

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TATIANA RIBAS KLEINÜBING

**AValiação DOS Atributos DA AtENção PRIMária  
NA ASSISTêNCIA à SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM  
DEFICIêNCIA NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR**

MATINHOS

2017

TATIANA RIBAS KLEINÜBING

**AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM  
DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE MATINHOS/PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável da Linha de Pesquisa Redes Sociais e Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Hellmann  
Coorientador: Prof. Dr. Marcos Cláudio Signorelli

MATINHOS

2017

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO

K64a Kleinubing, Tatiana Ribas

A avaliação dos tributos da atenção primária na assistência à saúde da criança e adolescente com deficiência no município de Matinhos-PR. / Tatiana Ribas Kleinubing; Fernando Hellmann (orientador); Marcos Cláudio Signorelli (coorientador). – Matinhos, 2017.

121 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável).

1. Avaliação da atenção primária à saúde. 2. Crianças e adolescentes com deficiência. 3. PCATool - Brasil. 4. Avaliação da assistência à saúde. I. Hellmann, Fernando. II. Signorelli, Marcos Cláudio. III. Título.

CDD 362.10981




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor LITORAL  
Programa de Pós-Graduação DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL

## TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **TATIANA RIBAS KLEINUBING** intitulada: **Avaliação dos Atributos da Atenção Primária na Assistência à Saúde da Criança e Adolescente com Deficiência no Município de Matinhos/PR**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.


A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 08 de Junho de 2017.

  
FERNANDO HELLMANN  
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

  
RODRIGO ARANTES REIS  
Avaliador Interno (UFPR)

  
PAULO AFONSO BRACARENSE COSTA  
Avaliador Externo (UFPR)

  
VALDO JOSE CAVALLET  
Avaliador Externo (UFPR)

## AGRADECIMENTOS

“Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda!” Antoine de Saint-Exupéry.

Como tudo em minha vida é marcado por música, o decurso do mestrado não poderia ser diferente. A música possui caráter singular de afetação, ela se torna muito mais do que uma simples arte de sons e silêncios, ela constrói pensamentos e sentimentos. E é no embalo da melodia de *“Coldplay Ink”* que faço os meus mais sinceros agradecimentos.

A trajetória do mestrado e a realização desta dissertação contaram com significativos apoios e incentivos, que sem os quais não teria chegado até aqui; por essa razão, reconhecer e valorar a contribuição de cada um é o mínimo que posso expressar.

Primeiramente, agradeço ao meu esposo, amigo e companheiro Neilor, por ser tão importante e especial em minha vida, meu fiel escudeiro. Obrigada pela paciência e compreensão, pelo apoio e incentivo, pelas críticas construtivas, mas principalmente por ter sempre a palavra certa nas horas de aflição... *“Vai dar tudo certo, menininha!”*

Ao meu querido irmão Guilherme e às minhas primas Andresa e Amanda, que mesmo distantes aguentaram infinitos áudios e minha insensatez!

Ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável da UFPR e aos professores do programa, por acreditarem no potencial da pesquisa, pelo incentivo, disponibilidade e, sobretudo, pela incontestável contribuição científica, a qual foi um diferencial para minha formação.

Um agradecimento especial ao mentor e motivador desta pesquisa, ainda quando só era um projeto de aprendizagem na graduação em Saúde Coletiva, Professor Daniel Canavese; minha admiração e gratidão vão muito além dos muros da universidade, com certeza serão para toda uma vida! Muito obrigada!

Ao meu também Professor, amigo e orientador Fernando Hellmann, por acreditar em meu potencial, pela paciência e compreensão, pela qualidade da orientação e por manter de forma permanente o estímulo para este trabalho.

Ao meu Coorientador Professor Marcos Signorelli, agradeço pelos conhecimentos construídos e reconstruídos, pelo compromisso e por entender minhas limitações e minhas potencialidades.

Aos professores Manoel Lesama, Nádia Covolan, Maria da Graça Kfour, Elaine Menezes e Rodrigo Reis, que de alguma forma contribuíram nesta trajetória, vocês são referências profissionais e pessoais para meu crescimento.

Agradeço ao Professor e amigo Valdo Cavallet, por sempre me incentivar e inspirar a querer ser mais do que fui até hoje!

Ao Professor Paulo Bracarense, pela fundamental contribuição nas análises estatísticas deste estudo, bem como pela disponibilidade e paciência!

À minha fiel amiga Cristina, pelo apoio, pela escuta, pelas trocas de plantões e por sempre me encorajar diante dos desafios da vida! Continue brilhando e sendo essa pessoa ímpar que você é!

Às minhas amigas Anny e Paula, pelos desabafos, pelo apoio incomensurável.

Aos meus amigos de mestrado, *eis as joias que encontrei pelo caminho*: Nubia, Marcela, Renata, Luciana Martins, Mirna, Nataly, Chico, Tayanghi, Arianne, Nane(zera), Marili, Paduch, Tarci, Geara, Loide, Osni, Rafael, Diego, Edilene. Em especial a você meu amigo Diego Gustavo, parceiro de trabalhos, projetos, produto, artigo e elucubrações, obrigada pela paciência, por sempre me ouvir, compreender e compartilhar dos momentos bons e outros não tão bons assim, aqui vai meu muitíssimo obrigada!

À Secretaria de Saúde de Matinhos/PR, Maria da Graça Viganò e Márcia Machado, por permitirem desenvolver esta pesquisa nas ESF.

Aos profissionais da ESF que se disponibilizaram e contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa. Em especial, a enfermeira Jussara e toda sua equipe pela colaboração/cooperação e desenvolvimento do produto na Unidade Sertãozinho.

A todos os pais/responsáveis das crianças e adolescentes com deficiência que participaram espontaneamente desta pesquisa, com certeza, sem vocês essa dissertação não se concretizaria. Vocês merecem meu muito obrigada!

Por fim, a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte de minha trajetória. Ninguém vence sozinho.... Obrigada a todos!

"É preciso sentir a necessidade da experiência, da observação, ou seja, a necessidade de sair de nós próprios para aceder à escola das coisas, se as queremos conhecer e compreender." **Émile Durkheim**

## RESUMO

A Atenção Primária configura-se como o primeiro nível de acesso à saúde, que por intermédio das Estratégias Saúde da Família desenvolvem ações de promoção, prevenção e assistência à saúde em territórios adstritos. Os atributos essenciais que a compõem são: a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados, a orientação familiar e comunitária. Esta pesquisa trata da avaliação da Atenção Primária à Saúde na concepção dos usuários, profissionais e gestores em um município de pequeno porte, tipo 2, no Estado do Paraná. E teve como objetivo a avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde, na atenção à saúde das crianças e adolescentes com deficiência motora. Trata-se de um estudo avaliativo de caráter transversal, que utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário *Primary Care Assessment tool*, em sua versão portuguesa, desenvolvido para profissionais e crianças. O instrumento foi aplicado a 19 profissionais de nível superior de 08 Estratégias Saúde da Família, 49 pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes com deficiência motora e 03 gestores de saúde. Os resultados apontam que os atributos Integralidade – Serviços Disponíveis; Integralidade – Serviços Prestados e Orientação Familiar obtiveram o escore mínimo para ser considerado satisfatório. Contrapondo-se os atributos Acessibilidade, Longitudinalidade, Sistema de Informações e Orientação Comunitária, estes obtiveram discrepância entre os avaliados, destacando a Acessibilidade como o nó crítico da Atenção Primária à Saúde na percepção dos três segmentos. Destarte, a dupla vulnerabilidade (criança/adolescente com deficiência), a lacuna de estudos em municípios de pequeno porte e, ainda, a utilização do instrumento que possibilitou a comparação da avaliação dos três segmentos, demonstram a relevância e potencial da pesquisa.

**Palavras-chave:** Avaliação da assistência à saúde, Atenção Primária à Saúde, Criança e adolescente com deficiência.

## ABSTRACT

Family Health Strategies develop actions of promotion, prevention and health care in territories under their jurisdiction, promoting Primary Care, the first level of access to health. Longitudinality, completeness and coordination are the essential attributes that comprise it, while family and community orientation are the derived ones. This research deals with the evaluation of Primary Health Care conforming to users, professionals and managers in a small municipality, in the State of Paraná. The purpose of this study was to assess the attributes of primary health care in the care of children and adolescents with motor disabilities. This is a cross-sectional and evaluative study that collected data by using the questionnaire Primary Care Assessment tool, in its Portuguese version, developed for professionals and children. The instrument was applied to 19 third level educated professionals of 08 Family Health Strategies, 49 parents and / or guardians of children and adolescents with motor disabilities and 03 health managers. The results show that the Integrity - Available Services, Integrity - Services Provided and Family Guidance attributes obtained the minimum score to be considered satisfactory. Conversely, the attributes Accessibility, Longitudinality, Information System and Community Orientation presented discrepancies among the evaluated ones, whereas Accessibility is the critical node of the Primary Attention to Health in the perception of the three segments. Thus, the double vulnerability (children / adolescents with disabilities), the absence / lack of studies in small municipalities and the use of the instrument that made possible the comparison of the evaluation of the three segments, demonstrate the relevance of the research.

**Keywords:** Evaluation of health care. Primary Health Care. Child and adolescent with disability.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS .....	26
FIGURA 2 - ORGANIZAÇÃO PIRAMIDAL E EM REDE .....	35
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO EIXOS PNAISC .....	45
FIGURA 4 - ELEMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. ....	54
FIGURA 5 - PERCURSO METODOLÓGICO .....	62
FIGURA 6 - ESTATÍSTICAS DE GÊNERO .....	66

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - AÇÕES PSE MATINHOS.....	30
QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS DE SISTEMA -RAS.....	35
QUADRO 3 - ELEMENTOS DA RAS.....	36
QUADRO 4 - PRINCIPAIS MUDANÇAS NOS DETERMINANTES DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL .....	47
QUADRO 5 - ESTUDOS COM APLICAÇÃO DO PCAT .....	55
QUADRO 6 - PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	66
QUADRO 7 - MAPA CONCEITUAL DA PESQUISA .....	72

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CRESCENTE AUMENTO DE PUBLICAÇÕES COM O INSTRUMENTO PCATool - BRASIL .....	19
GRÁFICO 2 - ATRIBUTOS AVALIAÇÃO DA APS.....	81
GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DA APS .....	85

## LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - TERRITÓRIO ESTADUAL .....	64
MAPA 2 - TERRITÓRIO ESTUDADO MATINHOS/PR .....	65

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES MÍNIMOS (EM), MÁXIMOS (EM), MÉDIAS (M) E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÕES (DP). ATRIBUTOS ESSENCIAIS. PESQUISA CACD – PCATool. MATINHOS, 2016.

..... 79

TABELA 2 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES MÍNIMOS (EM), MÁXIMOS (EM), MÉDIAS (M) E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÕES (DP). ATRIBUTOS DERIVADOS - PESQUISA CACD – PCATool. MATINHOS, 2016.

.....84

TABELA 3 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES MÍNIMOS (EM), MÁXIMOS (EM), MÉDIAS (M) E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÕES (DP). ESCORES - PESQUISA CACD – PCATool. MATINHOS, 2016.

..... 84

## LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACE	Agente de Combate de Endemias
APS	Atenção Primária à Saúde
ATT	Acidentes de transportes terrestres
C&T	Ciência e Tecnologia
CAcD	Crianças e Adolescentes com Deficiência
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CBA	Análise de custo-benefício
CEA	Análise de custo - efetividade
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.
DTS	Determinantes Sociais em Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Panamericana da Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i> (Instrumento de Avaliação da Atenção Primária)
PcD	Pessoas com deficiência
PET	Programa de Educação para o Trabalho
PMAQAB	Programa de melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 OBJETIVO.....	21
1.2 JUSTIFICATIVA .....	22
1.2.1 Relevância do Estudo.....	23
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>25</b>
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	25
2.1.1 Programa Saúde na Escola.....	30
2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS CONCEITUAIS ACERCA DA DEFICIÊNCIA. 31	
2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	34
2.3.1 Redes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	37
2.3.1.1 Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência no Paraná .....	39
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS .....	40
2.4.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente com Deficiência.....	40
2.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	50
2.5.1 Instrumento de avaliação da qualidade em saúde .....	53
2.6 SAÚDE, DESENVOLVIMENTO NA PERSPECTIVA TERRITORIAL.....	56
<b>3 NOTAS METODOLÓGICAS</b> .....	<b>62</b>
3.1 TIPOS DE ESTUDO.....	62
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	63
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	65
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	67
3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	67
3.6 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS .....	69
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>73</b>
4.1 ARTIGO ACERCA DOS RESULTADOS.....	73
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>87</b>
<b>ANEXO 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</b> .....	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O que se espera de uma sociedade inclusiva deve ser construído e efetivado no dia a dia de Crianças e Adolescentes com Deficiência (CAcD) em todos os aspectos de suas vidas. No que tange aos serviços ofertados às CAcD, com inúmeras abordagens fundamentais que complementam o processo de socialização e revalorização das políticas públicas no setor da saúde.

O marco inicial acerca da Atenção Primária à Saúde (APS) foi com a realização da Conferência Internacional, realizada em Alma-Ata, no Casaquistão, em 1978; dessa conferência resultou a Declaração de Alma-Ata. Neste documento, a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

"Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante do sistema de saúde do país do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção à saúde." (OMS, 1978).

Diante da definição da APS, a porta de entrada no sistema de saúde é pautada na participação da comunidade, na intersetorialidade, nos determinantes sociais de saúde, na utilização de tecnologia apropriada e relação custo-benefício sustentável. Atribuiu-se à APS o papel de ordenar as redes, a fim de garantir que os demais pontos de atenção sejam organizados e planejados. Desse modo, assegura o acesso universal, de qualidade, tanto para o indivíduo quanto para o coletivo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011)

Sendo a APS um dos níveis de atenção que desenvolve ações efetivas na produção da saúde, tais iniciativas são alvo de questionamento sobre sua eficiência, resolubilidade no fulcro da saúde integral. Assim, a avaliação dos serviços prestados, das políticas e programas, dos recursos humanos, entre outros, impulsiona a busca de respostas.

A avaliação da qualidade na APS é um desafio, devido a sua amplitude, portanto exige esforço coletivo e contínuo. Em 2010, o Ministério da Saúde

referendou o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - *The PrimaryCareAssesment Tools*), validado nacional e internacionalmente para a coleta de dados, pois foi o que obteve melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

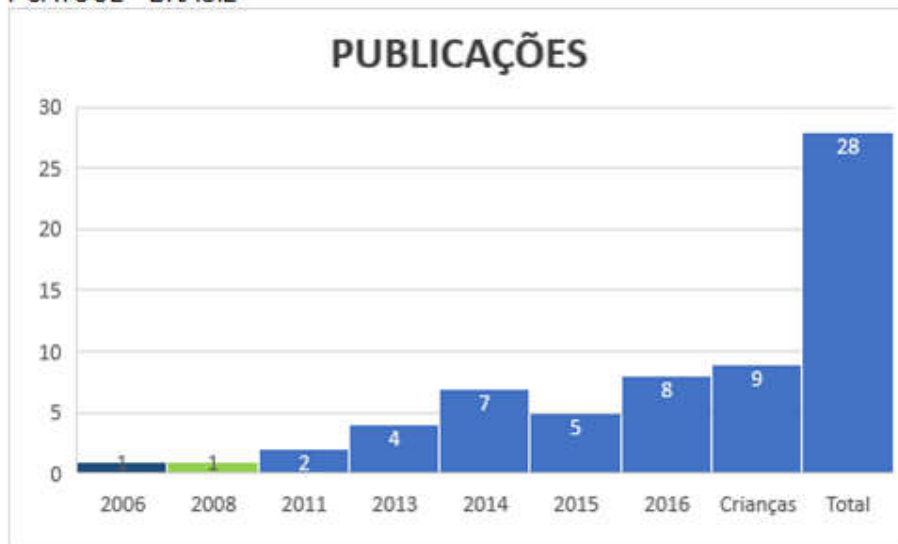
Starfield e Shi (2009) consideram os atributos essenciais da APS: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação da Atenção. Os atributos derivados que qualificam as ações dos serviços da APS são: Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural.

O PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos considerados essenciais e dos 3 atributos considerados derivados da APS, possibilitando inclusive o cálculo de um escore para cada um dos atributos e para a Atenção Primária à Saúde como um todo. A avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (HARZHEIM et al., 2006).

Para compreender a tríade de Donabedian (1978), os elementos que subsidiam a avaliação da qualidade com a determinação do grau de sucesso são: a estrutura que inclui acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e continuidade do cuidado. Os elementos de processo são os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde e os elementos de resultado constituem o fechamento do processo avaliativo (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

No âmbito acadêmico, o interesse acerca da temática aumentou significativamente nos últimos anos, como se pode observar no gráfico a seguir. De acordo com levantamento realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, selecionado como descritor principal PCATool- Brasil, há 28 publicações, havendo apenas 9 envolvendo crianças, sendo esses estudos realizados em municípios de médio e grande porte.

GRÁFICO 1 - CRESCENTE DO AUMENTO DE PUBLICAÇÕES COM O INSTRUMENTO PCATOOL - BRASIL



FONTE: Biblioteca Virtual de Saúde - 2017  
Elaboração: Os autores (2017)

Pode-se considerar que um dos “nós<sup>1</sup>” críticos da APS diz respeito aos limites e possibilidades de fortalecimento por falta de política institucional, legitimidade social e gestores que tendem a compreendê-la como fixa, afora a insuficiência de recursos, que resulta na necessidade de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas na APS (CONILL et al., 2010).

Destaca-se a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, que estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, com a seguinte conceituação: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010b). Desta forma, conclui-se que o SUS é um sistema de operacionalização em rede.

De acordo com a coordenadora Vera Lúcia Mendes, da área técnica de saúde das Pessoas com Deficiência do Ministério da Saúde:

A lógica da rede é aprimorar os serviços para que operem em conexão, de modo mais eficiente, seja nos primeiros socorros a uma vítima até

<sup>1</sup>Os nós críticos são a causa do problema que tem três características: Causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema • Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos • Causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas (TANCREDI, 1998, p. 43).

tratamentos de reabilitação ou habilitação ou a serviços permanentes em conjunto com órgãos de assistência social, (MENDES, V.L., 2012, não paginado).

Diante de uma longa mobilização nacional/internacional e luta de múltiplos movimentos voltados para inclusão das Pessoas com Deficiência (PcD) em toda a rede de serviços do SUS, o tema deficiência passou a ser objeto das políticas públicas mais efetivas. Com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano “Viver sem Limite”, que se caracteriza por reconhecer a necessidade de responder às questões complexas que envolvem a Atenção à Saúde das PcD no Brasil:

A proposta do Viver sem Limite é que o Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios façam com que a Convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade (BRASIL. Decreto Lei nº 7.612/2011b, p.02).

Ainda, cabe ressaltar que, em 2012, foi instituída a mais recente norma que trata do assunto, a Portaria 793/12, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. A portaria assegura o acompanhamento e os cuidados qualificados e prioritários para a PcD temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

Os municípios do litoral do Paraná apresentam fragilidades importantes na constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e principalmente no que se refere às políticas voltadas às CACD. Tais fatos evidenciam-se pela desarticulação entre os diferentes espaços, a falta de compartilhamento de informações entre os serviços e a ausência de um banco de dados unificado para cadastro. Isto dificulta a implantação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde da PcD na formação de uma rede de prestação de serviços de qualidade (SARGSUS, 2014).

Esta população constitui-se em uma parcela representativa deste município, que possui 29.428 habitantes e, segundo o Censo 2010, existe um total de 4.701 deficientes visuais, 1.745 deficientes auditivos, 442 pessoas com deficiência mental e/ou intelectual e 2.248 pessoas com deficiência física e/ou motora; destas, 58 são crianças e/ou adolescentes de 06 a 14 anos, (IBGE, 2010).

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial devido à conscientização de que na sociedade contemporânea a qualidade de vida,

o bem-estar e a felicidade são requisitos indispensáveis para o ato de viver. Isto exige das políticas públicas a busca pela eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e a equidade que, segundo Donabedian (1990), são os sete pilares da qualidade na assistência.

