itens), Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (3 itens), Longitudinalidade (5 itens), Coordenação – Integração de Cuidados (3 itens), Coordenação – Sistema de Informações (1 itens), Integralidade – Serviços Disponíveis (5 itens), Integralidade – Serviços Prestados (3 itens), Orientação Familiar (3 itens), Orientação Comunitária (2 itens).

O PCATool Brasil - Adulto versão reduzida[11] contém 25 itens divididos em 10 sessões, a saber: Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (3 itens); Acesso de Primeiro Contato – Utilização (1 itens); por Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (2 itens), a Longitudinalidade (4 itens), a Coordenação – Integração de Cuidados (4 itens), Coordenação – Sistema de Informações (1 itens), Integralidade – Serviços Disponíveis (3 itens), Integralidade – Serviços Prestados (4 itens), Orientação Familiar (2 itens) e a Orientação Comunitária (1 itens).

Todas as versões são apresentadas no formato de escala Likert, na qual os participantes devem escolher, para cada item, a opção que mais se aproxima de sua opinião: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/ não lembro” (valor=9).

A pontuação dos atributos é obtida a partir da média aritmética das respostas dos itens, após a inversão dos itens com pontuação negativa. Entrevistas com taxa de não-resposta superior a 50% são excluídas da análise. As demais respostas em branco são imputadas como "provavelmente não". O atributo Grau de Afiliação utiliza uma escala própria de 1 a 4. O 'Escore Essencial de APS' é calculado como a média ponderada das dimensões essenciais e o Grau de Afiliação. O Escore Geral de APS é calculado de forma similar, incluindo também os atributos derivados.

Para o cálculo do escore geral do item Afiliação, utilizou o seguinte algoritmo: todas as respostas são iguais a não (A1 = A2 = A3) pontua grau de afiliação = 1; duas ou três respostas são iguais a sim e relativas a diferentes,

como serviços de saúde/médico(as)/enfermeiros(as) (A1 ≠ A2 ≠ A3) pontua grau de afiliação = 2; se duas respostas são iguais a sim e relativas ao mesmo serviço de saúde médico(a) e enfermeiro(a) » (A1 = A2 ou A1 = A3 ou A2 = A3) e iguais a “sim” pontua grau de afiliação = 3 se todas as respostas são iguais a sim e todas relativas ao mesmo serviço de saúde médico(a) enfermeiro(a) » (A1 = A2 = A3) pontua grau de afiliação = 4.

O escore geral da APS foi calculado da média das questões, a partir da seguinte fórmula:

(Afiliação + B1 + B2 + C1 + C3 + C4 + D1 + D2 + D6 + D8 + D11 + E4 + E5 + E6 + F2 + G3 + G4 + G5 + G6 + G9 + H3 + H4 + H5 + I1 + I2 + I3 + J2 + J4)/28 (Brasil, 2020).

Após o cálculo do escore geral, os valores foram transformados em escala contínua de 0 a 10 por meio da fórmula: (Escore obtido – 1) X 10/4-1. Os escores com valores iguais ou maiores que 6,6 são considerados altos, indicando respostas iguais ou maiores que “3” (provavelmente, sim) no questionário.

Os dados foram digitados em planilhas do Excel, Microsoft Office 2023 e posteriormente exportadas e analisada descritivamente por meio do software IBM SPSS® *Statistics* 29.0, a fim de caracterizar a amostra (frequências, percentuais, média e desvio-padrão) e procurou-se apreender, de forma geral, como os profissionais participantes avaliaram os atributos essenciais no município de João Pessoa, diferenciando-os por categoria profissional e por distrito sanitário.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 38 PcDs de dois DS do município de João Pessoa, sendo que 52,63% (n=20) eram crianças ou adultos cognitivamente comprometidos que tiveram como respondentes das questões do instrumentos tutores maiores de 18 anos de idade e 47,37% (n=18) adultos sem comprometimento cognitivo. 22 (57,89%) participantes residiam no DS III, e 16 (42,11%) no DS V.

Na tabela 1 observa-se que as PcDs consideram insatisfatório o cuidado a eles oferecido na APS. É possível apreciar as informações pela ótica dos sujeitos (crianças e adultos) dos DS III e V.

Em relação a visão dos usuários, as crianças foram quem melhor avaliaram a APS com o quantitativo de (30%; n=6) e em relação ao quantitativo de quem pior avaliou os adultos ficou representado pelo quantitativo de (72,2%; n=13). Em relação aos DS, os usuários/as do DS V forneceram em maior quantidade o escore geral alto (50%; n=8) e o DS III obteve a maior quantidade de pessoas que pontuaram o escore geral baixo (86,4%; n=19).

