

Construção de modelo teórico-lógico para avaliação da atenção à deficiência em serviços de Atenção Primária à Saúde

Construction of a logical theoretical model to assess disability care in Primary Health Care services

Construcción de un modelo teórico lógico para evaluar la atención a la discapacidad en los servicios de Atención Primaria de Salud

Thais Fernanda Tortorelli Zarili (<https://orcid.org/0000-0002-0690-2334>)¹

Elen Rose Lodeiro Castanheira (<https://orcid.org/0000-0002-4587-7573>)¹

Resumo O objetivo consiste em propor um modelo teórico-lógico de avaliação para a dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde. Foi elaborado um modelo com 128 indicadores divididos em cinco domínios: Estrutura (EST), Atenção ao Pré-Natal (APN), Atenção à Saúde da Criança (ASC), Prevenção de incapacidades relacionadas a condições crônicas (PICC) e Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador (APcDC). A partir das frequências de respostas da aplicação do questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) em 2.739 serviços de APS no estado de São Paulo, entre 2017 e 2018, analisaram-se as correlações existentes entre os domínios avaliativos e a dimensão pelo coeficiente de correlação de Spearman e o nível de confiabilidade das respostas pelo alfa de Cronbach (α). O α para a dimensão avaliativa foi de 0,956, para o domínio EST 0,687, para APN 0,845, ASC 0,872, PICC 0,919 e APcDC 0,916. Foram constatadas correlações significativas entre a dimensão avaliativa e os domínios, e entre eles, com exceção do domínio EST. A metodologia de avaliação proposta abrange a análise das condições da estrutura física, de recursos humanos e de processo de trabalho.

Palavras-chave Avaliação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde, Pessoas com deficiência, Modelos teóricos

Abstract The aim is to propose a theoretical-logical evaluation model for the Attention to Disability dimension in Primary Health Care services. A model was created with 128 indicators divided into five domains: Structure (EST), Prenatal Care (APN), Child Health Care (ASC), Prevention of Disabilities Related to Chronic Conditions (PICC) and Care for People with Disability and the Caregiver (APcDC). Based on the frequency of responses from the application of the Assessment and Monitoring of Primary Care Services (QualiAB) questionnaire in 2739 PHC services in the São Paulo state, between 2017 and 2018, the existing correlations between the evaluative domains and the dimension by Spearman's correlation coefficient and the level of reliability of responses by Cronbach's alpha (α). The α for the evaluative dimension was 0.956, for the EST domain 0.687, for APN 0.845, ASC 0.872, PICC 0.919 and APcDC 0.916. Significant correlations were found between the evaluative dimension and the domains, and between them, with the exception of the EST domain. The proposed evaluation methodology covers the analysis of the conditions of the physical structure, human resources and work process.

Keywords Health Evaluation, Primary Health Care, Health Services, Disabled persons, Models theoretical

Resumen El estudio tuvo como objetivo proponer un modelo de evaluación teórico-lógico para la dimensión Atención a la Discapacidad en los servicios de Atención Primaria de Salud. Se desarrolló un modelo con 128 indicadores divididos en cinco dominios: Estructura (EST), Atención Prenatal (APN), Atención a la Salud del Niño (ASN), Prevención de discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas (PDEC) y Atención a Personas con Discapacidad y Cuidadores (APcDC). A partir de las frecuencias de respuestas de la aplicación del cuestionario de Evaluación y Monitoreo de Servicios de Atención Básica (QualiAB) en 2.739 servicios de APS del Estado de São Paulo, entre 2017 y 2018, se determinaron las correlaciones existentes entre los dominios de evaluación y la dimensión mediante el coeficiente de correlación de Spearman y el nivel de confiabilidad de las respuestas utilizando el alfa de Cronbach (α). El α para la dimensión evaluativa fue 0,956, para el dominio EST 0,687, para APN 0,845, ASN 0,872, PDEC 0,919 y APcDC 0,916. Se encontraron correlaciones significativas entre la dimensión evaluativa y los dominios, y entre ellos, con excepción del dominio EST. La metodología de evaluación propuesta abarca el análisis de las condiciones de la estructura física, los recursos humanos y el proceso de trabajo.

Palabras clave Evaluación de Salud, Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud, Personas con discapacidad, Modelos teóricos

¹Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Av. Prof. Montenegro, s/n, Rubião Júnior, 18618-687, Botucatu, São Paulo, SP, Brasil. thaisftzarili@gmail.com

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se em um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD)¹ e deve desenvolver ações de prevenção primária, que antecedem a instauração de condições de deficiência; secundária, relativas ao diagnóstico precoce visando à redução ou recuperação de comorbidades que podem resultar em deficiência; e terciária, com atenção integral às pessoas com deficiência, trabalhando em conjunto com os serviços especializados em ações de reabilitação^{1,2,3}.