Nas últimas décadas, os estudos sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde se embasaram em Avedis, Donabedian (1990<sup>2</sup>, 2002<sup>3</sup>), que utilizou as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner e Codman, com referencial na teoria dos sistemas. Nesta teoria, sistematiza-se a avaliação qualitativa de atenção à saúde em três aspectos: estrutura, processo e resultado. Habicht et. al. (1998) contribuíram com estudos no campo da epidemiologia aplicada aos serviços de saúde, que abordam as avaliações em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade, o que reforça o modelo formulado por Donabedian.

A busca pela avaliação da qualidade dos serviços de saúde fornece embasamento para fortalecer o contexto de reorganização e contínua (re) construção do sistema de saúde brasileiro. Porém, a maioria dos instrumentos avalia quantitativamente os serviços prestados e resta uma lacuna nas informações sobre a resolubilidade e o grau de satisfação dos usuários como medida de qualidade dos cuidados de saúde. Diante deste cenário, propõe-se avaliar os atributos da APS na Atenção à Saúde às CAcD, em Matinhos/Pr.

## 1.1 OBJETIVO

Avaliar se os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde estão incorporados às práticas das equipes das Estratégias de Saúde da Família, na atenção à saúde das crianças e adolescentes com deficiência motora, na perspectiva de gestores do SUS, profissionais da Estratégia de Saúde da Família e pais e/ou responsáveis de crianças e adolescentes com deficiência no município de Matinhos/PR.

---

<sup>2</sup>DONABEDIAN, A. "The Seven Pillars of Quality", in Arch. Pathol. Lab. Med., 114:115-118,1990.

<sup>3</sup>Id. An introduction to quality assurance in health care.Oxford: University Press, 2002.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A intencionalidade em desenvolver o presente estudo implica em retomar parte de minha trajetória pessoal e profissional. Evidentemente, nada é por acaso, portanto, a temática proposta se desdobra em experiências vividas.

Nascida em Ponta Grossa, desde os cinco anos de idade, acompanhava meus pais em trabalhos voluntários numa instituição filantrópica e Casa Lar de atendimento a Crianças com Deficiências. Após catorze anos de atividades na instituição, assumi como diretora financeira, responsável pela captação de recursos, dada a ausência de políticas públicas que subsidiassem a instituição, envolvendo a comunidade na promoção de eventos, bazares, doações, inclusive na prestação de serviços, entre outras atividades. Ainda, atuava diretamente nas atividades de atenção à saúde das CAcD.

Essa aproximação com as CAcD me propiciou melhor compreensão da importância das políticas públicas para este público. As dificuldades e a complexidade no desenvolvimento de ações voltadas ao estímulo e à saúde da criança. Esses elementos por vezes passam despercebidos e não são facilmente compreendidos; aqui corroboro que a minha experiência, ainda quando criança, permitiu estar mais sensível às peculiaridades das CAcD. Na graduação em Saúde Coletiva, o olhar acerca das Políticas Públicas de Saúde da criança e do adolescente e das pessoas com deficiência me fez lembrar essa trajetória, em que sempre estive engajada no cuidado e nas especificidades da CAcD.

Também a participação no Pet<sup>4</sup> – Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde é parte deste constructo, de sistematizar os elementos e chegar ao ponto de avaliação dos serviços na APS, o que deu origem a essa dissertação.

Uma convicção essencial, reforçada pela experiência desta pesquisadora, foi de reconhecer a importância de avaliar os serviços prestados e suas dimensões, tomando como referência a criança, o adolescente e os elementos significativos de seu território, inserida, por sua vez, em um contexto mais amplo e complexo.

Embora a temática seja de extrema relevância, a questão requer maior

---

<sup>4</sup>O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 2010c, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde.

envolvimento dos diversos atores da sociedade, dada a transversalidade no desafio de assegurar a inclusão plena e efetiva. Os esforços devem ser conjuntos na promoção do desenvolvimento sustentável inclusivo em benefício das crianças com deficiência. Cabe ressaltar as políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável no campo da saúde (Política Industrial e Tecnológica e de Comércio Exterior, Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, Política de Desenvolvimento Produtivo), que buscou articular a construção de um sistema de proteção social a uma estratégia econômica, estabelecendo diretrizes para a intensificação de parcerias para o desenvolvimento sustentável em saúde. Reduzir as vulnerabilidades sociais pressupõe o desenvolvimento em saúde (GADELHA, COSTA, 2011).

Desta forma, este estudo traz à tona o envolvimento e a participação do usuário na avaliação dos atributos da APS, baseado na percepção de quem é atendido naquele território, porém não dissociado do olhar dos profissionais e dos gestores.

### 1.2.1 Relevância do Estudo

Cerca de 10% da população mundial, aproximadamente 650 milhões de pessoas, vivem com uma deficiência. Entre as pessoas mais pobres do mundo, 20% têm algum tipo de deficiência. Mulheres e meninas com deficiência são particularmente vulneráveis a abusos. Pessoas com deficiência são mais propensas a serem vítimas de violência ou estupro e têm menor probabilidade de obter ajuda da polícia, proteção jurídica ou cuidados preventivos. Ainda, cerca de 30% (trinta por cento) dos meninos ou meninas de rua têm algum tipo de deficiência, e nos países em desenvolvimento, 90% (noventa por cento) das CAcD não frequentam a escola, (ROSÁRIO et al., 2013).

Registros de estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, em tempos de paz, pelo menos 10% das crianças de qualquer país nascem ou adquirem impedimentos: físicos, mentais ou sensoriais, que interferirão no seu desenvolvimento. De acordo com o censo 2010, o Brasil tem 45,6 milhões de pessoas com alguma deficiência (SDH-PR/SNPD, 2012b).

Esses dados ratificam a importância da sociedade pluralizar-se e garantir o

usufruto dos direitos e o atendimento das necessidades específicas das CAcD, como: melhores condições de saúde, segurança, lazer, educação e trabalho.

Torna-se premente a organização dos serviços de saúde, principalmente na APS, para assistir esta população, e mais urgente ainda quando se fala na atenção às CAcD já que a promoção e a prevenção são fundamentais ao adequado processo de crescimento e desenvolvimento. Nesse contexto, a oferta de serviços, sua distribuição geográfica, sua disponibilidade, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afeta o acesso e, conseqüentemente, a qualidade e a possibilidade da população obter uma resolubilidade para seu problema.

No tocante da deficiência, os dados do IBGE (2010) apontam que, no Brasil, cerca de 23% da população possui alguma deficiência; no Estado do Paraná, 21,86% e, no município de Matinhos, 31%, ultrapassando a percentagem nacional.

Em face do exposto, emerge uma avaliação sistêmica que permite conhecer a realidade do serviço prestado, os determinantes em saúde, o impacto econômico nos serviços, além de identificar as fragilidades e as potencialidades na atenção à saúde da CAcD, bem como responder aos possíveis questionamentos, inclusive a opinião do usuário acerca do cuidado à saúde individual e coletiva.

Desta forma, optou-se por verificar a presença e a mensuração dos atributos da APS, descritos por Starfield (1991, 2002), apresentados na sequência, na perspectiva de gestores, profissionais e usuários.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

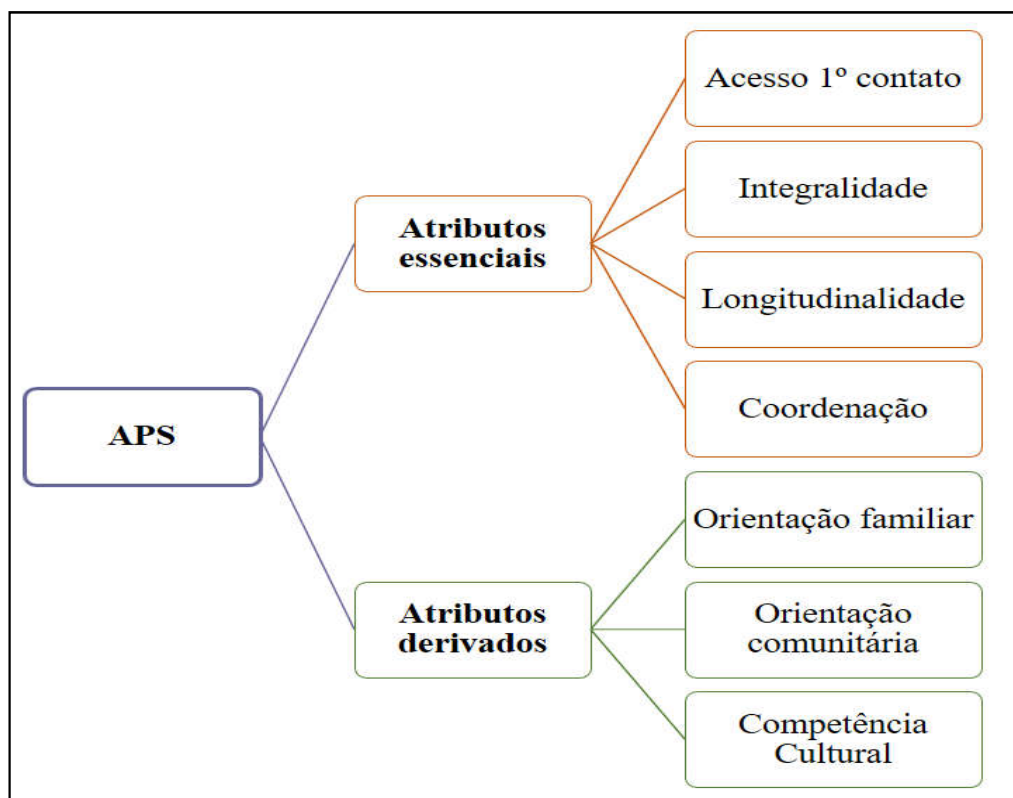
Neste capítulo, será apresentada a organização da Atenção Primária em Saúde, bem como os aspectos históricos e conceituais acerca da deficiência e suas políticas públicas.

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A APS se fortaleceu em 1978, a partir das diretrizes, caracterizando-se como porta de entrada, ou seja, definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, preconizando a continuidade e a integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PORTARIA nº. 2488/11b, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde).

De acordo com Cutolo et al. (2010), a APS traz a síntese da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como princípios norteadores: I) Estratégia de organização do modelo assistencial. II) Universalidade. III) Territorialidade e adscrição. IV) Integralidade como princípio eixo. V) Promoção da Saúde como ação nuclear. VI) Resposta à determinação Social. VII) Interdisciplinaridade na relação da equipe. VIII) Intersetorialidade. IX) Participação social; sendo essa possibilidade de operacionalização dos atributos da APS. Starfield (2002) sistematizou o conceito da APS através de atributos denominados essenciais: o acesso de primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação (FIGURA 1).

FIGURA 1 ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS



FONTE: Adaptado de STARFIELD (1998; 2005).

O significado dos termos Atenção Básica e Atenção Primária não contemplam fielmente sua essência. Entretanto, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.488, de 2011, faz equivalência dos termos quando aprova a Política Nacional de Atenção Básica. (Portaria nº 2.488/2011b de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde).

A denominação Atenção Básica à Saúde (ABS), ainda consolidada pelo SUS e sancionada na Política Nacional de Atenção Básica (2012), deve ser a ordenadora da rede, sendo, desta forma, as equipes da atenção básica e da estratégia de saúde da família determinantes na continuidade da atenção e do cuidado, bem como na resolubilidade dos problemas.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, a Atenção Básica se define como:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico,

tratamento, reabilitação e manutenção à saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007a, p. 12).

Apesar de não haver consenso na nomenclatura APS e ABS, há que se compreender a intencionalidade do que se busca em sua denominação “APS/ABS” - Atenção Básica/Primária Integral à Saúde é um sistema de saúde equitativo de acesso universal, para assim avançarmos em defesa do direito à saúde integral.

Amartya Sen (2008) argumenta que tomar a saúde como um direito humano agora é um apelo a ações políticas, sociais, científicas e culturais para a garantia de saúde; reconhecer a saúde como direito é reconhecer a necessidade de um acordo social forte para uma boa saúde.

Para que haja ABS, no primeiro nível de atenção no SUS, é importante salientar que a atenção deverá ser coordenada e articulada em rede; desta forma, se preconiza que a atenção seja interdisciplinar, intersetorial e equitativa.

Destarte, para que haja a (re)construção de um novo modelo de atenção, se fez mister a organização da ABS a partir do Programa Saúde da Família (PSF), que surgiu em 1994, e se constituiu como Estratégia Saúde da Família em 2006 (BRASIL, 2007a).

Dada a importância da ESF, o Departamento de Atenção Básica preconizou, em 2011, diretrizes para a ampliação da Saúde da Família:

1. Ampliação da cobertura da estratégia de Agentes Comunitários de saúde em todo território brasileiro;
2. Ampliação do acesso da população brasileira à Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF);
3. Ampliação do acesso da população ribeirinha à Atenção primária por meio de implantação das Unidades de Saúde Fluviais;

4. Ampliação do acesso da população ribeirinha à Atenção primária por meio das Equipes de Saúde da Família;
5. Ampliação do acesso da população ribeirinha à Atenção primária por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
6. Ampliação do acesso dos estudantes matriculados na Rede Básica;
7. Pública de Educação à Atenção Primária à Saúde por meio do Programa
8. Saúde na Escola (PSE);
9. Inclusão do microscopista na Atenção Primária à Saúde junto às equipes de Agentes Comunitários de Saúde e/ou às equipes de Saúde da Família;
10. Incorporação do agente de combate às endemias (ACE) na Atenção Primária à Saúde;
11. Financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família (PORTARIA nº. 2488/11b, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, p.2-52).

Cabe destacar os avanços significativos desde sua implantação, principalmente na cobertura territorial nos municípios e a ampliação das equipes da saúde da família.

Evidenciam-se os desafios e os entraves ao reorientar um novo modelo de atenção à saúde; entretanto; este processo permanece na agenda política, principalmente na implantação da ESF, a exemplo: o Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família (PROESF), que visa contribuir para a implantação e a consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes, por meio de transferência de recursos financeiros.

Admite-se um “nó crítico” do processo de consolidação; contudo, o setor da saúde mostra-se um campo propício para possibilidades de reorganização e práticas específicas no modelo de atenção.

Neste contexto histórico, caracterizado pela regressão das políticas sociais, pela forte crise econômica mundial, pelo agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, pelo agravamento do quadro sanitário mundial, pela ineficiência e alto custo do modelo biomédico, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, antiga União Soviética (OMS, 1978). Segundo Andrade et. al. (2006), em Alma-Ata, afirmou-se que a APS era a chave para alcançar em todo o mundo um futuro previsível com um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça.

Assim, a APS nasceu como atenção essencial, baseada em tecnologias e métodos práticos, universal e acessível aos indivíduos e famílias. E, como tal, parte integral do sistema de saúde, com impacto no desenvolvimento social e econômico, para o indivíduo, a família e o Estado, (STARFIELD, 1998). Para a OMS (1978), a APS é o primeiro nível do contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Seu papel é levar a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, e ser o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Na sequência, a década de 1980 caracterizou-se por pesquisas avaliativas no setor público de saúde, realizadas principalmente devido ao aumento do consumo e da necessidade de melhorar a eficiência nesse setor. De acordo com Mendes (2003), até 1987, a ênfase era sobre os custos e o controle dos gastos e depois o enfoque recaiu sobre os resultados, a qualidade e a satisfação das necessidades do consumidor.

Nos anos 90, passou a existir uma ampliação nos conceitos de efetividade, resultado e qualidade, sem limitar-se a uma perspectiva clínica biológica, com inclusão das dimensões de subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida (NOVAES, 1996). Nesta mesma década, aumentou o interesse, no Brasil, por práticas avaliativas na saúde, em virtude da ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais no contexto da Constituição de 1988, caracterizada pela ampliação dos direitos civis dos brasileiros (HARTZ, 2008).

### 2.1.1 Programa Saúde na Escola

O Programa de Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº6.286, de 5 de dezembro de 2007b, como uma proposta política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo como eixo estruturante de suas ações a integração entre os setores da saúde e da educação.

O Programa compreende a Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescentes e Jovens do Ensino Básico, incluindo Ensino Infantil, Fundamental e Médio; Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA). Desta forma, o PSE é considerado:

[...] um novo desenho da política de educação em saúde, uma vez que trata a saúde e a educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos. Vem com intuito de permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; promovendo a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e no controle social da política. (BRASIL, Ministério da Saúde. 2009c).

As ações do PSE são consideradas estratégicas, visto que o público alvo está reunido em uma instituição de um território adstrito da ESF, com a proposta de aprender, conscientizar, sensibilizar, promover saúde e também na prevenção de riscos e agravos. Ressalta-se que todas as ações desenvolvidas na escola impactam diretamente aquela comunidade, proporcionando uma mudança de usos e costumes que são determinantes sociais e de saúde.

O PSE, enquanto programa, traz à luz o reconhecimento e o pertencimento dos aspectos de territorialidade e seus fluxos de poder, assim como a percepção das relações que se constituem neste território. Desta forma, cria-se vínculo, de forma participativa e engajada, dos atores daquele território.

De acordo com o Relatório de ações do Programa Saúde na Escola, 1º Quadrimestre de 2016, do município de Matinhos/PR, diversas ações foram realizadas com a eqSF, bem como em parceria com a Universidade Federal do Paraná, setor Litoral, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1 AÇÕES PSE MATINHOS

Educação em Saúde – “Estudantes e Comunidade	Realizado pelos Agentes de Endemias
-------------------------------------------------	-------------------------------------

mobilizados contra a Dengue”	
Saúde Bucal – “Projeto Matinhos mais sorridente”	Parceria UFPR/Litoral – Odonto Móvel
Avaliação antropométrica	Professores de Ed.Física
Horta Escolar	Acadêmicos UFPR/Litoral
Programa Saberes – contra turno escolar	Secretaria de Educação, UFPR Litoral (Projeto O Mundo Mágico da Leitura e Projeto Promoção da Saúde a partir do imaginário Infantil II)

FONTE: Relatório Quadrimestral 2016  
 Autor: Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos 2016

Ainda no município de Matinhos, todas as escolas estão pactuadas no PSE, sendo possível oportunizar a esse grupo vulnerável (CAcD) o acesso ao cuidado à saúde, mesmo que ainda não estejam vinculados a uma ESF; entretanto, a atuação dos profissionais de saúde e educação no tocante à promoção, supervisão à saúde, extrapola os limites da escola, abrangendo também a família, numa perspectiva de educação e saúde integral.

## 2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS CONCEITUAIS ACERCA DA DEFICIÊNCIA

Aproximadamente no século IV a.C., as CAcD, logo que nasciam, eram abandonadas ou exterminadas, por não corresponderem aos ideais de homem para aquela sociedade, cujos referenciais de perfeição e beleza eram determinantes (OLIVEIRA, 2008). Em Esparta, quando uma criança, ao nascer, apresentava alguma deficiência, cabia ao próprio pai exterminá-la (CORRÊA, 2005). De acordo com Aranha (1979, p.63), “a deficiência, nessa época, inexistia enquanto problema, sendo que as crianças que apresentavam deficiências imediatamente detectáveis, a atitude adotada era a da ‘exposição’, ou seja, o abandono ao relento, até a morte”.

A partir do século IV, surgiram os primeiros hospitais de caridade que abrigavam indigentes e indivíduos com deficiências. E no final do século XV, com a revolução burguesa, modificou-se a concepção de homem e de sociedade, e a incapacidade de produzir economicamente tornou-se um marco na concepção de deficiência. Ao mesmo tempo, como resultado dos estudos da Medicina, surgiu a visão organicista, e a deficiência deixou de ser uma questão espiritual, um assunto da Igreja, para se tornar um assunto médico (FERNANDES et. al., 2011).

Neste contexto, se iniciou o desenvolvimento no atendimento às PcD. Desde a Antiguidade até os dias atuais, a sua trajetória é marcada por preconceitos e lutas em favor do direito à cidadania. No Brasil, a Convenção sobre os Direitos das PcD, promulgada pelo Decreto nº 6.949, em 2009b, resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às PcD, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, com vistas a eliminar as diversas barreiras que podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL. Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009 2013).