A Tabela 2 demonstra os valores mínimos e máximos obtidos a partir da entrevista com PcDs dos DS analisados, chamando atenção o fato de que, independente da variável analisada, todas as medianas encontram-se abaixo do ponto de corte.

Tabela 1 Quantitativo de usuários/as que forneceram escores gerais alto e baixo da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão usuários, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por usuários e DS.

VARIÁVEL	ESCORE GERAL ALTO		ESCORE GERAL BAIXO	
	N	%	N	%
Usuários				
Crianças	6	30	14	70
Adultos	5	27,8	13	72,2
Distrito Sanitário				
III	3	13,6	19	86,4
V	8	50,0	8	50,0
Escore geral	11	28,9	27	71,1

Tabela 2 Escores mínimos, máximos, mediana e desvio padrão da avaliação da Atenção Primária à Saúde, segundo o PCATool-Brasil versão usuários dos DS III e V, em João Pessoa - Paraíba, 2024. Dados por usuários e DS.

VARIÁVEL	N	Mínimo	Máximo	Mediana	DP
Usuários					
Crianças	20	2,38	9,29	**5,59**	1,94
Adultos	18	2,46	8,99	**5,07**	1,83
Distrito Sanitário					
III	22	2,46	8,99	**4,71**	1,73
V	16	2,38	9,29	**6,48**	1,85
Escore Geral	38	2,38	9,29	**5,22**	1,86

DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, observa-se que as PcDs participantes deste estudo avaliam negativamente os atributos da APS no município de João Pessoa, resultados que se alinham com outras pesquisas realizadas com

usuários. Em um município localizado em Minas Gerais foi encontrada a média de escore geral 5,8 utilizando o mesmo instrumento[18]. No mesmo estado, outra pesquisa[19] demonstrou média do escore geral 5,01 ao entrevistar usuários da APS na capital mineira. Já os usuários da APS em um município do interior do Mato Grosso do Sul[20], avaliaram a APS do município com o escore geral de 2,65, uma média consideravelmente distante do ponto de corte.

No estado da Paraíba, o estudo[21] realizado a partir dos dados do 3o Ciclo do PMAQ – AB, realizado entre 2017 e 2018, comparando as macrorregiões de saúde do estado, concluiu que os usuários classificaram três dos atributos analisados como “Muito Bom”. Apesar disso, os autores chamam atenção que houve frequência expressiva da classificação “Muito Ruim” para os atributos Acesso de Primeiro Contato, Integralidade e Coordenação da Atenção.

Inicialmente cabe ressaltar que todos os estudos acima citados foram realizados com usuários adultos. Um estudo[22] que avaliou a APS a partir da perspectiva de pessoas com e sem deficiência na cidade de São Paulo, encontrou como escore geral a média de 6,50. Os resultados apresentam semelhanças com os achados da avaliação de João Pessoa, a avaliação deste nível de atenção por usuários tem se mostrado abaixo do valor de referência (>6,6) independente dos mesmos apresentarem ou não alguma deficiência. Tais resultados contrapõem-se com aqueles obtidos a partir da ótica dos profissionais da APS, uma vez que os estudos que tiveram este público alvo demonstram escores gerais maiores que 6,6.

A análise realizada no presente estudo demonstra ainda que, apesar da avaliação negativa, os usuários que responderam o instrumento voltado para crianças avaliaram a APS melhor que os adultos. O dado vai na mesma direção de um estudo[22] que indica que usuários menores que 18 anos avaliaram positivamente a APS (escore geral 6,80), enquanto adultos e idosos atribuíram médias abaixo do ponto de corte (6,18 e 6,53 respectivamente). Esta discreta diferença é fruto dos programas específicos voltados a tal população, bem como da organização do serviço por agendas para grupos específicos, nas quais as crianças estão incluídas. Esta inferência, apesar de se relacionar, neste estudo, com o aumento da qualidade dos serviços prestados para

crianças, levanta reflexões a respeito da equidade do cuidado. No entanto, estudos mais aprofundados são necessários para confirmação.

Na análise realizada a partir dos DS, observou-se que apesar da atribuição dos escores gerais abaixo do valor de referência, os usuários com alguma deficiência do DS V avaliaram a APS mais positivamente que aqueles residentes no DS III. Tal avaliação destes dois distritos sanitários de João Pessoa sob a ótica de PcD, converge com o fato do DS III possuir o bairro com menor IEX -0,95, ou seja, possuir maior índice de exclusão e o DS V ter o IEX mais elevado de todos os DS da cidade 1,00, índice que representa maior inclusão[13].