A Organização das Nações Unidas refere que 70% das deficiências poderiam ser evitadas, o que aponta que o diálogo sobre as práticas em saúde acerca da deficiência deve iniciar pelo escopo da prevenção em saúde^{4,5}. Segundo a UNICEF, as principais causas de deficiência em crianças no Brasil são nutrição inadequada de mães e crianças, condições pré- e perinatais, doenças infecciosas e acidentadas^{1,6}.

Os objetivos propostos para a APS quanto à atenção à deficiência em todos os ciclos de vida consistem em promover a prevenção da deficiência ao nascimento e/ou adquirida na infância, adolescência ou na vida adulta, estimular o envelhecimento saudável e proporcionar a redução das comorbidades associadas, manutenção da funcionalidade e melhoria da qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (PcD)^{1,2,6}. Para atender a essas expectativas, deve-se abranger um rol de ações na APS vinculadas a uma rede de atenção “viva”⁷, com a colaboração mútua entre todos os níveis de atenção à saúde^{1,2}.

O escopo de ações da APS é abrangente e potente para cumprir com seu papel na RCPcD de modo transversal ao conjunto complexo de ações sob sua responsabilidade. Desse modo, a realização do pré-natal, a atenção à saúde da mulher e à criança, a promoção de mudanças de estilo de vida, o cuidado com as condições crônicas, a vigilância em saúde do trabalhador, entre outras, compõem um conjunto de ações de um “programa” de atenção à deficiência. Em síntese, representam a realização da prevenção, da detecção precoce e da assistência à PcD no âmbito da APS e sua vinculação a ações inter-setoriais.

A construção de uma proposta de modelo teórico-lógico para a avaliação da qualidade organizacional da atenção à deficiência na APS se inicia com a definição da teoria dessa atenção tomada aqui enquanto um programa

transversal. Segundo Shortell e Richardson⁸, os programas se caracterizam como processos complexos de organização de práticas a partir de um objetivo específico, como, por exemplo, formas de atenção para populações específicas, que envolvem uma rede de ações e serviços. O modelo teórico possui um caráter, como o próprio nome refere, de teoria sobre o programa, conceituando-o em sua complexidade, e o modelo lógico refere-se à identificação dos efeitos, das ações e dos recursos esperados. Assim, tais modelos permitem sistematizar a racionalidade do conjunto das práticas⁹ e explicitam a relação entre as diferentes ações necessárias ao cumprimento dos propósitos do programa que, assim, podem orientar a construção de uma matriz avaliativa.

Considerando a inexistência de instrumentos que avaliem as ações voltadas à prevenção, detecção e assistência às diferentes condições relativas à deficiência, o presente trabalho tem por objetivos propor um modelo teórico-lógico e uma matriz de avaliação da atenção à deficiência em serviços de APS.

Método

Este estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa avaliativa, com uso de diferentes estratégias metodológicas: pesquisa bibliográfica e análise documental para proposição do modelo teórico-lógico; definição de indicadores utilizando dados selecionados em inquérito transversal; e análise descritiva e correlacional entre os domínios propostos no modelo. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, sob o Parecer nº 2.425.176, em 8 de dezembro de 2017.

Para a construção de um modelo de avaliação com base na teoria do programa, se fez necessário agregar saberes científicos e práticos, contemplando os insumos, os componentes do programa e os resultados a curto e longo prazo¹⁰. Sendo assim, além de revisão da literatura científica na área, foi preciso a análise das normas e políticas vigentes, como a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência¹¹, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência¹, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência¹², o Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens⁶, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das

Nações Unidas¹³, a Portaria nº 304, de 2 de julho de 1992 sobre o funcionamento dos serviços de saúde para cuidado da PcD¹⁴ e a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012², que instituiu a RCPcD.

O modelo elaborado orientou a seleção de variáveis do questionário de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)¹⁵ utilizado em inquérito realizado no estado de São Paulo entre 2017 e 2018. A escolha do instrumento QualiAB se deu pelo fato de ser um instrumento disponível em um sistema on-line, o que possibilita sua aplicação em diversos contextos e períodos. O questionário aborda o conjunto das ações realizadas nos serviços de APS e, desse modo, contém variáveis que contemplam a diversidade de ações que compõem o modelo teórico-lógico construído. O instrumento QualiAB inclui questões vinculadas à gestão municipal, gerência local e diferentes componentes da atenção à saúde na APS – ações de promoção, prevenção e educação em saúde, vigilância e organização geral da assistência, para diferentes grupos, como mulheres, crianças e adolescentes, adultos e idosos. Tais componentes permitem variados recortes de análise a partir da eleição de subconjuntos de indicadores, como, por exemplo, das ações dirigidas à saúde da criança utilizados por Sanine *et al.*¹⁶, ao gerenciamento dos serviços feitos por Nunes *et al.*¹⁷, à atenção ao idoso empregada por Ramos *et al.*¹⁸ e saúde sexual e reprodutiva de Nasser *et al.*¹⁹. O inquérito possibilitou testar a matriz de avaliação proposta pelo presente trabalho. O questionário completo pode ser acessado pelo site www.abasica.fmb.unesp.br.