Desde então, o Estado brasileiro busca, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia, a ampliação do acesso à saúde, à educação, ao trabalho, entre outros, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência.

No Brasil, a acessibilidade começou a fazer parte das políticas públicas no ano de 2000, com a promulgação da Lei Federal 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. Segundo o decreto presidencial nº 5.296/2004a, acessibilidade é fornecer condição para a utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, para a Pessoa com Deficiência (PcD) ou com mobilidade reduzida.

O Brasil é um dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõe de legislação para as pessoas com deficiência e que vem atuando na área dos direitos humanos, na defesa de valores como dignidade, inclusão e acessibilidade, na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos, como educação, saúde, transporte e segurança.

De acordo com a Secretaria de Direitos Humanos, o Programa Social de Inclusão das PcD parte da Política Nacional de Integração da PcD, inclui ações dos Ministérios da Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Trabalho e Emprego e das Cidades (SDH-PR, 2008). Mas muito ainda deve ser feito para que essa parcela da população tenha pleno acesso à renda, emprego, escolaridade, saúde, transporte, assistência social, esporte e lazer.

Em 2015, com a promulgação da Lei 13.146, o Estatuto da Pessoa com Deficiência traz avanços no que tange à Teoria da Incapacidade no direito brasileiro.

Pela nova ordem, o Estatuto assegura em seu artigo 2º que:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A Lei 13.146/15 reconheceu a dignidade humana e a igualdade substancial das pessoas com deficiência. O Estatuto da Pessoa com Deficiência tem a prerrogativa de promover sua capacidade, estabelecendo sua autonomia sobre as questões que envolvam deliberações sobre seu corpo, sexualidade, matrimônio, privacidade, educação, saúde, trabalho e voto, anteriormente total ou parcialmente dificultados, na maior parte dos casos.

O Estatuto da PcD garante também a ampla acessibilidade a que têm direito, estando toda a sociedade sujeita a promovê-la, seja pelos órgãos públicos ou privados.

Entretanto, cabe promover ampla inclusão da pessoa com deficiência no âmbito da sociedade, a partir de suas próprias decisões, não havendo qualquer razão para entendê-las de modo diferenciado.

O Estatuto da pessoa com Deficiência ratifica o propósito da Carta magna, que estabelece como princípio fundamental a dignidade da pessoa humana e, como objetivos da República Federativa do Brasil, a redução das desigualdades, de preconceitos e de quaisquer formas de discriminação (GAMA, 2006).

As medidas caritativas e assistencialistas tiveram que ser revistas e modificadas, para proporcionar o protagonismo às PcD. Os espaços públicos e de uso coletivo não poderiam ser excludentes e a acessibilidade ao meio físico, ao transporte, à comunicação e à informação deveria ser provida a fim de garantir que todos, sem exceção, pudessem usufruir de seus direitos com equiparação de oportunidades.

O que se busca é a superação dos preconceitos e da discriminação para que se possa alcançar a visibilidade, promover à inclusão, a acessibilidade, a emancipação e a independência dos cidadãos que, diferentes, têm direitos iguais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010d). As pessoas com deficiência não são doentes, mas vivem em situações especiais, de vulnerabilidade, em que as políticas públicas e a sociedade devem oferecer oportunidades de convivência que permitam o livre acesso de todos.

A capacidade resolutiva de um serviço de saúde supõe dois aspectos: a capacidade de absorver o número de assistência solicitada (capacidade resolutiva quantitativa ou acesso) e a capacidade de resolver os casos atendidos (capacidade resolutiva qualitativa). A capacidade resolutiva qualitativa, objeto do presente estudo, representa a capacidade do serviço em solucionar a maior parte dos problemas que lhe são apresentados (LIMA et al., 2013).

Há necessidade de mudanças estruturais em relação às políticas públicas e às ações voltadas para esse segmento. Muito embora haja novas legislações para a garantia dos direitos das PcD, essas se sobrepõem às legislações já vigentes, inclusive a própria CF/88.

## 2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS tem passado por constantes mudanças, dentre elas de planejamento e gestão. Sabe-se que entre os princípios do SUS está a descentralização das ações e dos serviços de saúde, sendo esse processo de descentralização a transferência de responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais (COLLINS et al., 2000).

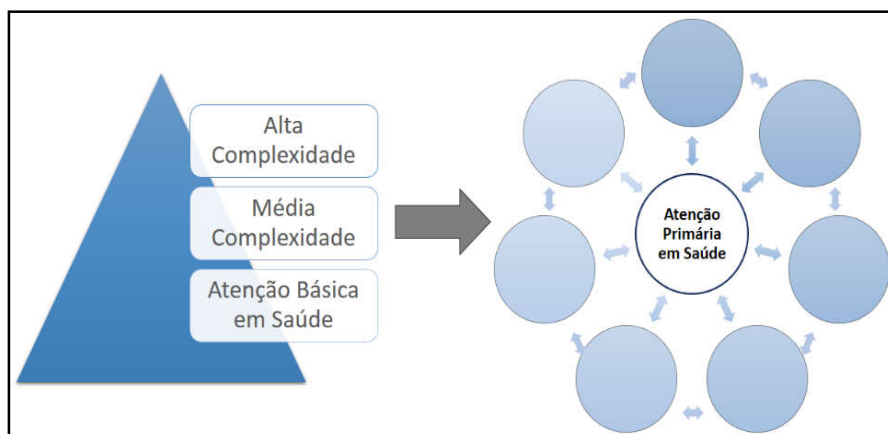
O conceito APS surgiu no *Relatório Dawson* (1920), na Grã-Bretanha, e propõe a sistematização do sistema de atenção à saúde. *Dawson* divide o sistema de saúde em três níveis:

- a) **Primário** - composto por generalistas em comunidades;
- b) **Secundário** - com especialistas atuando em ambulatórios;
- c) **Terciário** - com especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Este relatório constitui a proposta inicial das RAS coordenadas pela APS, modelo preconizado pelo OMS/OPS (Organização Panamericana da Saúde).

Nesta perspectiva, a estrutura do SUS deixa de ser pautada na organização em forma de pirâmide e é substituída pela formatação de RAS. A lógica da forma piramidal não consiste apenas na inversão hierárquica, mas em alterá-la, por outro arranjo organizacional, com centro na APS, conforme FIGURA 2.

FIGURA 2 ORGANIZAÇÃO PIRAMIDAL E EM REDE



FONTE: Adaptado de MENDES (2011).

Na análise dos sistemas de atenção à saúde, o que difere são as categorias de organização: fragmentação x integração, além do foco de atenção das condições agudas e crônicas. Entretanto, há outras características que diferenciam os sistemas fragmentados das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme proposto no QUADRO 2:

QUADRO 2 CARACTERÍSTICAS DE SISTEMA -RAS

<b>SISTEMAS FRAGMENTADOS</b>	<b>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>
Organizado por componentes isolados	Organizado por componentes contínuos de atenção
Hierarquia	Poliarquia
Atenção a condições agudas	Atenção a condições agudas e crônicas
Voltada para indivíduos	Voltada para o coletivo
O sujeito é o paciente	O sujeito é agente corresponsável pela própria saúde
Reativo	Proativo
Ênfase nas ações curativas	Atenção Integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Curativas e reabilitadoras	Promocionais, preventivas e curativas
Sem estratificação de riscos, voltado para condições de saúde	Integrado, com estratificação dos riscos e voltado para os determinantes sociais da saúde
Gestão por estruturas isoladas	Governança sistêmica que integre a APS
Território político administrativos	Territórios sanitários definidos pelos fluxos da população
Gestão da oferta	Gestão de base populacional (população adstrita)

Financiamento por procedimentos	Financiamento por captação ou ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

FONTE: MENDES (2010).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde,

Nas RAS não é estabelecida uma hierarquia nos diversos pontos de atenção à saúde, a APS e os sistemas de apoio, mas sim a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio e logístico, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes; apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2015, p. 19-20).

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279/2010b, as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O principal objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de **acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.**

As RAS apresentam três elementos fundamentais para a sua constituição: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção.(QUADRO 3).

QUADRO 3 ELEMENTOS DA RAS

<b>População</b>	A população deve ser <b>adscrita</b> às redes e deve ser <b>dividida em subpopulações</b> , segundo os <b>diferentes riscos</b> .
<b>Estrutura Operacional</b>	Constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam estes diferentes “nós”. Essa estrutura compreende cinco (05) componentes.
<b>Os Modelos de Atenção à Saúde</b>	Sistemas que organizam as RAS, na articulação das relações entre: <b>população e as subpopulações, componentes das redes e as intervenções sanitárias</b> . Pautados a partir da situação de saúde da população, da transição demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2010).

Segundo Mendes (2012, p.49-50), o primeiro elemento das RAS é colocar uma população sob sua responsabilidade:

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sóciossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes, [...], a identificação de subpopulações por fatores de riscos [ ] e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O segundo elemento são os cinco componentes:

1. **O centro de comunicação:** que é APS.
2. **Os pontos secundários e terciários de atenção à saúde:** constituem as unidades especializadas ambulatoriais ou hospitalares de diferentes densidades tecnológicas.
3. **Os sistemas de apoio:** são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação em saúde.
4. **Os sistemas logísticos:** são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, as centrais de regulação, o registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.
5. **O sistema de governança:** onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretarem a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

### 2.3.1 Redes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS teve início em 2012, como desdobramento da decisão do Governo Federal de construir um Plano abrangente e multissetorial de garantia de direitos às pessoas com deficiência: o “Viver sem Limite”.

Mudança significativa para esta população, pois a coloca à luz dos cuidados de reabilitação, autonomia, mobilidade e inclusão social. Ainda que as normativas anteriores tivessem focos tecnicistas, pautados na deficiência, tendo o cuidado fragmentado, a lógica da Rede de Cuidado à PcD traz em seu bojo abordagens

multidisciplinares, voltadas para a saúde integral, que potencializa o cuidado, com conceitos fundamentais de distinção entre os processos de Reabilitação/Reabilitar e Habilitação/Habilitar; o conceito de funcionalidade, acesso e construção do Projeto Terapêutico Singular, bem como normas de funcionamento, instalações adequadas, recursos humanos, equipamentos etc.

Destacam-se duas políticas do Ministério da Saúde voltadas às PcD, em especial às CAcD. Tais são:

- Política Nacional de Triagem Neonatal, que o plano “Viver sem Limites” aumentou a meta de atuação e ampliou o número de doenças testadas pela Triagem Biológica (teste do pezinho), como aumentou o programa para as Triagens Auditiva e Visual;
- Política de Doenças raras que propõe uma linha de cuidado específica para deficientes intelectuais, gerando perspectivas positivas em pacientes, famílias e cuidadores. Acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, atendimento de qualidade por equipe multiprofissional, pesquisa diagnóstica e tratamento adequado, promovendo a promoção e a prevenção da saúde das CAcD.

Em 2004, foi instituído na agenda, a **Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil**. Esse documento, que apresenta as principais diretrizes a serem seguidas para o cuidado integral da criança, destacou a prevenção de possíveis deficiências psicomotoras e a atenção às crianças com necessidades especiais; destaca-se a importância da intervenção precoce multiprofissional para a reabilitação da criança em toda a sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a promoção da qualidade de vida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Uma sociedade inclusiva é aquela na qual todos os atores têm acesso às oportunidades de ser e estar de forma participativa. Deste modo, a construção coletiva e a integração das PcD, na elaboração de diretrizes de cuidado, corroboram com a corresponsabilidade da Rede de Cuidado da PcD pela sociedade implicada no processo. Conforme a concepção de Starfield (2002), a coordenação do cuidado traduz a ideia de unir o todo em uma perspectiva de harmonia ou esforço comum.

### 2.3.1.1 Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência no Paraná

O Plano Estadual de Saúde do Paraná (2012-2015) apresentou as ações a serem buscadas e implementadas pela Secretaria de Estado da Saúde SESA; expressas em seu objetivo, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional. Como objetivo, aperfeiçoar o SUS, no Paraná, para reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão, levando a Saúde para mais perto das pessoas, por meio das Redes de Atenção à Saúde, organizadas em todas as 22 regiões do Estado do Paraná.

Destacam-se as ações da Diretriz 3 – Implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (PcD):

1. Prestação de atenção à saúde, integral e qualificada, à pessoa com deficiência - PcD na atenção primária, secundária e terciária.
2. Implementação dos serviços de reabilitação, integrando-os à Rede da Pessoa com Deficiência, para garantir a assistência para a população.
3. Implementação de ações de prevenção e identificação precoce das deficiências.
4. Promoção da melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais.
5. Articulação, com os três níveis de governo, para a viabilização de transporte acessível para atendimento às PcD, sempre que indispensável para a assistência.
6. Implantação de equipes multidisciplinares nos Centros de Atenção Especializada nas 22 regiões de saúde do Estado, por meio do CIS - COMSUS<sup>5</sup>.
7. Prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar em reabilitação.
8. Produção e impressão de material educativo, orientativo e de divulgação sobre e para Pessoas com Deficiência (física, visual, auditiva e intelectual) - Cartazes, folders, cartilhas, CDs (SESA, 2012).

Esta diretriz foi instituída através da RESOLUÇÃO SESA N° 144/2016 e organizada com os seguintes componentes:

#### I. Atenção Primária à Saúde

---

<sup>5</sup>O COMSUS é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado. Seu principal objetivo é implantar os Centros de Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde do Paraná, mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA.

II. Atenção especializada

III. Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência.

Cabe salientar que estas diretrizes vão de encontro ao princípio norteador da APS – a integralidade; sendo assim, os cuidados devem estar intimamente ligados com a família, pois os familiares são agentes no processo do cuidado em saúde da CAcD e também necessitam de cuidado biopsicossocial para que o processo de promoção e cuidados à saúde seja efetivo.

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesta seção, serão abordadas as principais políticas públicas voltadas para a atenção com a saúde das crianças e dos adolescentes com deficiências, a saber:

Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD); Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; “Viver sem Limite”; Plano Nacional de Direitos da PcD; Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPD); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

### 2.4.1 Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente com Deficiência

Entre 190 milhões de brasileiros, aqueles com pelo menos uma deficiência somam 23,9%. A deficiência mais frequente entre a população brasileira é a visual. Cerca de 35 milhões de pessoas (18,8%) declararam ter dificuldade de enxergar, mesmo com óculos ou lentes de contato (IBGE, 2010, p.18).

O IBGE ainda destaca que a região nordeste registra os maiores níveis para todas as deficiências. A região sul apresenta o menor percentual de pessoas com deficiência visual, a região centro-oeste tem a menor taxa de deficiência auditiva e motora e a região norte tem menos deficientes mentais.

Diante dos dados apresentados, é imprescindível adotar ações para reduzir os agravos das CACD, bem como apresentar soluções de resolubilidade no que tange a atenção à saúde destes usuários, por meio das políticas públicas.

Desde 1980, o Brasil discute a implementação de um modelo nacional de saúde centrado em rede de cuidados de saúde, com base nos princípios e recomendações de Alma Ata (1978), com fortalecimento da APS. Este fortalecimento ocorreu a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com mudanças na organização, no financiamento e na prestação de serviços pela implantação do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a espinha dorsal da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PORTARIA nº. 2488/11a de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde).

Associou-se à descentralização com a democratização e a ampliação dos direitos sociais da cidadania, integrando-os, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social),

No final dos anos 80, foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21 de dezembro de 1989, porque, até então, as questões da criança e do adolescente eram atreladas aos programas de saúde da mulher e da criança (MENDONÇA, 2002).

O PROSAD foi criado com os movimentos da reforma sanitária, a criação do SUS e impulsionado por dois marcos internacionais: a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde Alma-Ata (1978) e a Estratégia Saúde para Todos, no ano 2000, com o intuito de ações específicas e direcionadas para este público, tendo como recorte a faixa etária de 10 a 19 anos, promovendo a discussão de questões determinantes na saúde dos adolescentes, como saúde sexual, epidemia do HIV/AIDS, o aumento da fecundidade, bem como a vulnerabilidade do grupo jovem (BURSZTYN, RIBEIRO, 2005).

Ainda na esteira da garantia dos direitos fundamentais para os cidadãos vulneráveis e cumprindo preceitos constitucionais, criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei. 8.069/1990 (ECA), na qual(em seus artigos 10 e 11) são assegurados ao recém nato: a realização de exames, a fim de estabelecer o diagnóstico e a terapêutica de anormalidades em seu metabolismo, bem como, em

caso de anormalidades identificadas na criança, o direito às orientações e procedimentos aos pais. Também prevê o atendimento especializado à criança e ao adolescente com deficiência, delegando, ao poder público, a responsabilidade de fornecer gratuitamente: medicamentos, próteses e outros recursos referentes ao tratamento, habilitação ou reabilitação aos que necessitarem.

As necessidades e os direitos das PcD têm sido uma prioridade na agenda da ONU, durante pelo menos três décadas. Mais recentemente, após anos de esforços, foi promulgada pela ONU a Convenção ONU sobre os Direitos das PcD e seu Protocolo Facultativo de 2008 (ONU, 2001).

Entretanto, a partir dos anos de 2000, é que a temática sobre o desenvolvimento infantil impulsionou as discussões em todo o mundo. Neste movimento, no ano de 2002, o Ministério da Saúde lançou, na série de Cadernos de Atenção Básica, um número intitulado “Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2002a), cujo objetivo é auxiliar o plano de atenção integral e multiprofissional à saúde da criança, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento, nas diversas ações da APS.

Alguns princípios passaram a ser orientadores no cuidado à saúde da criança, sejam eles: “longitudinalidade, integralidade, intersetorialidade, acolhimento, equidade, acesso universal, resolutividade, responsabilização, atuação em equipe e ações coletivas para a promoção da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b, p. 80).

No engendramento das políticas e dos programas específicos que é assegurada a saúde à população. Toma-se como exemplo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006), que visa à qualidade de vida e redução das vulnerabilidades das pessoas e riscos de saúde ligados a determinantes sociais. Nesta prerrogativa, a PNPS fortalece a implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais, para garantir o diálogo nas diversas esferas do setor Sanitário e de Governo, bem como nos setores (privado e não governamental) atrelados com a sociedade geral. Isto forma redes de corresponsabilidade na qualidade de vida, na proteção, na promoção e no cuidado com a saúde da população

Em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, através da portaria 793/2012a, estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou

permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. Esta rede será composta pela Atenção Básica; Atenção especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual; Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Refere ainda que a RCPD, na Atenção Básica, terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde e contará com o NASF (quando houver) e atenção odontológica.

E no componente atenção especializada, a RCPD contará com estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de Reabilitação, com Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012d). Ressalta-se que a Portaria GM/MS 835/12d institui incentivos de financiamento para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS.

Na construção da Política de Atenção Básica, a Rede de Cuidados à PcD, no âmbito do SUS, e a atenção integral à saúde destinada à PcD pressupõem serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (Portaria nº 793/12a, de 24 de abril de 2012, do Ministério da Saúde).

Em dezembro de 2011, é lançado o “Viver sem Limite”: Plano Nacional de Direitos da PcD, com a finalidade de induzir políticas articuladas, intrasetoriais e intersetoriais que visam garantir a inclusão social, a acessibilidade, o acesso à educação e a atenção à saúde das pessoas com deficiência, envolvendo 15 (quinze) ministérios, além da participação civil através do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência/CONADE (Decreto Nº 7.612/2011b).

O Plano “Viver sem Limite” possui quatro eixos interdependentes e articulados entre si:

1. Acesso à educação, que investe em recursos e serviços de apoio à educação básica e compreende a busca ativa de alunos, transporte acessível, aprendizagem, acessibilidade e qualificação profissional;
2. Atenção à saúde, que cria a RAS à PcD e contempla ações voltadas para a prevenção e a reabilitação;
3. Inclusão social, que desenvolve ações de participação social e de combate às desigualdades, visando a incluir as pessoas com deficiência na sociedade, tanto no trabalho, quanto no cuidado diário de pessoas em situação de pobreza;

4. Acessibilidade, na forma da busca de acesso à tecnologia e ao desenvolvimento tecnológico, moradia e aquisição de equipamentos.