No DS V estão localizados quatro dos dez serviços especializados em reabilitação da cidade, dois serviços de atenção hospitalar e de urgência e emergência e um dos cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), já o DS III abrange quatro serviços de urgência e emergência, um serviço especializado em reabilitação e um CEO que compõem a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência (RCPcD) instituída em 2012, por meio da Portaria nº 793, do Sistema Único de Saúde do município[13]. Estes dados levam a reflexão a respeito da presença de serviços especializados de reabilitação no território, uma vez que este fato pode significar uma melhor comunicação entre os pontos da rede de atenção, levando por consequência, ao aumento da qualidade do cuidado prestado na APS.

O município de João Pessoa conta com 91,57% de cobertura populacional da APS em seu território, sendo a quinta capital do Brasil melhor servida de “porta de entrada” do sistema de saúde. E, isso responde satisfatoriamente a diretriz do SUS territorialização[23]. No entanto, a extensa cobertura da APS no contexto estudado não assegura um bom desempenho do serviço para usuários PcD, além de não garantir a ausência de iniquidades à população mais vulnerável, o que fere o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) .

Pesquisas escutando as PcD a respeito da avaliação da APS, fazendo uso do instrumento PCATool no Brasil ainda são escassas no cenário Brasileiro, o que por si só já revela a necessidade de que esta população seja considerada nos sistemas de avaliação do grau de satisfação dos serviços do

SUS. No caso do Nordeste, a ausência de estudos nessa direção torna mais alarmante a invisibilidade vivenciada cotidianamente por estas pessoas.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência[24] que apresenta desdobramentos em diversos aspectos, seja legislativo ou não, assegura para este público direitos basais de existir na sociedade atual, como saúde, educação, moradia, trabalho, transporte, acessibilidade, proteção contra discriminação, tecnologia assistiva, auxílio e beneficios, entre outros. Diante do exposto, refletir sobre os direitos propostos e a potência da APS que possibilita de forma direta ou indireta tais aspectos as PcD é fundamental, pois com a tamanha escassez de estudos avaliativos da porta de entrada do sistema de saúde, acaba fomentando e fortalecendo atitudes excludentes desenhada por um não fazer.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo referem-se principalmente à amostra reduzida, bem como aos critérios utilizados para sua seleção. No entanto, justifica-se que a ausência de dados oficiais atualizados a respeito desta população dificulta a realização de cálculos amostrais mais precisos. Além disto, sugere-se que estudos futuros realizem análises considerando as especificidades da população estudada, e os diferentes tipos de deficiência, uma vez que estas apresentam diferentes necessidades que podem refletir na avaliação da APS. Por fim, acredita-se que a utilização da versão extensa do instrumento pode fornecer mais dados para análise, assim como a realização de pesquisas com outros desenhos metodológicos pode auxiliar na compreensão do problema em profundidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo trouxe desigualdades na avaliação da APS sob a ótica das PcD em João Pessoa, usuários dos DS III, apresentando pior avaliação e o DS V destacando-se com uma avaliação mais positiva, o que gera uma reflexão sobre as diferenças no Índice de Exclusão/Inclusão Social (IEX) entre os distritos. Apesar da ampla cobertura da APS na cidade, os resultados indicam que isso não garante o princípio da equidade ou bom desempenho para este público vulnerabilizado.

A pesquisa ressalta a importância de dar voz às PcD e a necessidade de estudos que utilizem instrumentos como o PCATool para avaliar a APS, especialmente no Nordeste, onde há carência de investigações nesse contexto. Tais avaliações são fundamentais para subsidiar políticas públicas mais inclusivas e garantir o cumprimento dos direitos previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Silva EP da, Almeida LL de, Leão NML, Pires LVA, et al. PCATOOL as a Primary Care Assessment tool: Integrative review. RSD [Internet]. 2022. 11(13). Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/35414
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate [Internet]. 8º de junho de 2023 [citado 9º de dezembro de 2024];42(especial 1 set):18-37. Disponível em: https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1263
3. Fernandes VBL, Sant'Anna PA, Rocha JFD, Aguiar BS, Maia PR, Caldeira AP. Representações sociais de médicos da Atenção Primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência. Interface (Botucatu) [Internet]. 2023;27:e220292. Available from: https://doi.org/10.1590/interface.220292;
4. Ó, DMSO, Santos RC, Sousa FOS, et al. Barreiras de acessibilidade na atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob à ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. Recife: Cad. Saúde Pública 2022; 38(10):e00072322.
5. Ribeiro, K. S. Q. S., Medeiros, A. A., & Silva, S. L. A. (Orgs.). (2022). Redecin Brasil: O cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). Porto Alegre: Rede Unida.
6. Januário TGFM, varela LD, Souza KN, et al. Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2023. 28(8):2283–2290. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/csc/a/fGPXqYvy96dM7xnSqxQpH8h/?format=pdf&lang=pt