No eixo de Atenção à Saúde as metas até 2014 foram:

- a) Ampliação e qualificação da Triagem Neonatal;
- b) Elaboração e publicação de dez Diretrizes Terapêuticas;
- c) Habilitação e Reabilitação;
- d) Transporte para acesso à saúde;
- e) Órteses e próteses;
- f) Atenção Odontológica.

A Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002b, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPD) e após 24 anos da publicação do ECA foi instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015a, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Do ponto de vista dos avanços do SUS, ainda há outros desafios que implicam diretamente na saúde da criança. A PNAISC, por meio de um conjunto de ações, procedimentos e reorganização do processo de trabalho pautado na criança, visa a garantir o pleno desenvolvimento em todas as etapas do ciclo de vida, levando em consideração sua diversidade cultural, com foco na promoção, proteção e prevenção dos agravos, bem como assistência e reabilitação à saúde, bem como a defesa dos direitos da criança desde a gestação até os 09 anos de idade, em especial à APS e às áreas e populações de maior vulnerabilidade. (PORTARIA GM 1.130, 2015a).

A PNAISC tem como objetivo reduzir a morbimortalidade, e contribuir para melhores condições de saúde (visão ampliada); também propõe o enfrentamento das iniquidades nas condições de saúde das crianças de grupos populacionais mais vulneráveis, como aquelas com deficiências, objeto deste estudo. Desta forma, PNAISC propicia a atenção integral à criança nos vários níveis de atenção e nas várias Redes, sendo organizada em eixos (FIGURA 3):

FIGURA 3 REPRESENTAÇÃO EIXOS PNAISC



FORNTE: Os autores. Adaptada PNAISC (2016).

Igualmente, a integralidade traz mudanças no que concerne o modo de trabalho, da equipe interdisciplinar, bem como as ações dos programas que serão realizadas, pautada numa APS ampliada, tornando-se imprescindível na assistência integral. O cuidado, da atenção integral à saúde da criança, é a observação do desenvolvimento e do crescimento, que identifica necessidades que precisam de abordagens e intervenção precoce, a partir dos registros das informações do acompanhamento da saúde da criança.

Outro aspecto importante diz respeito às políticas voltadas aos adolescentes que, no campo da saúde, envolve diversos fatores imprescindíveis para o desenvolvimento fisiológico, psicológico e o biopsicossocial. De acordo com a OPAS/OMS (2008), o critério adotado da faixa etária é entre 10 e 24 anos, fase essa em que ocorre a dinâmica de desenvolvimento cognitivo, sexual, a construção/estruturação da personalidade e a busca de identidade e autonomia pessoal.

Considerando a projeção de envelhecimento da população brasileira e a mudança da estruturação da faixa etária, o Ministério da Saúde, em 2009, divulgou as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens,

em que essa geração (de 10 a 24 anos de idade) é a mais numerosa, expressando um contingente populacional de 51.429.397 pessoas – 30,3%, sendo 35.287.882 adolescentes de 10 a 19 anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009a). Tais diretrizes visam ações mais ampliadas das Políticas anteriores, sendo um documento norteador para a instituição da Política:

- 1) **Fortalecimento da Promoção da Saúde;**
- 2) **Reorientação dos Serviços de Saúde;**
- 3) **Integração de políticas: interfederativas, governamentais e com sociedade:**
  - a) Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento;
  - b) Atenção Integral à Saúde Sexual e à Saúde Reprodutiva;
  - c) Atenção Integral a Adolescentes e Jovens com Uso abusivo de Álcool e de outras Drogas;
  - d) A Violência Doméstica e a Violência Sexual;
  - e) Mortalidade por causas externas;
  - f) Agressões;
  - g) Acidentes de Transporte Terrestres (ATT);
  - h) Suicídios.
- 4) **Monitoramento e Avaliação**
  - a) Indicadores do Pacto pela Saúde

Contudo, a proposta preliminar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ) fora aprovada pela Comissão Tripartite, em novembro de 2009, mas o texto final não foi promulgado. A proposta instituiu eixos estratégicos para a saúde integral da população de adolescentes e jovens, no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento saudável, com preocupações em assegurar as condições ambientais e individuais que favoreçam o pleno desenvolvimento e crescimento do adolescente e do jovem.

Os avanços e as inovações na implementação das Políticas Públicas, ao longo dos 27 anos do SUS, aumentaram o acesso aos cuidados de saúde. Preconiza-se a descentralização, confere-se aos gestores municipais a responsabilidade pela definição das políticas, de acordo com as reais necessidades

e características demográficas e epidemiológicas do município. Assim, cada território possui sua pluriversalidade.

Victora et al. (2011) examinaram como as mudanças e as transformações dos determinantes sociais afetaram os indicadores de saúde materna e da saúde infantil. Evidenciou-se que o SUS, desde sua implantação, evoluiu em termos de condicionantes e determinantes sociais. No que tange a saúde infantil, os autores destacam que a mesma continua na agenda política, e isto demonstra que a mortalidade infantil é um indicador das condições de vida.

A edição especial da Revista “The Lancet” apresenta um panorama da saúde no Brasil, traz as principais mudanças nos determinantes de saúde materna e infantil no país, conforme QUADRO 4:

QUADRO 4 PRINCIPAIS MUDANÇAS NOS DETERMINANTES DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL NO BRASIL

	1970	1980	1990	2000
<b>Quadro político</b>	Dictadura militar	Transição para a democracia (1985)	Início do período democrático com instabilidade importante	Democracia estável
<b>Crescimento econômico</b>	Rápido crescimento econômico (o “milagre brasileiro”), aumento da concentração de renda acompanhada por alguma redução na pobreza absoluta	Hiperinflação e crise da dívida externa, estagnação econômica e recessão, aumento da pobreza absoluta e manutenção da concentração de alta renda	Controle gradual da inflação, com crescimento econômico lento ou ausente, pequenas mudanças na renda familiar, concentração de renda e pobreza	Crescimento econômico moderado com redução gradual das desigualdades de renda e da pobreza absoluta, alcançados por meio da combinação de redução do desemprego, aumento progressivo do salário mínimo e expansão dos programas de transferência de renda
<b>Fatores demográficos</b>	Urbanização e diminuição das taxas de fecundidade	Urbanização e diminuição das taxas de fecundidade	Urbanização e diminuição das taxas de fecundidade	Urbanização e diminuição das taxas de fecundidade
<b>Sistemas de saúde</b>	Sistema de saúde com três componentes: privado, seguridade social para empregados regulares e atenção do Ministério da Saúde e instituições de caridade para os mais pobres	Manutenção do sistema anterior, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988	Consolidação do SUS com expansão da atenção primária, secundária e terciária. Criação do programa de agentes comunitários de saúde (1991) e da estratégia de saúde da família (1994) para aumentar o acesso da população mais pobre aos serviços de saúde	Consolidação e expansão das estratégias de saúde da família

<b>Programas fora do setor de saúde</b>	Programa nacional de suplementação alimentar para mães e crianças (1976) Expansão da rede de água e saneamento básico (1975)	Continuação dos programas de suplementação alimentar Expansão da rede de água e saneamento	Continuação dos programas de suplementação alimentar. Expansão da rede de água e saneamento. Educação primária universal	Criação dos programas de transferência condicional de renda: Bolsa Escola e Bolsa Alimentação (que substituiu o programa de suplementação alimentar) e unificação desses programas pelo Bolsa Família (2003) Expansão da rede de água e saneamento Melhorias na educação secundária
<b>Programas de saúde materna</b>	Nenhum	Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984)	Continuação da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto (2000) Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004)
<b>Programas de saúde infantil</b>	Programas verticais para imunizações (1977)	Programas verticais para imunização, monitoramento do crescimento, hidratação oral e promoção do aleitamento materno Campanhas nacionais de imunização e hidratação oral Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984)	Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil (1995)	Criação de comitês locais para a prevenção da mortalidade infantil (2005) Pacto pela Vida (para a redução da mortalidade infantil, 2006)

FONTE: Victora et al. - The Lancet (2011).

Apesar dos avanços obtidos, os desafios ainda persistem, bem como as desigualdades, a vulnerabilidade social, o enfrentamento de problemas socioambientais e suas dimensões. É a intervenção de ações para minimizar as desigualdades traz à tona a discussão acerca das PcD e CAcD.

Ao longo dos anos, várias terminologias foram empregadas à PcD, e no que tange àquelas que foram utilizadas, avançou-se significativamente, pois expressões como aleijado, inválido, defeituoso, especial, excepcional, incapacitado, anormal, entre tantas outras, eram utilizadas, na década de 1980, de forma pejorativa ao referir-se à PcD.

É certo que as CAcD são estigmatizados quando as características físicas estão fora de um determinado padrão (normalidade). Expressões como: criança normal, adolescente normal, frequentemente eram utilizadas, o que demonstra a desinformação e o preconceito; afinal, a normalidade no que se refere às pessoas é questionável, Cangüilhem (2002) esclarece a origem latina da palavra norma:

Quando se sabe que norma é a palavra latina que quer dizer esquadro e que *normalis* significa perpendicular, sabe-se praticamente tudo o que é preciso saber sobre o terreno de origem do sentido dos termos norma e normal trazidos para uma grande variedade de outros campos (CANGÜLHEM, 2002, p.211).

Assim, o conceito norma é uma relação de polaridade (inversão de polos) e não de contradição, que qualifica negativamente. De acordo com o mesmo autor, há nenhum paradoxo em afirmar que o anormal é o segundo, mas do ponto de vista da existência é o primeiro; para Cangüilhem, a norma é menos unificadora que reguladora.

Le Blanc (1998), na análise de Foucault, aponta que as normas passam pelo espírito e pelo corpo, não havendo nenhuma possibilidade de sair do jogo normativo, sendo que o indivíduo jamais poderá liberar-se das normas.

Neste contexto da abordagem de terminologia, a Lei nº 12.435/2011c, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, adota a nova terminologia (“pessoa com deficiência”) e faz constar em seu art. 20, §2º, I, o conceito de PcD trazido pela Convenção da ONU em acordo com o sistema constitucional brasileiro. Ainda, a mesma Lei incorpora o conceito de “impedimento de longo prazo”, no art. 20, §2º, II: II como aqueles que incapacitam a PcD para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

A cidadania é uma contínua construção, sendo assim, se fazem necessárias abordagens capazes de superar condutas hegemônicas para as questões que envolvem a saúde, visando a **integralidade** na concepção ampliada de saúde, voltada para a comunidade. Não se pode simplesmente atender as demandas do processo saúde-doença, mas que este usuário/indivíduo seja inserido de forma adequada, que a equipe de saúde compreenda a complexidade das necessidades e dos determinantes sociais, a fim de disponibilizar os melhores recursos para atendê-lo de forma humanizada, integral, entendendo que cada um possui suas especificidades.

De acordo com Amartya Sen (2000), a defesa da liberdade básica, associada em termos de direito, possui um valor intrínseco e proporciona às pessoas a oportunidade de chamar a atenção eficazmente para suas necessidades e exigir a ação pública apropriada.

Vale ratificar o texto constitucional do art. 5 da CF/88, que afirma que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Ainda em seu próximo

artigo, assegura o direito à saúde, educação, habitação e reabilitação, assim como a promoção de sua integração à vida comunitária.

Neste bojo de garantias e direitos, é que se fazem prementes a formulação e a reflexão sobre as Políticas Públicas. Fato concreto que as PcD são negligenciadas (BUSSACRO, 2014) também no que se refere aos aspectos de assistência à saúde específicos de sua condição, afora que as PcD têm estado em desvantagem, pois os agravos das doenças crônicas são pertinentes nestes indivíduos, que precisam se submeter a consultas periódicas, tanto na APS, quanto nos serviços especializados.

Para Carneiro Júnior e Silveira (2003), a atenção à saúde e o acesso das PcD são aspectos primordiais para a inclusão destes indivíduos na sociedade, porque há uma estreita relação com outros aspectos de condição de vida, tais como, educação, trabalho, lazer e cidadania.

Fonseca (2006, p. 279) afirma que “as pessoas com deficiência no Brasil sempre tiveram atendimento assistencial, e por isso a sociedade desconhece o potencial produtivo que essas pessoas têm a oferecer (...).”

## 2.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Existem vários indicadores propostos para avaliação de resultados, desde medidas quantitativas, a partir de morbidades, número de atendimentos, tempo de espera em consultório, tempo de espera para agendamento de especialistas, cirurgias e até tempo de expectativa de vida quando acometido de doença grave. Porém a avaliação, segundo a percepção própria do paciente, pela qualidade do acolhimento recebido, pela solução do problema que o levou a buscar a atenção à saúde, os exames necessários, o fornecimento de medicamentos é considerada como medida de resolutividade do serviço.

O tema controle de qualidade teve origem no próprio exercício da prática médica liberal, e com o trabalho de Flexner, em 1910, e o de Codman, em 1916, surgem as primeiras tentativas de sistematização de um mecanismo de avaliação dos serviços de saúde. Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, em um famoso estudo, em que, entre os aproximadamente 800 hospitais examinados, com mais de 100 leitos, menos de 135

tinham qualidade razoável. Como consequência, cria-se, em 1928, o *Hospital Standardization Program*, que é o embrião da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals- JCAH* (REIS et al., 1990a).

Posteriormente, no Relatório Flexner (1940), ainda buscando responder aos mesmos objetivos, surge outro trabalho clássico sobre avaliação dos serviços de saúde. Por Codman, chamado "*A Study in Hospital Efficiency: the first five years*". Este trabalho foi publicado em 1916 e apresentava uma proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intrahospitalares (*ibid.* 1990). Na década de 1950, aumentaram os estudos para avaliar a qualidade de serviços. Inicialmente, a avaliação era realizada a partir de aspectos isolados, como controle de infecção hospitalar, padrões de adequação de instalações e sistematização dos procedimentos executados pela enfermagem (LIMA et al., 2010).

De acordo com Novaes (1996), nesta mesma época, surgiu nos Estados Unidos a chamada "pesquisa em serviços de saúde" ("*health services research*"). Esta pesquisa utilizava o método epidemiológico para quantificar as práticas clínicas, e constatou uma variabilidade no seu padrão, de acordo com o tipo de população atendida e as características profissionais e institucionais. Ainda nesta década, observou-se o aumento de pesquisas sobre a relação entre profissionais de saúde e usuários, o que contribuiu para que os últimos entrassem na agenda de pesquisas avaliativas, mostrando benefícios potenciais com a valorização e o entendimento da visão dos usuários. Neste momento, se inicia a utilização de questionários para avaliação e cunha-se a expressão "satisfação do usuário". Assim, a avaliação passou a ser uma meta na qualidade dos serviços e um pré-requisito na obtenção do cuidado (LIMA et al., 2010; MENDES, V.L.P.S., 2003).

Novaes (2000) explica que foi na década de 1960 que se desenvolveu, principalmente nos Estados Unidos, a avaliação de programas como prática institucional. Também, na década de 60, Avendis Donabedian, a partir do referencial teórico das experiências adquiridas por Flexner e Codman, propôs a avaliação da qualidade da atenção médica por meio de um modelo. Esta proposta sistematizava os atributos que refletem as etapas da sua construção/produção, através das quais a qualidade pode ser medida (estrutura, processo e resultado). O quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988; 1990; 2002) apresenta duas vertentes principais: **a primeira se baseia no modelo sistêmico**, que observa a relação entre

os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e **a segunda, em dimensões ou atributos** que definem a qualidade, conhecidos como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade.

O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian avançou no sentido de incorporar os usuários na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços:

O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1994, p. 20).

Na segunda metade dessa mesma década, foram introduzidos os chamados estudos corporativos racionalizadores para avaliação de serviços de saúde. Entre esses se destaca, na literatura médica, a discussão entre Análise de Custo-Benefício (CBA) e Análise de Custo-Efetividade (CEA), (REIS, 1990).

Então, na década de 1970, houve inúmeras crises em cadeia, surgindo o questionamento em relação aos crescentes custos da atenção médica baseada no modelo biomédico, acompanhados da complexidade da assistência (uso indiscriminado da tecnologia e de procedimentos médicos cada vez mais sofisticados), que não correspondiam em resultados, pois continuava a baixa redução de morbimortalidades diversas. Tal fato levou a um impulso para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação de qualidade e dos custos da assistência na saúde. O surgimento do seguro privado e/ou controle da sociedade sobre os gastos em saúde foram condições objetivas para o avanço da avaliação dos serviços de saúde como forma de racionalização dos gastos. (Reis, 1990).

A década de 1970 assistiu, ainda, ao surgimento do Relatório Lalonde (1974), de autoria do Ministro Canadense Marc Lalonde, que apontou a importância da promoção da saúde na organização dos serviços de saúde pública, pois a maior parte dos gastos se dava no setor da assistência à saúde, enquanto que a biologia humana, o estilo de vida e o ambiente recebiam muito menos recursos, que são justamente os fatores mais ligados à etiologia das doenças. Isto ampliou as reflexões sobre os limites do modelo biomédico e certamente possibilitou um enriquecimento nas discussões da conferência que aconteceria dois anos depois, em Alma-Ata (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

### 2.5.1 Instrumento de avaliação da qualidade em saúde

Halal et al. (1994) afirmam que, apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitarem a abordagem sistêmica de qualidade empregada, a presente categorização tem por objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que, a partir dela, se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. Para tanto, é necessário que se utilize instrumentos de controle e avaliação, com ênfase no ponto de vista do usuário, por ser essencial e contribuir para a institucionalização da avaliação e da reorganização dos serviços, além de se constituir em uma ferramenta para a participação popular.

Neste sentido, destaca-se que a avaliação em saúde possui um reconhecimento de sua importância como instrumento norteador das políticas públicas voltadas às várias dimensões do SUS. Tem como pressupostos, a avaliação da eficiência, da efetividade e da eficácia de estruturas, processos e resultados relacionados ao acesso e à satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolutividade e qualidade (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, os instrumentos existentes ainda não se constituem como ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2003).

Nessa perspectiva, desde 2003, processos avaliativos vêm sendo instituídos no Brasil pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que em 2004/2005 passou a ser o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), com a finalidade de avaliar os serviços do SUS nas dimensões estruturais, processos e resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação dos cidadãos. E o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB), cujo objetivo é melhorar a qualidade da atenção básica, para ampliar o acesso e garantir o padrão de qualidade, além de promover a transparência e a efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (BRASIL. Portaria nº1654/15b, de 02 de outubro de 2015, do Ministério da Saúde).

Ainda que esses processos avaliativos utilizados no Brasil possuam instrumentos próprios de coleta de dados, o Ministério da Saúde adota outros instrumentos de avaliação, dentre eles o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido por pesquisadores do *Primary Care Policy Center* - Johns Hopkins

University, que elaboraram uma série de instrumentos para avaliação da APS (SHI et al., 2001), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006).

Essas ferramentas balizam-se nos atributos essenciais e derivados da APS, sistematizados por Starfield (2009): acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural. A partir desses atributos, foram utilizadas as proposições de Donabedian, sendo considerados elementos de estrutura e processo de cada um dos atributos, o que possibilita a avaliação da relação entre a utilização de serviços da APS e os resultados em saúde (FIGUEIREDO et al. 2013).

O *PCATool* possui uma abordagem sistêmica do quadro conceitual proposto por Donabedian, capaz de avaliar os atributos que considera essenciais à APS, e sua utilização no Brasil justifica-se pela escassez de ferramentas para medir as interações no contexto da APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

FIGURA 4 ELEMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.



Este instrumento possibilita a produção rigorosa de conhecimento sobre a real efetividade da APS, pois identifica aspectos de **estrutura**, **processo** e **resultado** dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações. Ainda permite a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade para a definição das políticas públicas, em que a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido deve ser considerada como o resultado.

No *PCATool*, a **estrutura** representa as características relativamente estáveis no sistema (recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, insumos e normatização do serviço); o **processo** determina como o sistema realmente

funciona (atividades realizadas pelos serviços de saúde) e o **resultado** significa mudanças observadas no estado de saúde, comportamentos da população, entre outros, (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010c).