7. Aokia M, Oliver FC. Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de suas necessidades / Disabled people from the outskirts of São Paulo: a study of their needs. Cad. Bras. Ter. Ocup. [Internet]. 29º de agosto de 2013 [citado 9º de dezembro de 2024];21(2). Disponível em: https://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/825.
8. Cavalcanti P, Fernandez M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2020. 30(3): e300323, Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/nPmLzV5YVxzzvtqH5wDVqKj/?format=pdf&lang=pt
9. Abrantes RS, Monteiro DLA, Luz APRG, et al. Assessment of Primary Health Care Attributes in Campina Grande, Paraíba, Brazil. Rev Bras Enferm. 2020. Dec 21;73(suppl 5):e20200128. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/4PtrFfWD67tzy3QCrFXP6Bg/?lang=en.
10. Starfield B, Xu J, SHI L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice. 2001. 50(2):161-175. Disponível em: https://publichealth.jhu.edu/sites/default/files/2023-04/shi-2001.pdf
11. BRASIL. Ministério da Saúde. PCATool-Brasil 2020: instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf]. Acesso em: [10 jan 2024].
12. JOÃO PESSOA. Lei n° 8.302, de 31 de outubro de 1997. Dispõe sobre a criação de órgãos na Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a1/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/1997/830/8302/lei-ordinaria-n-8302-1997-dispoesobre-a-criacao-de-orgaos-na-secretaria-da-saude-e-da-outras-providencias?r=p. Acesso em: 20 nov. 2024.

13. Menezes TA, de Sousa MAC, Gomes LB, Barbosa D de S, Sampaio J. Distribuição espacial dos serviços de saúde especializados para pessoas com deficiência em João Pessoa/PB: uma análise sobre o acesso em saúde . RBEUR [Internet]. 7º de janeiro de 2023 [citado 9º de dezembro de 2024];24(1). Disponível em: https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/7127.
14. Sposati, A. *et al.* Topografia social da cidade de João Pessoa. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2010. 172 p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: edição 96-B, seção 1 – Extra B, p. 11, 22 maio 2023**.**
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Notatécnica3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020.
17. Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência. (2020). Introdução aos conjuntos de perguntas do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência. Recuperado de https://www.washingtongroup-disability.com/
18. Gontijo, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde em Debate. 2017. 41(114): 741–752. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sDq9jQLDc6Ngdh6Vy4WrHFj/
19. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. Revista Brasileira De Epidemiologia. 2020; 23(supl 1): e200013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9fSmFcgq7jMCpTTwxZ6pPbg/?format=pdf&lang=pt
20. Pereira GAVD, Bessa LCR, Ferreira E de OR, Costa MP, Bueno JOS, Ribeiro KAA, Figueira MC e S. Avaliação da Atenção Primária à Saúde

por usuários dos serviços em município do Mato Grosso do Sul. Rev. Foco [Internet]. 25º de setembro de 2024 [citado 9º de dezembro de 2024];17(9):e6270. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/6270

21. Monteiro D. L, , Padilha W. W. Satisfação dos usuários com a qualidade da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: estudo transversal. Physis - Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2023;33. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/NXJkdhny9DyQL9kNfqRqBPL/
22. Almeida MHM, et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS**, v. 29, n. 5, p. e20160225, 2017.
23. Brasil. *E-gestor Atenção Básica* - Informação e gestão da Atenção Básica. 2021. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml Acesso em 15 dez 2021.https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml
24. Brasil . Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm Acesso em 30 de janeiro de 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou como os profissionais e os usuários avaliam a APS, lugar que representa o ponto de partida do sistema de saúde para sujeitos que apresentam demandas de saúde e sociais profundas em boa medida. Os dados revelam significativas diferenças nos achados entre a percepção dos profissionais e das PcDs, discrepância que traz a forte reflexão sobre equidade e a importância de um serviço posto de forma justa.

A partir dos dados e das reflexões geradas, se espera contribuir no nível local, regional e nacional para revelar lacunas na oferta de serviços de APS para pessoas com deficiência, contribuindo para uma compreensão mais precisa das necessidades locais e fornecendo subsídios para ajustar os serviços de saúde a essas demandas. Além de fomentar a capacitação dos profissionais de saúde e otimizar os recursos do município, tornando o atendimento mais inclusivo e eficaz para PcD. Além de fornecer dados para políticas públicas mais inclusivas e direcionadas, servir como modelo para outras regiões do Brasil e fortalecer a implementação da APS como modelo de atenção integral, colaborando para a melhoria da saúde e bem-estar de uma parcela significativa da população.