A satisfação com o serviço de saúde, como resultado, está associada com a resolução do problema que motivou a consulta. A disponibilidade de medicamentos na própria unidade de saúde é o principal fator associado com a capacidade resolutiva qualitativa do serviço. A satisfação do profissional em APS está diretamente associada com a qualidade da relação com o usuário e com uma expectativa prognóstica mais favorável. Processo e resultado (dois elementos da qualidade dos serviços) estão indissociados, indicando que todo o esforço deve ser feito para melhorar o processo de cuidado dos pacientes (STARFIELD, 2010).

Para julgar o valor ou a qualidade de uma intervenção, comparam-se os aspectos encontrados com normas, critérios e padrões, que são referências consensuadas com base em parâmetros técnico-científicos, necessidades de saúde da população e valores culturais. O padrão é a declaração da qualidade esperada ou da qualidade ideal (STARFIELD, 2010).

Em que pesem as limitações do modelo sistêmico, este ainda é um referencial teórico amplamente utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde devido à utilidade e simplicidade.

Ao longo dos anos, essa ferramenta foi utilizada e validada em diversos países. No Brasil, estudos analisaram a presença e o grau dos atributos da APS, aplicando versões do *PCATool* para avaliar atributos definidos por Starfield, conforme QUADRO 5:

QUADRO 5 ESTUDOS COM APLICAÇÃO DO PCAT

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR(ES)</b>
“Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local”	Almeida e Macinko, 2006.
“Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba no ano de 2008”	Chomatas, 2009.
“Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo”	Elias et al., 2006.
“Análise de concordância entre instrumentos de	Figueiredo et al., 2013.

avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008”	
“Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária(PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil”.	Harzheim et al., 2006.
“Longitudinality Assessment in Primary Health Care Services: a cross-sectional study. Online braz j nurs	Kessler et al., 2015.
“Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: <i>primary care assessment tool pcatool-Brasil</i> ”	Ministério da Saúde, 2010a.
“Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia”	Starfield, 2002.
“Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros”	Turci et al., 2015.
“Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária”	Oliveira, Veríssimo, 2012.
“Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores”	Leão et al., 2010.

FONTE: Os autores (2016).

Ainda que o conhecimento produzido por uma avaliação não seja integrado pelos gestores, profissionais, ela traz à luz possíveis problemas e exiguidade dos serviços prestados; entretanto, toda avaliação em algum momento poderá balizar estratégias de aperfeiçoamento e implementação de políticas, práticas de saúde, sendo dessa forma prerrogativa na tomada de decisão que possam contribuir na compreensão das especificidades da saúde.

## 2.6 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

Dada a riqueza do Brasil em recursos naturais, cabe questionar como problemas de alimentação/fome são generalizados em todo o território? Problemas esses que vêm se reproduzindo desde os tempos coloniais. Considerando o êxodo rural e o crescimento desordenado das grandes cidades, demonstra epistemologicamente as condições de saúde da população e suas causas históricas, marcando as várias epidemias geográficas (CASTRO, 2004).

Jacques May (1950) foi um dos principais pesquisadores na área de saúde e

ambiente, baseando-se em elementos como clima, água, solo, que eram determinantes para a propagação de doenças. Para May, fatores ambientais e de ordem social exercem influência na saúde do homem, portanto estes devem ser considerados nas pesquisas da área.

A transição demográfica é um dos fenômenos estruturais que impactam no processo saúde – doença e, por consequência, na economia e na sociedade, exigindo planejamento das intervenções e políticas sobre os territórios e sua territorialização. Diante das diversas conceituações de território, faz-se premente sua tipologia.

Ficher (2003, p.10) aborda em seus estudos o conceito de território, definido como:

Um espaço delimitado e apropriado, no qual se exercem poderes (controle, organização), se inscrevem projetos sociais coletivos, (planejamento, desenvolvimento, “*aménagement*”<sup>6</sup>), se expressam estratégias de valorização [...]

Koga (2003, p.33) aborda as várias formas de representação da realidade, que podem revelar e/ou esconder as relações de poder, de inclusão/exclusão [...] “território como espaço de cidadania, cidadania vista como vida ativa no território a partir das diversas relações que se estabelecem nele”.

O conceito de território é reproduzido de diversas maneiras e análises, assim é possível encontrar os significados em dicionários, seja de ordem social ou biológica. Por sua vez, o *Dicionário Aurélio* (2009) define "território" como:

1. Extensão considerável de terra; torrão. 2. A área de um país, ou estado, ou província, ou cidade etc. 3. Nos EUA, região que não constitui Estado e é administrada pela União. 4. Base geográfica do Estado sobre a qual ele exerce a sua soberania, e que abrange solo, rios, lagos, mares interiores, águas adjacentes, golfos, baías e portos.

De acordo com Corrêa (1995), o espaço geográfico ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime, ora como referência à simples localização, situando-se indiscriminadamente em diferentes escalas, como a global, continental, regional, estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua e até de uma casa apenas.

---

<sup>6</sup> *Aménagement* é muitas vezes utilizado no sentido de planejamento; organização ou ordenamento do território. *Aménagement* implica em uma dimensão política do território.

Para Santos, (1994, p. 28), o espaço geográfico é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. A sobrevivência humana depende do conjunto de saberes sobre os espaços em que os diferentes grupos viveram e vivem, ou seja, a sobrevivência humana depende da produção de espaços, pois, de acordo com SANTOS, (1994, p.75), “[...] produzir é produzir espaços [...]”. Logo, produzir, ocupar espaços gera raízes e identidades.

Na concepção de Haesbaert, o território é a “estratégia espacial para atingir, influenciar ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área” (SACK, apud HAESBAERT, 2004, p. 86).

Na conceituação de Maurice Godelier (1984), a perspectiva de território reivindica uma dimensão de apropriação simbólica, pois a sociedade quando se apropria de um determinado território é o acesso, o controle e o uso, tendo suas variáveis de relação de poder visíveis e não visíveis, as quais reproduzem o modo de vida, em seus vários aspectos.

Para Haesbaert (2001; 2002; 2004), é possível agrupar as várias concepções de território em quatro vertentes básicas: política, cultural, econômica e natural. Entretanto, chama-se a atenção para o fato de que essa separação ocorre apenas para fins de análise, pois a dinâmica territorial, muitas vezes, conjuga várias dimensões.

PECQUEUR (2006) caracteriza o território como um espaço real e social, fruto da interação dos diversos atores. Sobre a questão identitária do território, este

É criado por discriminação feita pelos atores. Os atores reagrupam-se em função dos problemas produtivos a serem resolvidos numa escala meso-econômica distinta das escalas individual e global. Esses grupos de atores podem ter motivos muitos diversos para se reagruparem, tendo em vista a obtenção de um ganho do qual cada membro será beneficiário (grupo de pressão, sindicato, empresa etc.) (PECQUEUR, 2006, p.97).

No campo da Saúde Coletiva, o território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Ainda, o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais,

sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002).

De acordo com Monken e Barcellos (2005), com o conhecimento do território se reconhece também a população e sua caracterização, identificando os problemas e as dificuldades na área de saúde. Desta forma, torna-se possível elaborar uma “avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população”.

Diante das conceituações de território e da análise do processo saúde e doença e das vulnerabilidades, se dá a importância da discussão da implementação de políticas e ações que desenvolvam promoção da saúde voltada para o coletivo, fortalecendo o vínculo entre os atores envolvidos, promovendo o reconhecimento dos agravos socioambientais e sanitários, o incentivo na participação social, que são pressupostos para o desenvolvimento sustentável.

O Relatório *Brundtland* (1987), também conhecido como “*Our Common Future*” Nosso Futuro Comum, da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento da ONU, em 1987, conceituou desenvolvimento sustentável, como “a competência da humanidade em garantir que as necessidades do presente sejam atendidas sem comprometer a qualidade de vida das gerações futuras”, tendo como tripé: o crescimento econômico, a proteção social e a preservação ambiental. No 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Gallo (2012, não paginado) afirma:

É fundamental intervir nas distintas dimensões da determinação social da saúde, por meio da articulação de diferentes escalas. Essa agenda deve se integrar às agendas de economia solidária, gestão e uso do território, agroecologia, segurança alimentar, resgate e atualização cultural, entre outras, para que se torne promotora de equidade e sustentabilidade.

A saúde tem papel central nas concepções de desenvolvimento em todas as dimensões, mas principalmente territorial, pois os determinantes sociais implicam na expectativa de vida e no bem-estar.

No que tange às políticas públicas, a saúde destaca-se como forma de promoção de ações com impacto nas três esferas governamentais. Toma-se como exemplo o SUS, que associa a perspectiva territorial à diretriz da descentralização, tendo como proposta ações *in loco* regionais, respeitando as especificidades territoriais, ambientais e culturais. Desta forma, destaca-se a saúde e o desenvolvimento sustentável, na busca da reversão das iniquidades e a transformação da configuração territorial da saúde.

Gadelha (2003; 2006) aponta para a transformação de um sistema e de uma rede de saúde visando à equidade, que impacta direta e indiretamente na organização do território e na dinâmica de diversos setores, permitindo investimentos; portanto, geração de renda, emprego, incluindo a área da saúde a uma produção de bens e serviços, que articula a lógica de bem-estar com a lógica de desenvolvimento econômico.

Porém, é necessário que a visão de saúde privilegie seu vínculo com o desenvolvimento como fator essencial de cidadania e equidade, incorporando propostas e ações no território, a fim de se concretizarem e efetivarem.

Diante da polissemia nas concepções de território, no presente estudo, este é visto como espaço de poder, permeado por diversos atores, como gestores, profissionais e usuários, contendo fluxos que carregam oportunidades, acessos e limites aos usuários pesquisados.

Indubitavelmente, a saúde está em pauta na agenda de desenvolvimento, como se demonstra no Complexo Industrial da Saúde (CIS), sendo diretrizes estratégicas no contexto do Mais Saúde, do PAC da Inovação, Brasil Maior, na mobilização da Ciência e Tecnologia (C&T), bem como na viabilização de linhas de financiamento, articulando um conjunto de atividades econômicas e sociais, voltadas para o desenvolvimento.

De acordo com a Comissão de Determinantes Sociais (2005), podem-se destacar categorias populacionais em suas várias dimensões, como: biológica, social, econômica e étnica, considerando que essas dimensões impactam na saúde, tendo ações direcionadas à prevenção e estímulos a comportamentos e hábitos saudáveis, impedindo os fatores de riscos identificados.

Na concepção de saúde ampliada, esta não está dissociada de outros setores/campos e saberes, pois tudo se relaciona. As práticas de saúde têm como fundamento a territorialização e a adscrição da clientela. Como instrumento para as práticas na ESF, essa atuação visa os princípios norteadores do SUS e traça o perfil epidemiológico e sociodemográfico desta comunidade (adscrita), como também os agravos em saúde. Assim, visa o planejamento de ações e intervenções e enfrenta os problemas de saúde.

Desta forma, Barcellos (2000) afirma que a organização impõe uma lógica de localização e funcionamento. Esse encontro de condições de risco e população

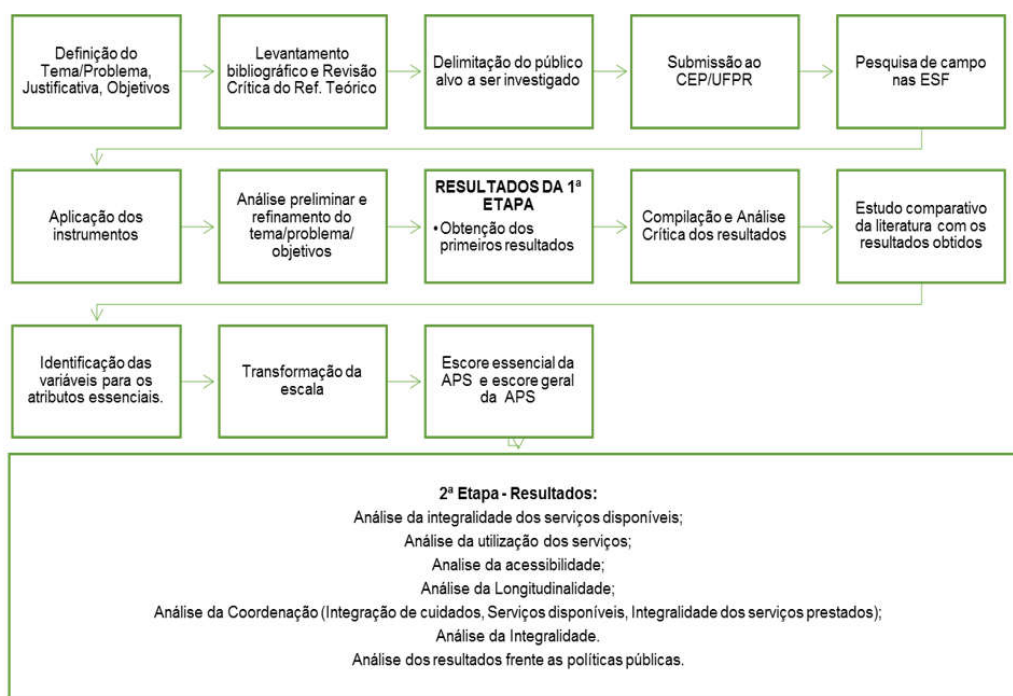
em situação de risco é determinado por fatores econômicos, culturais e sociais que atuam no mesmo espaço.

Na saúde de CAcD e de adolescentes, a discussão território, territorialização é de suma importância, pois é neste espaço que se encontram as características de uma cidade saudável com adaptações de ruas, equipamentos de saúde, acesso/acessibilidade, políticas públicas e, por sua vez, a relevância da descentralização e do matriciamento das ações, no planejamento, na gestão e na participação de todos os atores envolvidos, sujeitos do processo, participantes da construção de políticas públicas na perspectiva da integralidade à saúde de CAcD e de adolescentes com deficiência.

### 3 NOTAS METODOLÓGICAS

Esta seção detalha o percurso metodológico da pesquisa, tendo a ordenação das fases da pesquisa realizada, a saber: 3.1 Tipos de Estudo; 3.2 Cenário de estudo; 3.3 Participantes da pesquisa; 3.4 Estratégias para adesão à pesquisa; 3.5 Considerações Éticas; 3.6 Instrumento para coleta de dados e 3.7 Metodologia de análise de dados.

FIGURA 5 PERCURSO METODOLÓGICO



FONTE: Os autores (2017).

#### 3.1 TIPOS DE ESTUDO

Esta pesquisa desenvolveu-se a partir de um estudo de avaliação em saúde, com delineamento transversal.

A população do estudo foi composta por três grupos: usuários, profissionais e gestores das Estratégias da Saúde da Família.

Nos estudos transversais, a obtenção de dados é realizada em um único momento histórico, pois são coletadas informações descritivas sobre a prevalência de um determinado evento (HULLEY et al., 2008; POLI; BECK; HUNGLER, 2004).

De acordo com Contandriopoulos et al. (1997), na avaliação normativa, os elementos para sua realização ocorrem pela análise da estrutura (recursos), processo (serviços) e resultado (efeitos), sendo que na análise dos efeitos de uma intervenção avalia-se a influência de seu resultado sobre o estado de saúde individual e coletivo, determinando a efetividade dos serviços (favoráveis e desfavoráveis).

O método quantitativo de avaliar é caracterizado pelo emprego de quantificação, tanto das modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas e possui a intenção de garantir a precisão dos resultados, classificando a relação entre as variáveis (RICHARDSON, 1999).

Segundo Arango (2009), a pesquisa descritiva encarrega-se do levantamento, da organização, da classificação e da descrição dos dados em tabelas e outros recursos visuais, além do cálculo de parâmetros representativos desses dados.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Matinhos/PR, com autorização da Secretaria Municipal de Saúde, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados foi realizada no período de novembro e dezembro de 2016.

Na avaliação da APS, adotou-se o instrumento PCATool, em sua versão em português (STARFIELD, 2010), (ANEXO 2).

### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O município de Matinhos situa-se na região litorânea do Paraná, a cerca de 110 km da capital do Estado, Curitiba. Sua população, em 2010, era de 29.428, e seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal igual a 0,743 (id., 2010, p.8).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) destaca-se como eixo da APS, com oito Unidades Saúde, oito equipes de Saúde da Família (eqSF), duas equipes de saúde bucal. Estas se localizam em territórios delimitados em 52 micro áreas e mais de 28 bairros e balneários; apresentam uma população de 8.061 famílias cadastradas, com cobertura de 74,41% (SARGSUS, 2015c).

O nível secundário de atenção é constituído por um hospital de pequeno porte, com 15 (quinze) leitos, com atendimento de urgências e emergências, bem como de outras áreas, tais como: clínica médica, obstetrícia, clínica cirúrgica, neonatologia, pediatria, ortopedia e traumatologia e 1 (um) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) na modalidade I. Abaixo, apresenta-se o cenário de estudo, MAPA 1 – localização / visão espacial no contexto estadual e MAPA 2 - Município de Matinhos/PR.

MAPA 1 TERRITÓRIO ESTADUAL



FONTE: Google Earth  
ELABORAÇÃO: Os autores (2017).

MAPA 2 TERRITÓRIO ESTUDADO MATINHOS/PR



FONTE: Google Earth  
ELABORAÇÃO: Os autores (2017).

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa constituíram-se de 53 pais e/ou responsáveis de CAcD, de acordo com dados do IBGE (2010), 19 profissionais da ESF e 03 gestores da saúde de Matinhos – PR, conforme informações do SARGSUS (2015c). O público alvo teve como critério de inclusão:

1- Para Pais e/ou responsáveis da CAcD: ser residente no município, seus filhos (as) com deficiência possuírem idade entre  $\geq 6$  e  $\leq 14$  anos na data da entrevista, ser usuário de um dos programas/ações da ESF em sua área de abrangência.

2- Para os profissionais de saúde: ser profissional de nível superior, da área da saúde, da equipe da ESF.

3- Para os gestores: ser da coordenação geral das ESFs e da coordenação e/ou direção geral da SMS.

Como critério de exclusão estabeleceu-se:

1- As CAcD cujos responsáveis se recusarem a participar da pesquisa.

2- Para os demais, aqueles que se recusassem a participar da pesquisa, que estivessem em período de férias, ou afastamento do trabalho no período da coleta de dados.

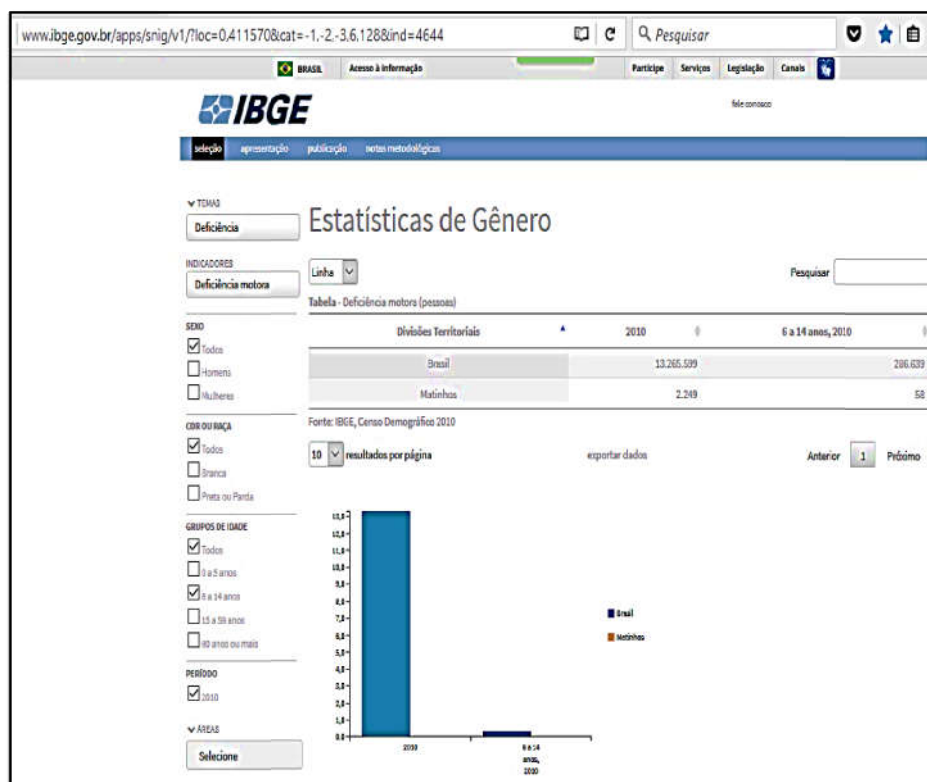
QUADRO 6 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Público alvo	Pais/responsáveis de Crianças Deficiências adolescentes	Profissionais com e/ou	Gestores
Número	53	19	03
Descrição	CACD com vínculo na ESF	01 de cada ESF	01 coordenação geral da ESF 01 diretoria geral da SMS 01 secretaria saúde

FONTE: IBGE (2010); SARGSUS (2015), SARGSUS (2015).