A despeito da execução da pesquisa, a troca gerada no contato com o campo é classicamente potente e modificadora, seja para quem pesquisa, seja para quem é pesquisado. Adentrar em serviços de saúde com o olhar de pesquisa revela nuances até então não vistas e potencializa a percepção de mais de uma face de um só cenário.

Dificuldades foram encontradas durante a coleta, como a adesão dos/as gestores e/ou profissionais para a participação, onde por vezes a pesquisadora explicava mais de uma vez via *whatsapp* ou ligação telefônica sobre a pesquisa e a logística operacional, devido a coleta das respostas dos profissionais ter ocorrido somente pela mestranda, durante os meses de dezembro/2023 e janeiro, fevereiro e março de 2024. A partir do mês de fevereiro a coleta ficou mais árdua, e foi marcada pela dificuldade em conciliar as atividades laborais com a pesquisa de campo.

Os achados deste estudo, que diante das limitações, como tempo e recursos humanos reduzidos, nos apresentam que as PcD, sem dúvida sabem

expor suas dores e lacunas e as iniquidades existentes estão postas. São sujeitos de desejos que possuem políticas disponíveis para realizá-los da forma mais livre possível. O processo avaliativo está atravessado por este ideal de liberdade e justiça.

8 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos. Atenção primária à saúde em CSP. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 38, n. 8, e00133622, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT133622. Acesso em: 8 dez. 2024.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 10 mar. 2023.
3. ALMEIDA, M. H. M. DE; et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS*, v. 29, n. 5, p. e20160225, 2017.
4. ALMEIDA, P. F. DE; et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
5. AOKI, Marta; OLIVER, Fátima Corrêa. Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de necessidades. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 391-398, 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.040. Acesso em: 9 jun. 2023.
6. BAPTISTA, Makilim N.; CAMPOS, Dinael Corrêa de. Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa. 2. ed. [S.l.]: Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788521630470. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788521630470/. Acesso em: 17 abr. 2024.
7. BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm . Acesso em: 30 jan. 2024.
8. BRASIL. Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 nov. 2023. Seção 1, p. 1.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 out. 2023. Seção 1, p. 76–109.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica 3/2020-DESF/SAPS/MS: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, 2020.
12. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

13. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
14. BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2011.
15. BRASIL. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 maio 2023. Seção 1 - Extra B, p. 11.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 out. 2023. Seção 1.
17. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
18. BRASIL. E-gestor Atenção Básica - Informação e gestão da Atenção Básica. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em: 15 dez. 2021.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. PCATool-Brasil 2020: instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.
20. CAMPOS, M.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.
21. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS: a Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015. 127 p.
22. COSTA, M. A.; et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. v. 24, supl. 1, e190628, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.190628. Acesso em: 15 abr. 2024.
23. COSTA, A. P. B.; GUERRA, M. R.; LEITE, I. C. G. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 3085, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3085.

24. CUNHA, A. C. C. P. Deficiência como expressão da questão social. *Serviço Social & Sociedade*, n. 141, p. 303-321, maio 2021.
25. FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. (org.). *Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018*. São Leopoldo: Oikos, 2021. 224 p.
26. FERNANDES, V. B. L.; SANT'ANNA, P. A.; ROCHA, J. F. D.; AGUIAR, B. S.; MAIA, P. R.; CALDEIRA, A. P. Representações sociais de médicos da Atenção Primária sobre a atenção à saúde para pessoas com deficiência. *Interface* (Botucatu), v. 27, e220292, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/interface.220292.
27. FORESTI, T.; BOUSFIELD, A. B. S. A compreensão da deficiência a partir das teorias dos modelos médico e social. *Revista Psicologia Política*, v. 22, n. 55, p. 654-667, dez. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2022000300010. Acesso em: 23 jul. 2024.
28. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
29. 29. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
30. IBGE. *Censo Demográfico 2022: População e Domicílios - Primeiros Resultados*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/34889-pessoas-com-deficiencia-e-as-desigualdades-sociais-no-brasil.html. Acesso em: 17 dez. 2023.
31. GRUPO DE WASHINGTON PARA ESTATÍSTICAS SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Introdução aos conjuntos de perguntas do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência. 2020. Disponível em: https://www.washingtongroup-disability.com/. Acesso em: 6 dez. 2024.
32. HADAD, A. C. A. DE C.; JORGE, A. DE O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe4, p. 198–210, dez. 2018.
33. HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829.
34. HAUSER, L.; CASTRO, R. C. L. de; VIGO, Álvaro; TRINDADE, T. G. da; GONÇALVES, M. R.; STEIN, A. T.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013. DOI: 10.5712/rbmfc8(29)821. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/821. Acesso em: 6 dez. 2024.
35. JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Com mais de 85% de cobertura, Atenção Básica passou dos 500 mil atendimentos em 2022.

João Pessoa, 28 dez. 2022. Disponível em: https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/com-mais-de-85-de-cobertura-atencao-basica-passou-dos-500-mil-atendimentos-em-2022/. Acesso em: 10 mar. 2024.

36. MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 18–37, set. 2018.
37. MENEZES, Tarcísio Almeida et al. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde Especializados Para Pessoas com Deficiência em João Pessoa/PB: Uma Análise Sobre o Acesso em Saúde. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 24, p. 4-22, 2022.
38. MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.
39. MERHY, Emerson Elias et al. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo instituído nas redes* - 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 320 p.
40. MOTA, P. H. dos S.; BOUSQUAT, A. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. *Saúde E Sociedade*. https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220608pt, 2023.
41. OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.
42. Ó, Débora Morgana Soares Oliveira et al. Barreiras de acessibilidade na atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob à ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. Recife: *Cad. Saúde Pública*, 2022; v. 38, n. 10, e00072322.
43. PERILLO, R. D.; BERNAL, R. T. I.; POÇAS, K. C.; DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, e200013.SUPL.1, 2020. https://doi.org/10.1590/1980-549720200013.supl.1.
44. PESSOA, P. M. J. *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.
45. PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1881–1893, jun. 2017.
46. RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 95–110, abr. 2019.
47. RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Orgs.). *Redecin Brasil: O cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis* (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). Porto Alegre: Rede Unida, 2022.
48. RIBEIRO, Lorena Araujo; SCATENA, João Henrique Gurtler. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de

porte médio. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe7, p. 126–140, 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S710. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S710. Acesso em: 16 nov. 2024.

49. SILVEIRA, L. C. da; NASCIMENTO, C.; AMORIM, A.; GERTNER, S.; MENDONÇA, M. H. M. de; FREITAS, C. P. da S. R.; SENTO-SÉ, I. V.; COVRE-SUSSAI, M. Lacunas na APS para pessoas com manifestações estigmatizadas de diversidade funcional (com deficiência): Uma revisão participativa e integrativa. *SciELO Preprints*, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.5169. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5169. Acesso em: 5 abr. 2024.
50. SPOSATI, A. et al. *Topografia social da cidade de João Pessoa*. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2010. 172 p.
51. STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice*, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
52. TESTON, Luci Maria et al. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 01, e310127, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310127.
53. VIEIRA, Sonia. *Fundamentos de Estatística*, 6. ed. Porto Alegre: Grupo GEN, 2018.
54. YIN, Robert K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Tradução de Daniela Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ANEXO 1: PCATOOL – BRASIL PARA PACIENTES CRIANÇAS VERSÃO REDUZIDA 2020

Ministério da Saúde

2.2 - 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 leva a criança quando ele(a) adoece 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?

AFILIAÇÃO: Identificando o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) de referência para os cuidados em saúde da criança, que será o objeto no seguimento da entrevista e, consequentemente, o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) avaliado(a).

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o(a) **mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) nos três itens da afiliação**, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde da criança. Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu quaisquer **dois itens da afiliação iguais**, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde da criança. Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5).

- Se as respostas para os **três itens da afiliação** foram **todas diferentes**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) **no item A1** (Passe para A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **dois itens da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no único item em que a resposta foi SIM. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a)** no **único item** em que a resposta foi **SIM** (Passe para A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para o **item A1** da **afiliação** e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens **A2** e **A3** da **afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde da criança deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) no **item A3** (Passe para A5)

- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **todos os três itens da afiliação**, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde da criança deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual a criança esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) **serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento da criança** (Siga para A4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)"?

(1) Sim	(2) Não (Passe para F1)	(3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - ORIENTAÇÕES E EXPLANAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DO PCATOOL- BRASIL

Nesta etapa inicia-se a aplicação do instrumento de avaliação da atenção primária em sua versão reduzida para crianças (12 anos ou menos), cuja **pessoa a ser entrevistada é o(a) responsável pelos cuidados de saúde da criança (pais, cuidadores, responsáveis legais, outros)**. Sugere-se identificar o(a) responsável pelos cuidados de saúde da criança pela pergunta: Quem é a pessoa que tem mais condições de responder perguntas sobre os cuidados de saúde da criança (ex.: cuidados recebidos no serviço de saúde, condições de saúde da criança, entre outros)?