Para embasamento destes dados, utilizaram-se as estatísticas do Censo 2010, conforme a FIGURA 6:

FIGURA 6 ESTATÍSTICAS DE GÊNERO



FONTE: IBGE (2010)

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos e bioéticos, em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque e na Resolução 466/2012e do CNS – Conselho Nacional de Saúde, uma vez que a pesquisa envolveu a participação de seres humanos. Foi garantido aos participantes uma das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de assegurar-lhes os preceitos éticos que a Resolução nº 466/12e preconiza. Todos os TCLE foram assinados por todos os pesquisados.

Na primeira fase do projeto, foi solicitada autorização à Secretaria de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa. Na segunda fase, após submissão e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR, antes do início da coleta dos dados, houve uma reunião na Secretaria de Saúde envolvendo gestores e profissionais, para apresentação da proposta de pesquisa, seus objetivos e sua importância, para obtenção de suporte necessário para a coleta de dados dos usuários, público-alvo da pesquisa.

Além disso, esta pesquisa assegurou o sigilo e a confidencialidade das informações, a garantia do anonimato dos participantes, a devolução do resultado da pesquisa aos sujeitos e à sociedade e a garantia dos pesquisados ao acesso dos resultados da pesquisa. Os pesquisadores declararam a não existência de interesses relacionados aos resultados da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer 1.759.959, segundo a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após a aprovação pelo CEP/UFPR, deu-se início a coleta de dados. Os dados coletados serão guardados por cinco anos e após serão descartados.

### 3.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A fonte de coleta de dados deu-se através dos instrumentos do *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, nas versões validadas no Brasil (*PCATool-Brasil*), versão profissionais e versão crianças. (BRASIL,2010a), apresentados no ANEXO 2.

O instrumento PCAToll, na versão profissionais, possibilita adquirir informações acerca das características operacionais e práticas relacionadas ao emprego da atenção primária por profissionais de APS. Já na versão crianças, permite obter informações referentes às suas experiências ao utilizar os recursos de serviços de APS (SHI et al., 2001).

O instrumento *PCATool-Brasil*, versão profissionais, é composto por 77 questões/itens divididos em 8 componentes relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS, descritos a seguir:

1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (A). Constituído por 9 itens.
2. Longitudinalidade (B). Constituída por 13 itens.
3. Coordenação – Integração de Cuidados (C). Constituído por 6 itens.
4. Coordenação – Sistema de Informações (D). Constituído por 3 itens.
5. Integralidade – Serviços Disponíveis (E). Constituído por 22 itens.
6. Integralidade – Serviços Prestados (F). Constituído por 15 itens.
7. Orientação Familiar (G). Constituído por 3 itens.
8. Orientação Comunitária (H). Constituído por 6 itens.

E o instrumento *PCATool-Brasil*, versão crianças, é composto por 55 itens divididos em 10 componentes:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A) com 3 itens.
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B) com 3 itens.
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C) com 6 itens.
4. Longitudinalidade (D) com 14 itens.
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E) com 5 itens.
6. Coordenação – Sistema de Informações (F) com 3 itens.
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G) com 9 itens.
8. Integralidade – Serviços Prestados (H) com 5 itens.
9. Orientação Familiar (I) com 3 itens.
10. Orientação Comunitária (J) com 4 itens.

O instrumento possibilita, por meio de respostas, segundo a escala de *Likert*, construir escores específicos e gerais sobre a extensão dos atributos. As escalas somatórias de *Likert* compreendem uma série de afirmações relacionadas com o objeto pesquisado. Os respondentes não devem só informar se concordam ou discordam de uma afirmação, mas também qual o grau de concordância e

discordância. A cada célula de resposta é atribuído um número que reflete a direção da atitude do respondente em relação a cada afirmação, (MATTAR, 1999).

Consideram-se como satisfatórios os serviços que atingirem escores maiores ou iguais a 6,6. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens (perguntas). E para transformação de cada atributo, em uma escala de 0 a 10 [ $TA = \frac{\text{escore obtido} - 1}{4} \times 10$ ], em que 4 é o escore máximo e 1, o mínimo). Alguns atributos são formados por subdimensões, como Acesso (Primeiro Contato [A1] e Utilização [A2]) e Integralidade (Serviços Recebidos [I1] e Serviços Disponíveis [I2]). A média entre os escores dos atributos essenciais e o grau de afiliação produz o Escore Essencial da APS ( $EE = \frac{\text{Soma dos Componentes dos Atributos}}{\text{número de componentes}}$ ) e a dos escores dos atributos derivados produz o Escore Derivado da APS (ED). A média de todos esses escores produz o Escore Geral de APS ( $EG = \frac{\text{Componentes dos Atributos Essenciais} + \text{Componentes dos Atributos Derivados}}{\text{número total de componentes}}$ )

### 3.6 METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas referentes aos dados das CACD foram realizadas com seus responsáveis e conduzidas pela pesquisadora. A aplicação dos questionários ocorreu nas ESF e nos locais de trabalho dos profissionais.

O questionário foi preenchido através de entrevista agendada previamente em ambiente privativo, somente após a obtenção do TCLE.

A análise dos dados coletados de pais/responsáveis pelas CACD ocorreu de acordo com as recomendações do instrumento PCATool - Brasil.

O instrumento orienta que, para a análise dos dados, ocorra a inversão dos itens C2, C4, C5 e D10, uma vez que esses itens foram formulados de maneira que quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para APS. Ou seja, estes itens devem ter seus valores invertidos para: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

O instrumento estabelece que, caso, para algum entrevistado, a soma de respostas em branco (respostas 9 que significa “não sei/não lembro”) atingir 50% ou mais do total de itens de um componente (B a J), não é preciso calcular o escore deste componente para este entrevistado. Ficando em branco, no banco de dados, o

escore deste componente. Já se a soma de respostas em branco com respostas 9 (não sei/não lembro) for inferior a 50% do total de itens de um componente, para um entrevistado, era preciso transformar o valor 9 para valor 2 (provavelmente não). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelos pais/responsáveis das CAcD (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

Foram construídas tabelas no software Excel 2016, com o resultado dos escores de qualidade da APS calculado a partir da média dos valores dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do PCATool– Brasil, versão criança. Para obter o escore de qualidade da APS foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do PCATool– Brasil, versão criança. Segundo Starfield (2002), considera-se o valor 6,6 o mínimo para a unidade de saúde ter a presença do atributo essencial e do atributo derivado em seu serviço, conforme a avaliação dos pais/responsáveis das crianças nela atendidas.

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação), dividido pelo número de componentes  $(A + B + C + D + E + F + G + H) / 8$ .

E o escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação), somado aos atributos derivados e dividido pelo número total de componentes  $(A + B + C + D + E + F + G + H + I + J) / 10$  (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

Assim, foram fornecidos parâmetros que permitiram avaliar a qualidade da assistência prestada às CAcD que utilizam os serviços de saúde ofertados na APS do município.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados por unidade de ESF sob a ótica dos três segmentos, além de inseridos os escores de cada um dos atributos e o escore geral (envolvendo atributos essenciais e derivados). Também foi realizada a identificação de itens do questionário que apresentam média inferior a 6,6, no apontamento de quais os aspectos que ainda não apresentam resultado satisfatório para a APS. Além da identificação de itens do questionário que apresentam média igual ou superior a 6,6, a fim de reconhecer quais os aspectos que apresentam resultado satisfatório para a APS.

As análises estatísticas inferenciais serão conduzidas para a análise dos escores obtidos das ESF, a fim de caracterizar as fragilidades e as potencialidades na APS.

QUADRO 7 MAPA CONCEITUAL DA PESQUISA

Atributos	Itens	Somatória escores (tabela Likert, 0-4)	Escores Médios Atributos (EM)	Transformação da Escala (0-10)	Escore Geral da APS
Atributos Essenciais	Grau de Afiliação com Serviço de Saúde – 3 itens	A1+A2+A3	$\frac{A1+A2+A3}{3}$	$\frac{Xa-1.10}{3}$	$\frac{EM A}{10}$
	Acesso de Primeiro Contato – Utilização -3 itens	B1+B2+B3	$\frac{B1+B2+B3}{3}$	$\frac{Xb-1.10}{3}$	$\frac{EM B}{10}$
	Acesso de Primeiro Contato Acessibilidade – 6 itens	C1+....C6	$\frac{C1+....C6}{6}$	$\frac{Xc-1.10}{3}$	$\frac{EM C}{10}$
	Longitudinalidade – 14 itens	D1+....D14	$\frac{D1+....D14}{14}$	$\frac{Xd-1.10}{3}$	$\frac{EM D}{10}$
	Coordenação – Integração de Cuidados – 5 itens	E1+...E5	$\frac{E1+...E5}{5}$	$\frac{Xe-1.10}{3}$	$\frac{EM E}{10}$
	Coordenação – Sistema de Informações – 9 itens	F1...F9	$\frac{F1...F9}{9}$	$\frac{Xf-1.10}{3}$	$\frac{EM F}{10}$
	Integralidade – Serviços Disponíveis – 9 itens	G1+...G9	$\frac{G1+...G9}{9}$	$\frac{Xg-1.10}{3}$	$\frac{EM G}{10}$
	Integralidade – Serviços Prestados – 5 itens	H1+...H5	$\frac{H1+...H5}{5}$	$\frac{Xh-1.10}{3}$	$\frac{EM H}{10}$
Atributos derivados	Orientação Familiar – 3 itens	I1+...H3	$\frac{I1+...H3}{3}$	$\frac{Xi-1.10}{3}$	$\frac{EM I}{10}$
	Orientação Familiar – 4 itens	J1+...J4	$\frac{J1+...J4}{4}$	$\frac{Xj-1.10}{3}$	$\frac{EM J}{10}$

FONTE: Os autores (2016).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa serão apresentados sob forma de artigo.

### 4.1 ARTIGO ACERCA DOS RESULTADOS

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO ESTADO DO PARANÁ

VALUATION OF THE ATTRIBUTES OF PRIMARY CARE IN THE HEALTH CARE OF CHILDREN AND DISABLED ADOLESCENTS IN A MUNICIPALITY OF SMALL STATE OF PARANÁ

### RESUMO

Este artigo apresenta a pesquisa de avaliação da Atenção Primária à Saúde na concepção dos segmentos, usuários, profissionais e gestores das equipes das Estratégias de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do estado do Paraná. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, transversal que utilizou o instrumento de coleta de dados do *Primary Care Assessment Tool*, utilizado como referência pelo Ministério da Saúde do Brasil. O objetivo foi avaliar se os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária estão incorporados às práticas das equipes das Estratégias de Saúde da Família na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com Deficiência motora. O resultado indicou que no atributo acessibilidade, todos os segmentos concordaram que o mesmo não atinge o escore mínimo ideal para a Atenção Primária à Saúde. Ainda se destacam, na avaliação dos usuários, os atributos Coordenação - Integração de Cuidados, Integralidade - Serviços Disponíveis, Integralidade - Serviços Prestados e Orientação Familiar, como satisfatórios, com valores de score  $\geq 6,6$ . E na avaliação dos profissionais, o atributo Coordenação - Integração de Cuidados, não atinge o valor ideal de qualidade, assim como o atributo Orientação Comunitária, na avaliação dos gestores. O estudo

mostra que as práticas atuais das estratégias de saúde não obtiveram o (re)conhecimento dos usuários, nos atributos Longitudinalidade, Coordenação - Sistemas de Informações e Orientação Comunitária, apontando para a necessidade de melhoria dos serviços de saúde para promover uma assistência à saúde de qualidade.

**Palavras-chave:** Avaliação da assistência à saúde. Atenção primária de saúde. Criança e adolescente com deficiência.

### ABSTRACT

This article presents the evaluation research of Primary Health Care conforming to the segments, users, professionals and managers of the Family Health Strategies teams of a small municipality in the state of Paraná. This is a cross-sectional and evaluative research that used the Primary Care Assessment Tool as data collection tool, a reference to the Brazilian Ministry of Health. The objective was to evaluate if the essential and derivatives attributes of Primary Care are incorporated into the practices of the Family Health Strategies teams in the attention to the children and adolescents with motor deficiency health. The results indicated that in the accessibility attribute, all the segments agreed that it did not reach the ideal minimum score for Primary Health Care. The users emphasize the attributes of Coordination - Integration of Care, Integrity - Available Services, Integrity - Services Provided, and Family Orientation, as satisfactory, which achieved score values > 6.6. And according to the professionals, the attribute Coordination - Integration of Care does not reach the ideal value of quality, as well as the attribute Community Orientation, in the evaluation of the managers. The study shows the users do not acknowledge the current practices of health strategies, in the attributes of Longitudinality, Coordination - Information Systems and Community Guidance, which indicates the necessity of improving health services in order to promote a good health care.

**Keywords:** Evaluation of health care. Primary Health Care. Child and adolescent with disability.

## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento às Pessoas com Deficiência (PcD), desde a antiguidade até os dias atuais, tem sua trajetória marcada por preconceitos e lutas em favor do direito à cidadania. No Brasil, a Convenção sobre os Direitos das PcD, promulgada pelo Decreto nº 6.949, em 2009, resultou numa mudança paradigmática das condutas.

Na era moderna, a concepção predominante definia a deficiência como resultado de algum impedimento físico ou mental, presente no corpo ou na mente de determinadas pessoas. Assim, segundo essa visão, a deficiência deveria ser tratada ou cuidada, e a pessoa deveria receber algum tipo de intervenção de profissionais para manejar o problema, e assim se adaptar à maneira como a sociedade é construída e organizada (BRASIL, 2012).

Esta leitura sobre deficiência gerou a construção de todo um sistema pautado em uma visão assistencialista, de caráter paternalista e excludente, essencialmente voltado à correção e ao escamoteamento da deficiência, que pouco valorizava a autonomia e a dignidade das pessoas com deficiência enquanto sujeitos de direitos (BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008).

Havia o entendimento de que a exclusão vivida pelas pessoas com deficiência era provocada pela organização social contemporânea, tornando-a como produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais presentes na sociedade e não culpa daquele que tem a deficiência. Partindo desse paradigma, a deficiência passou a ser vista como uma característica da condição humana, como tantas outras, que têm direito à igualdade de condições e à equiparação de oportunidades, ou seja, todos devem ter garantidos e preservados seus direitos. (GARCIA, 2014).

Esse novo olhar criou a necessidade de mudanças estruturais em relação às políticas públicas voltadas para esse segmento. As medidas caritativas e assistencialistas tiveram que ser revistas e modificadas, para proporcionar o protagonismo às PcD. Os espaços públicos e de uso coletivo não poderiam ser excludentes e a acessibilidade ao meio físico, ao transporte, à comunicação e à informação deve ser provida a fim de garantir que todos, sem exceção, pudessem usufruir de seus direitos.

As pessoas com deficiência não são doentes, mas vivem em situações especiais, de maior vulnerabilidade, em que as políticas públicas e a sociedade

devem oferecer oportunidades de convivência que permitam o livre acesso de todos. O que se busca é a superação dos preconceitos e da discriminação para que se possa alcançar a visibilidade, promover à inclusão, a acessibilidade, a emancipação e a independência dos cidadãos que, diferentes, têm direitos iguais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010a).

Nesse contexto histórico, caracterizado pela regressão das políticas sociais, forte crise econômica mundial, agravamento das condições de vida nos países em desenvolvimento, agravamento do quadro sanitário mundial, ineficiência e alto custo do modelo biomédico, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, antiga União Soviética (OMS, 1978).

Segundo Andrade et al. (2006), em Alma-Ata, afirmou-se que a APS era a chave para alcançar em todo o mundo um futuro previsível com um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Nascia a Atenção Primária em Saúde (APS).

A construção de um sistema público de saúde, que busca responder às demandas da população, é tarefa que exige dedicação de todos os atores envolvidos, profissionais, gestores e a presença imprescindível dos usuários que, nesse esforço, tanto quanto os demais envolvidos no aperfeiçoamento do sistema, têm a função de avaliar/mensurar a sua satisfação ou insatisfação, no atendimento de suas necessidades.

A década de 1980 caracterizou-se por pesquisas avaliativas no setor público de saúde, realizadas principalmente devido ao aumento do consumo e da necessidade de melhorar a eficiência nesse setor. Até 1987, a ênfase era sobre os custos e o controle dos gastos, e depois o enfoque recaiu sobre os resultados, a qualidade e a satisfação das necessidades do consumidor (MENDES, V.L.P., 2003).

Nos anos de 1990, passou a existir uma ampliação nos conceitos de efetividade, resultado e qualidade, sem limitar-se a uma perspectiva clínica biológica, com inclusão das dimensões da subjetividade e historicidade, o que significa pensar também em saúde e qualidade de vida (NOVAES, 1996). Nesta mesma década, aumentou o interesse, no Brasil, por práticas avaliativas na saúde, em virtude da ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais no contexto da Constituição de 1988, caracterizada pela ampliação dos direitos civis dos brasileiros (HARTZ, 2008).

A APS/ESF, como centro de comunicação das redes de atenção, requer profissionais tecnicamente competentes, comprometidos e capazes de organizarem seus processos de trabalho em equipe, de forma que promovam a territorialização, adscrição da clientela, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a integralidade e a resolutividade da atenção (BRASIL, 2012).

As práticas de saúde devem estar centradas nas necessidades do usuário, e não mais em procedimentos e especificidades profissionais. A presença de profissionais com diferentes formações, se articulando e compartilhando ações e desenvolvendo processos interdisciplinares, contribui para a ampliação da capacidade de toda a equipe, facilitando a gestão do cuidado integral ao usuário e a coordenação das RAS (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, o objetivo desta pesquisa foi avaliar se os atributos essenciais (acessibilidade, coordenação e integralidade) e derivados (orientação familiar e comunitária) da atenção primária estão incorporados às práticas das equipes das estratégias de saúde da família na atenção à saúde das Crianças e Adolescentes com deficiência motora, no município de Matinhos, Paraná, Brasil.

## **2 MÉTODO**

A pesquisa desenvolveu-se a partir de um estudo de avaliação, com delineamento transversal, através do instrumento PCATool, em sua versão em português (HARZHEIM et al., 2010).

O cenário da pesquisa foi o município de Matinhos/PR - SMS (Secretaria Municipal de Saúde), nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), tendo como população alvo usuários, profissionais e gestores das ESF.

O município de Matinhos situa-se na região do litoral do Paraná, aproximadamente a 110 km da capital do Estado, Curitiba. Sua população em 2010 era de 29.428 habitantes, distribuídos em 28 bairros e balneários. A APS se efetiva através de 08 equipes de Saúde da Família (eqSF) com 41 agentes comunitários de saúde, 2 equipes de saúde bucal, em um território delimitado por 52 micro áreas, com uma cobertura de 74,41% (SARGSUS, 2015).

Os participantes desta pesquisa foram 19 profissionais das ESF, 03 gestores de saúde e 49 pais e/ou responsáveis por crianças e adolescentes com deficiência motora cadastrados na ESF.

Foram adotados alguns critérios de inclusão: para os pais ou responsáveis da CACD: ser residente no município, a criança/o adolescente com deficiência possuir idade entre  $\geq 6$  e  $\leq 14$  anos na data da entrevista e ser usuário de um dos programas/ações da ESF em sua área de abrangência. Aos profissionais de saúde: ser profissional de nível superior, da área da saúde, da equipe da ESF. E para os gestores: ser da coordenação geral das ESFs e da coordenação e/ou direção geral da SMS.