Para a adequada aplicação do PCATool-Brasil é fundamental que o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente criança esteja ciente de que todo o instrumento versará sobre o(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que será reconhecido a partir dos três itens da afiliação, que visam identificar o serviço ou profissional de saúde que é a referência para os cuidados de saúde do(a) paciente criança.

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

Objetivo: identificar um(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que é a referência principal para o cuidado de saúde do(a) paciente criança.

Observação: Se a resposta for SIM, escreva o nome do(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) e o endereço do local de atendimento nos itens A1.1 e A1.2, respectivamente. Esses dados devem estar completos para que seja possível a perfeita identificação de tais informações.

ANEXO 2: PCATOOL – BRASIL PARA PACIENTES ADULTOS VERSÃO REDUZIDA 2020

Ministério da Saúde

4.2 – 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 adoece 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?

AFILIAÇÃO: Identificando o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) de referência para os cuidados em saúde da criança, que será o objeto no seguimento da entrevista e, consequentemente, o serviço de saúde ou médico(a)/enfermeiro(a) avaliado(a).

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o(a) **mesmo(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a)** nos três itens da afiliação, este(a) deve ser o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu quaisquer **dois itens da afiliação** iguais, este(a) serviço ou profissional de saúde igualmente identificado(a) em dois itens deve ser a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a). Continue a entrevista sobre **este(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** (Passe para A5).

- Se as respostas para os **três itens da afiliação** foram **todas diferentes**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A1. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido(a)** no **item A1** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **dois itens da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência dos cuidados de saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no único item em que a resposta foi SIM. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) no único item em que a resposta foi **SIM** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para o item **A1** da **afiliação** e indicou serviços de saúde ou médicos(as) ou enfermeiros(as) diferentes para os itens **A2 e A3 da afiliação**, o(a) serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) indicado(a) no item A3. Continue a entrevista sobre o(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)** referido(a) no **item A3** (Passe para A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu **NÃO** para **todos os três itens da afiliação**, o serviço ou profissional de saúde de referência para os cuidados em saúde do(a) adulto(a) deve ser aquele(a) em que/com o(a) qual do(a) adulto(a) esteve em seu último atendimento médico ou com enfermeiro(a). Continue a entrevista sobre este(a) **serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) do último atendimento do(a) adulto(a)** (Siga para A4)

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 serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)"?

(1) Sim	(2) Não (Passe para F1)	(3) Não sei/Não lembro (Passe para F1)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

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

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

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

H11. Como prevenir quedas

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

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

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

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

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

ANEXO 3: PCATOOL - BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS 2010

4 PCATOOL – BRASIL VERSÃO PROFISSIONAIS

4.1 Descrição do Instrumento

É composto por 77 itens divididos em 8 componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8 e A9).
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens (B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12 e B13).
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens (D1, D2 e D3).
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21 e E22).
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14 e F15).
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens (G1, G2 e G3).
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens (H1, H2, H3, H4, H5 e H6).

A versão para profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança.

4.2 Instrumento PCATool versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoece, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

B - LONGITUDINALIDADE

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

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

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
E1 – Aconselhamento nutricional.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E2 – Imunizações.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E4 – Avaliação da saúde bucal.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Tratamento dentário.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

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

Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
E14 – Remoção de verrugas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E17 – Cuidados pré-natais.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E18 – Remoção de unha encravada.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

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

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

☐ **de todas as idades**
☐ **somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)**
☐ **somente adultos**

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).
Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.
Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). **Entrevistador pergunte: "Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?"**					
F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Continua...

Continuação

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F11 – Como prevenir quedas.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças.

Entrevistador pergunte: "Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?"

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR

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

Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza, sim**	**Provavel-mente, sim**	**Provavel-mente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei / não lembro**
G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool - Brasil versão Profissionais

H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavel-mente, sim	Provavel-mente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?					
H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A qualidade do cuidado à Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa

Pesquisador: ARIELA DE QUEIROZ CORREIA NOBREGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74084023.9.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.330.141

Apresentação do Projeto:

Trata-se de analisar a pesquisa intitulada "A qualidade do cuidado à Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa", coordenada por ARIELA DE QUEIROZ CORREIA NÓBREGA, do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, sob a orientação da Professora Dra. Luciana Figueiredo de Oliveira.

Objetivo da Pesquisa:

Objtivo geral: Avaliar os atributos essenciais e derivados da APS na percepção de profissionais e Pessoas com Deficiência(PcD).

Objetivos Específicos:

Caracterizar as pessoas com deficiência assistidas pela Atenção Primária à Saúde segundo tipo de deficiência, aspectos sociodemográficos e condições gerias de saúde;

Investigar se existem diferenças na percepção de usuários e profissionais a respeito dos atributos essenciais e derivados da APS;

Verificar fatores que facilitam o acesso e as barreiras da utilização da APS por PcD.

Analisar se existe relação entre a percepção da APS e aspectos sócio

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

demográficos e condições de saúde das Pessoas com Deficiência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos desta pesquisa são mínimos, limitando-se a um possível constrangimento durante as perguntas e/ou desconforto por conta do tempo necessário para participar.

Entretanto, será enfatizado que os participantes poderão não responder às perguntas em caso de constrangimento e/ou desconforto.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, pretende-se sensibilizar todos e todas trabalhadores/as e gestores da APS para a potência da porta de entrada do sistema, visando direcionar um cuidado integral e de qualidade para as pessoas com deficiência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um Estudo transversal, quantitativo-qualitativo que será desenvolvido em uma primeira etapa com a aplicação de um questionário com profissionais das Equipes de Saúde da Família além das PcD usuárias das Unidades de Saúde da Família da cidade de João Pessoa. A segunda etapa consiste em uma abordagem qualitativa, a amostra será definida pela técnica não probabilística por conveniência, selecionando os profissionais e usuários entre aqueles que apresentarem os melhores e piores escores no instrumento quantitativo e demonstrarem estar
disponíveis para participar da etapa qualitativa do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela se encontra bem instruído de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se acrescentar ao cronograma a data de envio do relatório final ao CEP/CCS/UFPB e manter a metodologia proposta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim,

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2199278.pdf	07/09/2023 09:14:33		Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOAPSPCDCOMPCATOOL.pdf	07/09/2023 09:14:10	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
Outros	PCATOOLBRASILPCD.pdf	07/09/2023 09:13:58	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	07/09/2023 09:08:23	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/09/2023 09:08:13	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
Outros	APROVACAODEPFONOAPSPCD.pdf	07/09/2023 09:07:13	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
Declaração de concordância	2022_ANUENCIA.pdf	07/09/2023 09:06:12	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPCDAPSCEP.pdf	07/09/2023 09:05:28	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOAPSPCD.pdf	06/09/2023 14:34:22	LUCIANA CABRAL FIGUEIREDO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCS/UFPB

Continuação do Parecer: 6.330.141

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2023

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: Campus I / Prédio do CCS UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Participação no estudo

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **A qualidade do cuidado à Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa**
, coordenada por ARIELA DE QUEIROZ CORREIA NÓBREGA O objetivo deste estudo é Avaliar a os atributos essenciais e derivados da APS na percepção de profissionais e Pessoas com Deficiência(PcD).

Caso você aceite participar, você terá que responder um questionário a respeito do dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde, o que deve dispender cerca de 10 minutos. Além disso, será realizada uma entrevista semi estruturada a respeito do cuidado à PcD na APS, gravada em áudio.

Riscos e Benefícios

Os riscos desta pesquisa são mínimos, limitando-se a um possível constrangimento durante as perguntas e/ou desconforto por conta do tempo necessário para participar. Entretanto, será enfatizado que os participantes poderão não responder às perguntas em caso de constrangimento e/ou desconforto.

Quanto aos benefícios, pretende-se sensibilizar todos e todas trabalhadores/as e gestores da APS para a potência da porta de entrada do sistema, visando direcionar um cuidado integral e de qualidade para as pessoas com deficiência.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é voluntária e você terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

Você também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se com a sua participação na pesquisa for detectado que você apresenta alguma condição que precise de tratamento, você receberá orientação da equipe de pesquisa, de forma a receber um atendimento especializado. Você também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de julho de 2024. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Ressarcimento e Indenização

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não poderá ser pago, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos a você. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com você.

Consentimento de Participação

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada "**A qualidade do cuidado à Pessoa com Deficiência na Atenção Primária à Saúde do município de João Pessoa**" conforme informações contidas neste TCLE.

Local e data: _____

Assinatura: _____

Pesquisador (a) responsável (orientador (a)): Luciana Figueiredo de Oliveira
E-mail para contato: lucianafigueiredo@ccs.ufpb.br
Telefone para contato: (83)98202.5678
Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável: _____

Outros pesquisadores:
Nome: Ariela de Queiroz Correia Nóbrega
E-mail para contato:ariela.nobrega@gmail.com
Telefone para contato: (83)987324495
Assinatura do (a) aluno (a) pesquisador (a): _____

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Contato do pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde. Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Campus I, cidade universitária, Bairro Castelo Branco CEP: 58051-900 João Pessoa- PB. Telefone: ((83) 3216-7791 – *E-mail:* **comitedeetica@ccs.ufpb.br.**