Como critério de exclusão estabeleceu-se as CACD cujos responsáveis se recusassem a participar da pesquisa. Para os demais entrevistados, aqueles que se recusassem a participar da pesquisa, ou que estivessem em período de férias, ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e submissão e aprovação do comitê de ética da Universidade Federal do Paraná, parecer nº 1.759.959.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais pré-agendadas, após o esclarecimento e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, durante os meses de novembro e dezembro de 2016. O PCATool, versão criança, foi aplicado em 49 pais/mães e/ou responsáveis de CACD, já o PCATool, versão profissionais, foi aplicado em 19 profissionais e 03 gestores.

Os dados relativos coletados foram organizados através do programa *Microsoft Office Excel 2016*, num banco de dados, com os atributos do questionário PCATool utilizado para cada segmento de entrevistados: PCATool – Crianças para pais/mães e/ou responsáveis pelas CACD; PCATool – profissionais, para profissionais e gestores.

A construção do banco de dados se deu a partir dos valores de cada atributo e das respostas estruturadas, seguindo uma escala Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada atributo foram: “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). Para se obter o escore de qualidade da APS, especificamente para cada atributo, foi calculada a média dos valores dos itens daquele atributo. Na sequência, foram calculados os escores essencial e derivado. Após esta consolidação dos dados relativos de cada atributo, os valores foram transformados em escala contínua, de zero a dez. Os

valores de escores  $\geq 6,6$  foram considerados satisfatórios, dentro dos padrões mínimos, ou escore elevado, enquanto os escores  $< 6,6$  foram considerados insatisfatórios, abaixo dos padrões mínimos, ou escore baixo (BRASIL, 2010).

O estudo se deu a partir do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PrimaryCare Assessment Tool*) nas versões Criança e Profissionais, já validado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que apresenta os atributos essenciais e derivados, dos serviços da APS.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi desenvolvido a partir da participação dos três segmentos: usuários, profissionais e gestores das Estratégias de Saúde da Família, resultando, portanto, em três constructos principais dos resultados.

TABELA 1 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES MÍNIMOS (EM), MÁXIMOS (EM), MÉDIAS (M) E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÕES (DP). ATRIBUTOS ESSENCIAIS. PESQUISA CACD – PCATool. MATINHOS, 2016.

Atributos	Cuidadores de CcD				Profissionais				Gestores				
	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp	
Grau de Afiliação c/ Serviços de Saúde	3,3	10	7,1	2,2									
Acesso de Primeiro Contato/Utilização	5,5	10	8,8	1,2									
Atributos Essenciais	Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade	0,6	2,8	1,4	0,9	3,7	6	5,1	2,2	3,3	6,7	5,6	1,6
	Longitudinalidade	4,6	6,97	5,9	1	5,6	9,2	6,8	1,2	6,4	9	8	1,1
	Coordenação - Integração de Cuidados	1,1	10	7,4	2,5	3,3	8,3	6,1	1,4	5	7,8	6,9	1,3
	Coordenação - Sistemas de Informações	2,2	5,6	3,9	1,1	7,8	10	8,4	1,4	5,6	10	7,4	1,9
	Integralidade - Serviços Disponíveis	7,4	8,5	8,3	1,5	6,8	9,2	7,3	0,9	5,6	10	8,2	1,9
	Integralidade - Serviços Prestados	8	10	9,6	1,4	7,6	10	6,9	2,1	5,3	10	8,3	2,1

FONTE: Os autores (2017).

#### 3.1. ANÁLISE DOS RESULTADOS – ATRIBUTOS ESSENCIAIS

Na primeira análise, de simples comparação dos escores das avaliações, entre os três grupos de entrevistados e o valor de referência dos escores

evidenciam-se que o Grau de Afiliação com o Serviço de Saúde não se constitui num atributo propriamente, é o item onde o usuário busca identificar o serviço ou os profissionais de saúde que servem como referência para os cuidados da criança ao responder as perguntas:

A1- Há um profissional/serviço de saúde onde você geralmente procura quando a criança fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

A2- Há um profissional/serviço de saúde que conhece melhor a criança?

A3- Há um profissional/serviço de saúde que é mais responsável pelo atendimento de saúde da criança?

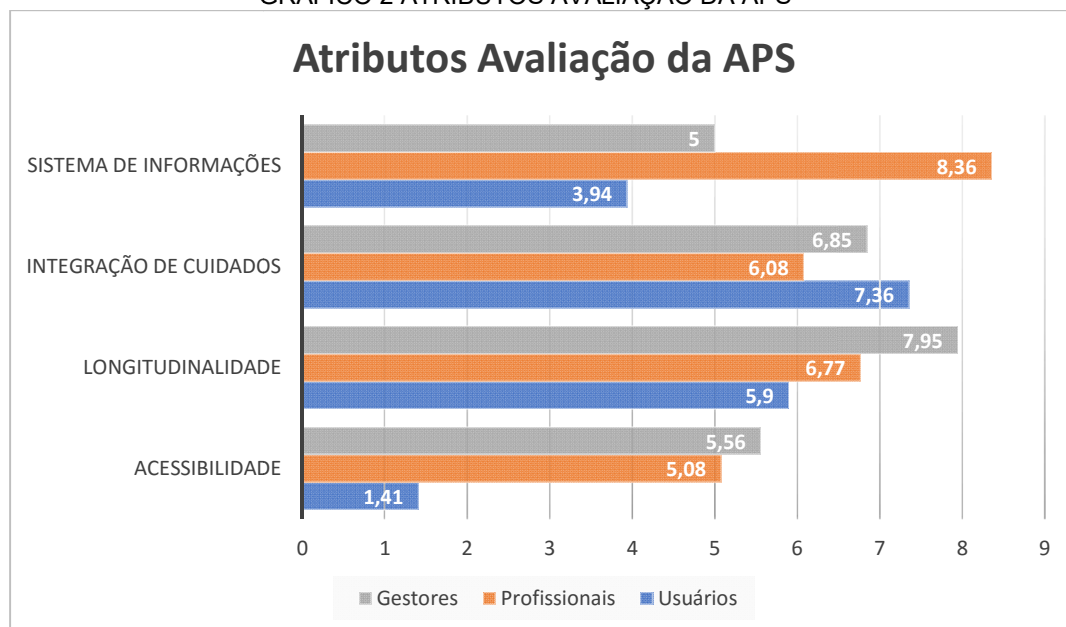
As tabulações referentes a este item apresentam um escore acima do escore referencial (>6,6), evidenciando uma adesão alta na APS, embora o município não tenha a Política para Pessoas com Deficiência, indicando que os participantes usuários têm na ESF um local no qual depositam confiança e responsabilidade pelo cuidado de saúde da criança/do adolescente com deficiência.

Acerca do atributo Acesso de Primeiro Contato/Utilização, como todos os usuários tinham como pré-requisito estar cadastrado em uma ESF, este atributo com escore “8,8” demonstra que os usuários procuram a unidade de saúde e que têm recebido algum tipo de atenção. Outras pesquisas, do interior de São Paulo (FURTADO, et al., 2013) e em Minas Gerais (SILVA, et al., 2013), avaliaram o acesso como adequado. Por outro lado, em estudo realizado em Ribeirão Claro – SP (PEREIRA, et al., 2011), foi verificado que o acesso foi considerado muito ruim por 100% das usuárias da ESF. E na percepção das cuidadoras, em estudo realizado em Montes Claros (LEÃO, et al., 2011), foi observado que neste atributo “primeiro contato” os escores foram muito baixos.

O acesso consiste na oportunidade de utilização dos serviços de saúde quando necessário e sua distribuição geográfica (STARFIELD, 2004), demonstrando que os usuários, além de cadastrados, buscam a ESF para resolver as situações em que as crianças necessitam de cuidados e/ou orientação para eventos inesperados.

O gráfico 2 apresenta a avaliação dos atributos essenciais, na visão dos três segmentos de atores envolvidos no SUS:

GRÁFICO 2 ATRIBUTOS AVALIAÇÃO DA APS



FONTE: Os autores (2017).

Na análise do atributo Acesso de Primeiro Contato/Acessibilidade, este atributo mostrou a maior fragilidade das ESF analisadas, onde todos os entrevistados avaliaram abaixo do valor de referência: usuário (1,41), profissionais (5,08) e gestores (5,56). Estes resultados apontam um problema nos serviços de saúde, uma vez que esse atributo consiste não apenas no acesso/chegada dos usuários ao serviço, mas também reflete vários pontos relacionados ao acolhimento e à humanização da atenção ofertada. A acessibilidade é tida como adequação entre oferta e demanda de serviços e inclui disponibilidade, comodidade ou demora em obter consulta, inadequação dos horários e tipos de agendamento, tempo de espera na consulta e demais procedimentos (STARFIELD, 2004). Este atributo se refere, essencialmente, ao agendamento e ao atendimento realizado na ESF, ou seja, pela análise dos dados, a unidade está funcionando por demanda, onde o usuário, a cada evento/agravo, deve se submeter ao processo de entrada no sistema.

Em São Luís/MA, a acessibilidade foi a dimensão mais bem avaliada pelos usuários e o não funcionamento das unidades após as 18 horas e finais de semana foram as principais dificuldades descritas (REIS et al., 2013). Também, um estudo no Centro-Oeste do Brasil refere insatisfação dos usuários com o atendimento (STRALEN et al., 2008) e, em todos os municípios pesquisados no Nordeste

brasileiro, foram observadas dificuldades para se conseguir consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para média e alta complexidade da atenção, além de longos tempos de espera, demora no recebimento dos exames, entre outros (ROCHA, et al., 2008). Em um estudo do Sul do Brasil, a acessibilidade foi a mais bem avaliada, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários (BENAZZI, et al., 2010). O acolhimento é peça essencial na acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde, uma das principais ferramentas para a humanização no atendimento dos usuários.

O atributo Longitudinalidade, na avaliação dos usuários, também teve escore de avaliação abaixo do valor de referência (5,9). Destaca-se que os profissionais e gestores apresentam escores “6,77” e “7,95”, respectivamente, na avaliação do usuário.

Este atributo, de acordo com Starfield (2002, 2004), pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Sendo este atributo relativo ao vínculo da população com sua fonte de atenção. Evidenciam-se os fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre população e profissionais de saúde. Está relacionado ao reconhecimento da responsabilidade do serviço e/ou profissionais pelo acompanhamento da criança/adolescente, sendo que, quanto maior o escore, maior é o reconhecimento.

Para Chomatas et al. (2013), esse atributo revela a capacidade dos profissionais em reconhecer melhor sua população eletiva. O trabalho de Macinko, Almeida e Oliveira (2003) evidenciou que o vínculo mais claro com o cliente e a ESF se deve, em parte, ao arranjo organizacional que garante um maior tempo de consulta, que possibilita esclarecer dúvidas e conversar mais com os profissionais. Este momento da consulta/atendimento não foi reconhecido pelo usuário como o necessário para esclarecer suas dúvidas e/ou não se sentiu contemplado, a julgar pelo resultado da avaliação.

Na análise do atributo Coordenação–Integração de Cuidados, fica evidente a importância de um instrumento de avaliação; enquanto, na avaliação dos profissionais, o resultado é 6,08, a avaliação dos gestores é de 7,78 e dos usuários é de 7,36.

A coordenação do cuidado é definida como a articulação entre os diversos serviços que constituem a rede de atenção à saúde, voltada para a melhor atenção do usuário (LUPPI et al., 2011).

Pesquisa em Montes Claros/MG mostrou que a dimensão referente à coordenação e à integração de cuidados obteve valor próximo do ideal para as equipes das ESF e também em outros serviços (LEÃO et al., 2011). Ainda uma pesquisa com usuários, no município de São Paulo/SP, encontrou boa avaliação nessa coordenação (GIOVANELLA et al., 2002). Em Ribeirão Preto/ SP, verificou-se que a coordenação dos cuidados foi classificada como “ruim” por 75% dos usuários (PEREIRA et al., 2011). Os profissionais, em sua avaliação, não reconhecem a existência de uma rede de atenção ( $M = 6,1$  e  $Dp = 1,4$ ), embora na avaliação dos gestores ( $M = 6,9$  e  $Dp = 1,3$ ) e dos usuários ( $M = 7,4$  e  $Dp = 2,5$ ) este escore varie de 5,6 a 8,2 para os gestores e 4,9 a 9,9 para os usuários.

Em relação à Coordenação - Sistemas de Informações, este atributo aborda principalmente o conhecimento da ESF sobre os encaminhamentos de consultas nos níveis de maior complexidade. A avaliação dos usuários (3,94) mais uma vez corrobora a insatisfação do não atendimento de suas necessidades. Por sua vez, os profissionais e gestores avaliaram 8,36 e 7,41, respectivamente.

Ademais, os principais nós críticos sobre referência e contrarreferência, em duas regiões do Rio de Janeiro, encontraram como resposta que nunca ou quase nunca ocorre a contrarreferência dos pacientes encaminhados ao nível secundário (SERRA e RODRIGUES, 2010). Estudo de Vitoria et al. (2013), realizado em um município de grande porte em Santa Catarina, também cita a adequação do sistema de contrarreferência como uma das questões a serem aperfeiçoadas na estrutura do sistema de saúde.

Este atributo mostra que gestores e profissionais, segmentos onde existe confiabilidade nas respostas, não correspondem às expectativas dos usuários.

No tocante ao atributo Integralidade - Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, estes componentes foram avaliados positivamente por todos os segmentos. A Integralidade avalia a organização da APS, numa perspectiva de diálogo, entre os diversos atores (profissionais, usuários) e entre os diferentes modos de perceber as necessidades de serviço de saúde (PINHEIRO, 2001). Os atributos de integralidade também foram bem avaliados e alcançaram escore  $\geq 6,6$  para os serviços em Montes Claros/MG (LEÃO et al., 2011).

### 3.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS – ATRIBUTOS DERIVADOS

TABELA 2 - Estatística descritiva dos escores mínimos (Em), máximos (EM), médias (M) e respectivos desvios padrões (Dp). Atributos Derivados - Pesquisa CACD – PCATool. Matinhos, 2016.

Atributos	Cuidadores de CcD				Profissionais				Gestores			
	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp
Orientação Familiar	5,6	6,7	7,5	1,5	8,9	10	7,8	1,7	7,8	10	9,3	1,1
Orientação Comunitária	0,8	2,5	2,1	1,1	6,7	8,9	6,8	1,2	5,6	7,8	6,5	0,9

FONTE: Os autores (2017).

O atributo Orientação Familiar focaliza a família. O contexto familiar é considerado o foco prioritário no diagnóstico e no planejamento da situação e no processo decisório das condutas a serem adotadas. Este é o terceiro atributo bem avaliado por todos os segmentos de entrevistados: usuários (7,47), profissionais (7,83) e gestores (9,26).

Resultados discretos (para o atributo Orientação Familiar) foram encontrados em outras avaliações realizadas em Colombo (OLIVEIRA, 2012) e em um município da Bahia (BRAZ, 2012).

No que concerne à Orientação Comunitária, este é o segundo atributo avaliado negativamente pelos usuários (2,06). Mas na avaliação dos gestores (6,48), apesar da discrepância dos resultados, também não foi atingido o escore mínimo. Este atributo considera a comunidade como protagonista para reconhecimento de suas necessidades e as decisões sobre que condutas tomar para melhorar suas condições de saúde. E implica, por parte da ESF, no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser identificado e reconhecido no atendimento às demandas da comunidade.

Este atributo, Orientação Comunitária, recebeu avaliação positiva em outros estudos (MACINKO, ALMEIDA e SÁ, 2007). E, em outra avaliação, (nos estudos de Ibañez (2006), Elias (2006)) foi considerada de baixo escore.

### 3.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS – ESCORES ESSENCIAL E GERAL

TABELA 3 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ESCORES MÍNIMOS (EM), MÁXIMOS (EM), MÉDIAS (M) E RESPECTIVOS DESVIOS PADRÕES (DP). ESCORES - PESQUISA CACD – PCATOOL. MATINHOS, 2016.

Atributos	Cuidadores de CcD				Profissionais				Gestores			
	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp	Em	EM	M	Dp
Escore Essencial de APS	5,2	7,4	6,4	0,8	5,1	8,3	6,7	1	5,6	8,3	7,4	0,9

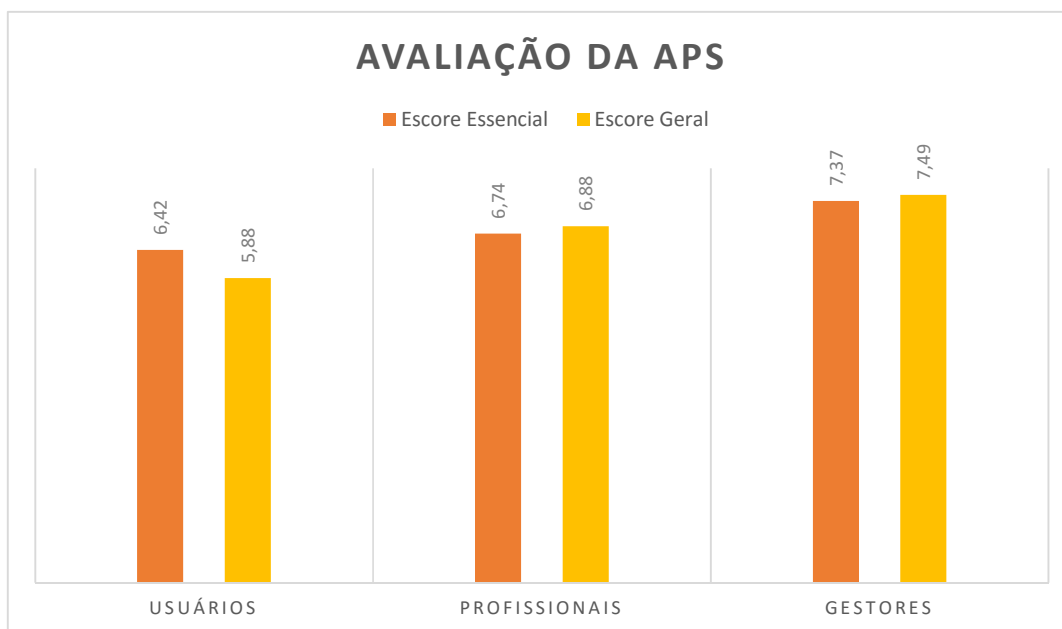
Escore Geral de APS

5,1 6,5 5,9 0,8 5,1 8,3 6,9 0,9 5,6 9,3 7,5 1,1

FONTE: Os autores (2017).

Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços de APS. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade, ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos, ele se torna capaz de prover atenção integral para a sua comunidade adscrita. O Escore Essencial e o Geral ficaram muito baixos, 6,4 e 5,9, respectivamente (Gráfico 3).

GRÁFICO 3 AVALIAÇÃO DA APS



FONTE: Os autores (2017).

O Escore Geral é composto pela média dos escores de todos os atributos mais o Grau de Filiação. Ambos obtiveram valores médios, baixos, assim como em outros estudos: (HARZHEIM, E., 2004); (FERRAZ, D.S., 2009); (BRAZ, J. C., 2012).

Paralelamente ao aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), evidencia-se, nacional e

internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2001).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa, ao avaliar os atributos da APS na prestação de serviços às Crianças e Adolescentes com Deficiência, cadastrados na ESF, identificou a insatisfação dos usuários nos atributos essenciais: acessibilidade, longitudinalidade, coordenação – sistemas de informações e no atributo derivado: orientação comunitária. Ainda, apontou que os profissionais consideraram como de qualidade inaceitável os atributos essenciais: acessibilidade e coordenação – integração de cuidados. E revelou o reconhecimento dos gestores sobre a fragilidade no atributo essencial: acessibilidade e no atributo derivado: orientação comunitária.

Entretanto, em relação aos atributos essenciais: integralidade - serviços disponíveis, integralidade - serviços prestados, e o atributo derivado: orientação familiar, os três segmentos, usuários, profissionais e gestores, foram avaliados como satisfatórios, com valores de escore  $\geq 6,6$ .

Pode-se concluir que a equipe da estratégia conhece a criança e o adolescente deficiente, identifica seus problemas de saúde e desenvolve ações de saúde que respondem as suas necessidades, fazendo a articulação entre os diversos serviços que constituem a rede de atenção, independentemente do local onde o atendimento seja realizado. Esse dado traz a reflexão de que após transpor a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, o usuário avalia de forma positiva os serviços de saúde e estão satisfeitos com o que é ofertado a eles, embora avalie que muitos atributos precisam ser melhorados. A pesquisa evidencia também que a prática da atenção à saúde, realizada nas ESF, continua segmentada, individualizada, com o usuário buscando a unidade que atende por demanda de serviços/necessidades dos usuários, com pouca atuação na comunidade.

É preciso destacar como limitação desta pesquisa que os resultados são restritos a um único município. Todavia, a lacuna existente de estudos sobre o tema e a participação dos usuários na avaliação dos serviços apontam para a relevância de avaliações similares.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.** Brasília: DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

AMADEU, M.S. U. et al. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT.** Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. **Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário.** Ciênc Saúde Coletiva, 2006.

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. **Avaliação da inserção da odontologia no Programa de Saúde da Família de Pompéu/MG: a satisfação do usuário.** Ciênc. Saúde Coletiva, 2006.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco.** 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARANHA, M.S.F. **Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica.** Temas em Psicologia, nº 2, Rio de Janeiro, 1979.

BARCELLOS, C.C. **Elos entre Geografia e epidemiologia.** Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia, D.& Ribeiro, A. Cadernos de Saúde Pública. 2000.

BARCELLOS, C.C. et al. **Informe epidemiológico do SUS,** 2002.

BENAZZI, L. E. B., FIGUEIREDO, A. C. L., BASSANI, D. G. Avaliação do usuário sobre o atendimento oftalmológico oferecido pelo SUS em um centro urbano no sul do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.15, n.3, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011b. **Diário Oficial da União** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004a. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_identificacao.>](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_identificacao.>) Acesso em: 14 de dezembro de 2016.

BRASIL. Decreto nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007b. Institui o Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 6.12.2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em 03 de março de 2016.

BRASIL. Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

BRASIL. Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009b. **Diário Oficial da União**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 13ª ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série legislação; n. 175). Atualizada em 19/3/2015. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%208.069-1990?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.069-1990?OpenDocument)>. Acesso em 05 de dezembro de 2015.

BRASIL. **Legislação brasileira sobre pessoas com deficiência**. 7ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.

BRASIL. Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011c. Altera a Lei n.8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm)>. Acesso em: 04 de setembro de 2015.

BRASIL. Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viwl>

BRASIL. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PrimaryCare Assessment Tool – PCATool – Brasil. Versão Final e validada. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2014. **Relatório de Gestão do SUS**. SargSUS. SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 04 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2015c. **Relatório de Gestão do SUS**. SargSUS. SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 04 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência**. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2009a. Disponível em:

<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/Forms/Ord%20Alfabtica%20Nome.aspx>. Acesso em 13 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromisso para a saúde integral e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 980, 21 de dezembro de 1989. Define objetivos, diretrizes e estratégias para o programa saúde do adolescente - PROSAD (ementa elaborada pelo CD/MS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de dezembro de 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM. 835, de 25 de abril de 2012d. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)>. Acesso em 05 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM.1654, de 02 de outubro de 2015b. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, de 05 de outubro de 2015. Seção 1, p. 668.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.130, de 05 de agosto de 2015a. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em 05 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012a. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. 2011a out. 21; Seção 1. p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de serviços de saúde**: edição 2004-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)>. Acesso em 03 de dezembro de 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: PrimaryCare Assessment Tool - PCATool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 421, de 3 de março de 2010c. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília; 2010. **Diário Oficial da**

**União.** Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_interministerial\\_n\\_421.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf)>. Acesso em 03 de dezembro de 2015.

BRASIL. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012- Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2012.

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

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência Da República – SDH/PR. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Brasília 2012c. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/cartilha-do-censo-2010-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em setembro de 2015.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A inclusão social da pessoa com deficiência no Brasil - Como Multiplicar este Direito / Coordenação Instituto Paradigma: Priscila Cardoso e Danilo Namó** – São Paulo: Instituto Paradigma, 2008. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008a.

BRAZ, J. C. **Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012. 86p.

BREINBAUER C., MADDALENO M. **Jovenes: opciones y câmbios: Promocion de condutas saludables em los adolescentes**. Washington D.C.: OPAS/OMS; 2008. Disponível em [http://publications.paho.org/spanish/PC+594+cap\\_7.pdf](http://publications.paho.org/spanish/PC+594+cap_7.pdf). Acesso em 20 de novembro de 2016.

BURSZTYN I, RIBEIRO J. M. **Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa Saúde do Adolescente**. Cad. Saúde Pública. 2005.

BUSSACRO. A. C. **A aplicação das ações afirmativas no cotidiano das pessoas com deficiência: educação, trabalho e participação política**. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/27549/a-aplicacao-das-acoes-afirmativas-no-cotidiano-das-pessoas-com-deficiencia-educacao-trabalho-e-participacao-politica>>. Acesso em 05 de junho de 2016.

CANGUILHEM, Georges. Do social ao vital. In: **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p.209-229.

CARNEIRO JUNIOR, SILVEIRA, C. Organização das Práticas de Atenção Primária em Saúde no Contexto dos Processos de Exclusão/Inclusão Social. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19. n.6, p.1829-1835, 2003.

CASTRO, J. de. **Geografia da Fome – Dilema brasileiro: pão ou aço.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHOMATAS, E. R. V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

CHOMATAS, E., VIGO, A., MARTY, I., HAUSER, L., HARZHEIM, E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Rev. BrasMedFam Comunidade.** 2013.

COLLINS, C.; ARAÚJO, J.; BARBOSA, J. Decentralisingthehealth sector: issues in Brazil. **Health Policy**, v.52, n. 2, p.113.

CONILL E. M., FAUSTO M. C. R., GIOVANELLA L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil** 2010; 10(Supl. 1):15-27.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CORRÊA R. L. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: **Geografia: Conceitos e Temas** (I. E. Castro & P. C. G. Costa). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.p.15-48.

CORRÊA, M. A. M. **Educação Especial.** Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2005. V.1.

CUTOLO, L. R. A.; VERDI, M.; ROS, M. A. da. **Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família.** 2011. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Universidade Aberta do SUS (UNASUS) & Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Acesso em 14 de dezembro de 2016.(Estatuto da Pessoa com Deficiência).

DONABEDIAN, A. **Evaluating the Quality of Medical Care.** Milbank Mem. Fund. Q. Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A.; "The Seven Pillars of Quality", in **Arch. Pathol. Lab. Med.**

DONABEDIAN, A.; **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: University Press, 2002.

DONABEDIAN, A.; **Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde.** Rio de Janeiro:Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, A.; **The Quality of Care: How Can It Be Assessed?** JAMA 1988.

DONABEDIAN, A.; **The Quality of Medical Care.**Science 200, 1978.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2006.

ELIAS, P.E., FERREIRA, C. W., ALVES, M. C. G., COHN, A., KISHIMA, V., E. J.Á et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2006 Sep [cited 2013 Sep 19];11(13):633-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30979.pdf>.>

FERNANDES, L. SCHLESENER, A. MOSQUERA, C. Breve histórico da deficiência e seus paradigmas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba v.2, 2011,p.132-144.

FERRAZ, D. S., NEMES, M. **Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica:** um estado de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/06.pdf>].

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Edição eletrônica. Curitiba: Positivo, 2009. fevereiro. 2016.

FICHER, A. **A dimensão espacial do aménagement do território** – o exemplo francês. In: RA´EGA, Curitiba: Editora UFPR, n. 7, 2003, p. 9-17.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia Serv. Saúde**. 2013, vol. 22, n.1.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2008.

FLEXNER, A. **Medical Education in United States and Canada:** Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching. Merrymount Press, New York, 1940.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. **O trabalho da pessoa com deficiência e a lapidação dos direitos humanos:** o direito do trabalho, uma ação afirmativa. São Paulo: LTr, 2006.

FURTADO, M. C. C., BRAZ, J. C., MELLO, D. F., LIMA, R. A. G. Assessing of the children under one year old in Primary Health Care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013.

GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. **Saúde em Debate**. Vol. 29, nº 71, 2005,p. 326-37.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003,p. 521-535.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L. O complexo econômico industrial da saúde e o desenvolvimento nacional. **Rev Princípios Teoria Pol Inform.**, vol. 114, p. 10-15, 2011.

GALLO, E. Desenvolvimento sustentável e saúde: qual é a relação? Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/materia/detalhe/31455>>. Acesso em 10 de junho de 2016.

GAMA, G.C. N. **Direito Civil**. Parte Geral. São Paulo: Atlas, 2006.

GARCIA, V.G. Panorama da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 165-187, jan./abr. 2014.

GIOVANELLA, L., LOBATO, L. U. C., CARVALHO, A., CONILL, E. M., CURIHA, M. E. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**. 2002.

GODELIER, M. **L'idéal et le materiel**. Paris: Fayard. 1984.

HABICHT J. P., VICTORA C.G., VAUGHAN J.P. **Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact**. Int J Epidemiol, 1998.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**: do 'fim dos territórios' à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004,

HALAL, I.S. et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 1994.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARZHEIM E., STARFIELD B., RAJMIL L., ÁLVAREZ-DARDET C., STEIN A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, 2006.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Salud de la Familia en la región sur de Porto Alegre, Brasil** [tese]. Alicante: Universidad de Alicante, 2004.

HARZHEIM, E., STARFIELD, B., RAJMIL, L., ÁLVAREZ-DARDET, C., STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **CadSaúde Pública**, 2006.

HULEY, S.B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.S. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBAÑEZ, N., ROCHA, J. S. Y., CASTRO, P. C., RIBEIRO, M. C. S. A., FORSTER, A. C., NOVAES, M. H. D. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlg=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlg=pt)>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Censo Demográfico de 2010**. Resultados da Amostra. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_resultados\\_amostr\\_a.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_amostr_a.shtm)>. Acesso em 15 de abril de 2015.

KESSLER, M. et al. **Longitudinality Assessment in Primary Health Care Services: a cross-sectional study**. Online braz j nurs [internet] 2015 Nov [cited year month day]; 14 (suppl.):352-4. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5222>>. Acesso em 04 de novembro de 2015.

KOGA, D. **Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos**: São Paulo: Cortez. 2003.

LALONDE, M., **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em 03 de março de 2016.

LE BLANC, **Guillaume. Canguilhem et lesnormes**. Paris: PUF, 1998.

LEÃO, C. D. A., CALDEIRA, A. P., OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. bras. Saúde Matern Infant**. 2011.

LIMA, A. C. S.; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município de Recife, PE, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, maio, 2010

LIMA-COSTA M. F., TURCI M. A., MACINKO J. Estratégia Saúde da Família em comparação com outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2013.

MACINKO, J., ALMEIDA, C., OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de metodologia. **Saúde Debate**. 2003.

MACINKO, J., ALMEIDA, C., SÁ, P. K. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. **Health policy and planning** [Internet]. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400576>>.

MARMOT M. Social determinants of health inequalities. **Rev.Lancet**. 2005;

MATINHOS. Prefeitura Municipal. 2016. **Relatório de ações Programa Saúde na Escola 2º Quadrimestre de 2016**. Secretaria Municipal de Saúde.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MAY, J.M. **Medical Geography: Its Methods and objectives**. The Geographical Review, 1950.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, V.L.F. **Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS**. Secretaria de Direitos Humanos. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/importacao/2012/04/30-abr-2012-governo-publica-portaria-que-cria-rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia-no-sus>>. Acesso em 20 de maio de 2016.

MENDES, V.L.P.S. Avaliação dos serviços de saúde por usuários: questão de cidadania. **Rev. Baiana Enfermagem**, 2003.

MENDONÇA, M. H. O desafio da política de atendimento à infância e adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad. Saúde Pública**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13798.pdf>. Acesso em 04 de novembro de 2016.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETANA. Informe **Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964. [Publicación científica nº 93]. Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B6q96ZZCFxnXN2RMMnJwam5qbW8/edit>>. Acesso em 02 de junho de 2016.

MONKEN, M., BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n. 3, p.898-906. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-11X2005000300024>>. Acesso em 08 de maio de 2015.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev, Saúde Pública**. 2000.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, 1996.

OLIVEIRA, F. M.G.S. Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual: Diferentes Olhares. In **Mensagem da APAE** (Textos Técnicos). Federação Nacional das Apaes (Fenapaes). Ano 40 – nº 95. Brasília/DF-FENAPAEs, 1997. Fevereiro de 2008.

OLIVEIRA, V. B.C. A. de; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. **RevEscEnferm USP**. Jan-Fev/2015.

OLIVIERA, V. B. C. A. **Avaliação da atenção primária à Saúde da criança no município de Colombo** – Paraná. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012. 124 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**: Nosso futuro comum, 1987. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/N8718467.pdf>>. Acesso em 04 de maio de 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**, 2001. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/fisca\\_trab/2-5-convencao-interamericana-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contras-as-pessoas-portadoras-de-deficiencia.htm](http://portal.mte.gov.br/fisca_trab/2-5-convencao-interamericana-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contras-as-pessoas-portadoras-de-deficiencia.htm)>. Acesso em 06 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde do Paraná 2012-2015**. Curitiba, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Resolução nº 144/2016 de 28/04/2016**. Curitiba, 2016.

PECQUEUR, Bernard. A guinada territorial da economia global. Eisforia: desenvolvimento territorial sustentável: conceitos, experiências e desafios teórico-metodológicos. Florianópolis: **PPGAGR**, v. 4, n. especial, dez. 2006.

PEREIRA, M. J. B., MISHIMA, S. M., BAVA, M. C. G., SANTOS, J. S., MATUMOTO, S., FORTUNA, C.M. et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. In: **XXIIème Congrès de l' ALASS**. 2011 [acesso 18 set 2013]; Lausanne. Anais. Lausanne: CALASS, ALASS; 2011. p. 1-10. Disponível

em: <[http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion\\_V/sesion27/02-09\\_sesion27\\_2-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf)./ <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>>.

PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos**. RJ - IMS-VERJ-ABRASCO, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C.T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REIS, E.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, jan/mar, 1990.

REIS, R. S., COIMBRA, L. C., SILVA, A. A. M., SANTOS, A. M., ALVES, MTSSB, L. A. M. Y. Z. C. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, M. L., PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**. 2008.

ROSÁRIO, S. S. D.; FERNANDES, A. P. N. L.; BATISTA, F. W. B; MONTEIRO, A. I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, 2013.

SALA, A., LUPPI, C. G., SIMÕES, O., MARSIGLIA, R. G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade** [Internet]. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>>.

SANTOS, M. "O retorno do território". In: **Território, Globalização e Fragmentação** (M. Santos; M. A. A. Souza & M. L. Silveira, org.), São Paulo: Hucitec, 1994.

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, A. Why and how is health a human right? Comment. Rev. The Lancet.  
SERRA, C. G., RODRIGUES, P. H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Colet**. 2010.

SHI, L.; STARFIELD, B.; JIAHONG, X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice, Parsippany**, v. 50, n. 2, p. 161-175. 2001. Disponível em: <<http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2157>>. Acesso em 03 de setembro de 2016.

SILVA, C. S. O, FONSECA, A. D. G., SOUZA, L. P. S., SIQUEIRA, L. G., BELASCO, A. G. S., BARBASOS, D. A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciênc.SaúdeColetiva**. 2013.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2ª ed. Campinas: Saberes Editora, 2013a.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2ª ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013b.

STARFIELD B., SHI, L. **Manual for the primary care assessment tools**. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009. Acesso em 12 de maio de 2016. Disponível em: <[http://www.jhsph.edu/research/centersand-institutes/johns-hopkins-primary-care-policycenter/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centersand-institutes/johns-hopkins-primary-care-policycenter/pca_tools.html)>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde. UNESCO. Brasília, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B. Contribution of primary care to health systems and health. New York: **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 2005. vol. 83, 3, p. 457-502.

STARFIELD, B. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PrimaryCare Assessment Tool – PCATool – Brasil**. Versão Final e validada. 2010.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. UK: Oxford University Press, 1998.

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.

STRALEN, C. J. V., BELISÁRIO, S. A., STRALEN, T. B. S. V., MASSOTE, A. W., OLIVIERA, C. L. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2008.

TANCREDI, F. B. et al. **Planejamento em saúde. São Paulo**: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.2).

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública**. 2015, vol.31, n. 9, p. 1941-1952. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132114>>. Acesso em 04 de fevereiro de 2016.

VICTORA, Cesar G. et al. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. The Lancet. London, p.32-46, maio. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960138-4/abstract>>. Acesso em 27 de setembro de 2015.



<b>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b> <b>PCATool - Brasil versão Criança</b> <b>B - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO</b> <i>Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembra
B1 - Quando sua criança necessita de uma consulta de revisão ("consulta de rotina"), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
B2 - Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
B3 - Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**D - LONGITUDINALIDADE**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D9 - O (a) "médico/enfermeiro" sabe a respeito de todos medicamentos que sua criança está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10 - O "médico/enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11 - Você mudaria do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**E - COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

E1 - Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

- Sim  
 Não (Passe para a questão F1)  
 Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

*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
E2 - O (a) "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" sugeriu / indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E3 - O (a) "médico/enfermeiro" da sua criança sabe que ela fez esta consulta com este especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E4 - O "médico/enfermeiro" de sua criança ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E5 - Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu "médico/enfermeiro" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
E6 - O seu "médico/enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado a sua criança no especialista ou serviço especializado?"	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança

F - COORDENAÇÃO - SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1. Quando você leva sua criança no "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro" você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender "registro": fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Quando você leva sua criança no (a) "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro", o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Você poderia ler (consultar) o prontuário/ficha de sua criança se quisesse no "nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**G - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G1 - Vacinas (imunizações).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2 - Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4 - Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7 - Sutura de um corte que necessite de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G9 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para envergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
PCATool - Brasil versão Criança

**H - INTEGRALIDADE - SERVIÇOS PRESTADOS**

*Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.*

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

Em consultas ao "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 - Orientações para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2 - Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H3 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi ...	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento de sua criança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5 - Maneiras para manter sua criança segura, como: Evitar tombos de altura ou manter as crianças afastadas do fogão.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança**

**I - ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

*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
I1 - Você acha que o (a) "médico/enfermeiro" conhece a sua família bastante bem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2 - O/a "médico/enfermeiro" sabe quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3 - O/a "médico/enfermeiro" sabe sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I4 - O "médico/enfermeiro" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que sua criança precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I5 - O seu/ sua "médico/enfermeiro" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I6 - O seu "médico/enfermeiro" já lhe perguntou sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool - Brasil versão Criança

J - ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
J1 - Alguém do "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" realiza alguma destas?</b>					
J3 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
J4 - Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/ Conselho de Usuários)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
A1 - Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
A3 - Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
A4 - Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
A5 - Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
A7 - Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2 - Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3 - Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B4 - Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B5 - Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B6 - Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B7 - Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B8 - Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B9 - Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B10 - Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B11 - Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B12 - Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B13 - Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2 - Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3 - Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4 - Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5 - Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6 - Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2 - Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3 - Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2 - Imunizações.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3 - Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4 - Avaliação da saúde bucal.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5 - Tratamento dentário.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6 - Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7 - Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8 - Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9 - Sutura de um corte que necessita de pontos.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10 - Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13 - Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PC ATool - 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E15 - Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E16 - Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E17 - Cuidados pré-natais.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E18 - Remoção de unha encravada.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E19 - Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E20 - Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E21 - Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E22 - Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F1 - Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2 - Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5 - Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F7 - Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F8 - Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F9 - Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F10 - Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F11 - Como prevenir quedas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F12 - Prevenção de osteoporose em mulheres.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F13 - Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
F15 - Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**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	Provavelmente, sim	Provavelmente, 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 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G2 - Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G3 - Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

**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	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1 - Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H2 - Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H3 - Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas?</b>					
H4 - Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H6 - Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>