A construção do modelo teórico-lógico orientou a seleção dos indicadores e a categorização dos mesmos nos domínios: “Estrutura”; “Atenção ao Pré-natal”; “Atenção à Saúde da Criança”; “Prevenção de incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas”; e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”. O conjunto dos domínios compõe a dimensão *Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde*.

Para testar a consistência interna do modelo, os indicadores foram analisados a partir do banco de respostas do inquérito realizado pelo QualiAB. Foi feita a análise de correlação entre os domínios e entre os domínios e a dimensão, com uso do teste não paramétrico de Spearman, no qual o coeficiente da correlação de Spearman já varia de -1 a +1, sendo que, quanto mais próximo dos extremos (-1 ou 1), maior é a força da correlação. Já os valores próximos de

0 implicam correlações mais fracas ou inexistentes, adotando o nível de significância de 5%. Foi feita a análise do grau de confiabilidade das respostas por meio da estimação do coeficiente alfa de Cronbach que considera uma escala de 0 a 1, sendo o valor mínimo aceitável igual ou maior que 0,7.

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

Resultados

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

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

Os componentes do modelo teórico e lógico (Figuras 1 e 2) permitiram a seleção de 128 variáveis do instrumento QualiAB, assim como categorizá-las em cinco domínios avaliativos que, em conjunto, definem um modelo de avaliação da dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde*.

A Tabela 1 apresenta a matriz avaliativa com os indicadores de organização do trabalho com vistas à prevenção da deficiência e diagnóstico precoce que compõem os domínios “Atenção ao Pré-natal”, “Atenção à Saúde da Criança” e “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Condições Crônicas” selecionados do instrumento QualiAB, além da frequência obtida de respostas positivas no inquérito aplicado entre 2017 e 2018 no estado de São Paulo.

O domínio “Atenção ao Pré-natal” tem 24 indicadores referentes à prevenção de condições de deficiência e identificação precoce nas fases pré-^{20,21,22}, peri e pós-natal²⁰, como garantia de

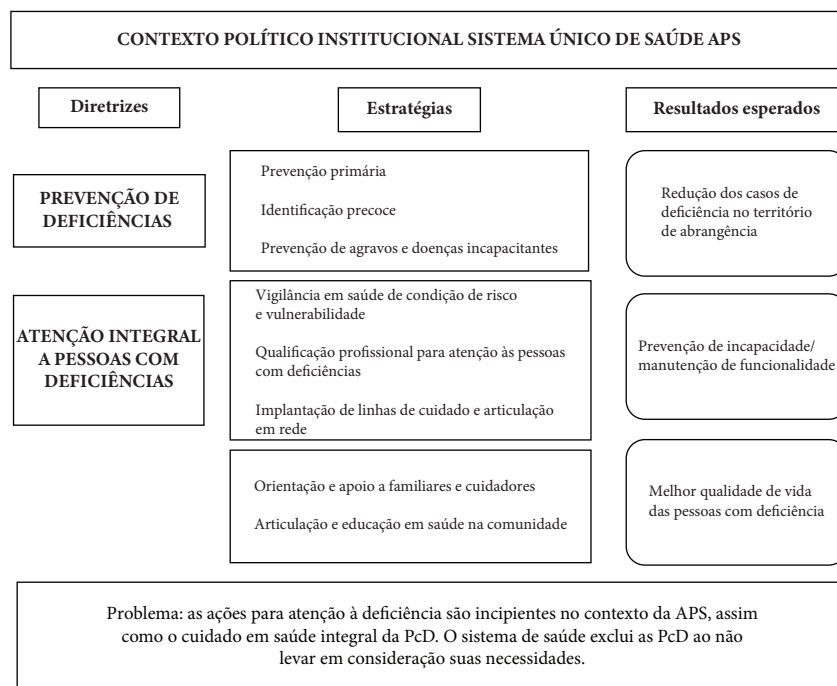


Figura 1. Modelo Teórico de Avaliação da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Autoras

acesso aos exames durante o pré-natal no primeiro trimestre, como hemograma, urina 1, urocultura, teste rápido de proteinúria, tipagem sanguínea, coombs indireto, sorologia rubéola, teste rápido para sífilis ou sorologia, teste rápido para HIV ou sorologia, sorologia para toxoplasmose, glicemia de jejum e ultrassom, e no segundo e terceiro trimestres, além dos supracitados, acrescenta-se a bacterioscopia da secreção vaginal^{20,31}. Também inclui a oferta do exame para avaliação de risco cardiovascular²¹, a disponibilização de vacinas, assegurando a profilaxia de agravos que possam levar a condições de deficiência³².

Ainda compondo a atenção à gestante, valoriza-se o atendimento diferenciado em situações de gestação na adolescência, com vistas a promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes^{20,21}. Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis, temos a prevenção da sífilis congênita, redução da transmissão vertical da sífilis e HIV e da contínua alta incidência de casos e busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis³³,

além do tratamento preconizado para doenças de relevante impacto em saúde pública (como febre reumática e sífilis)³⁴.

Inclui-se também a abordagem sobre os cuidados em saúde da gestante para prevenção da deficiência no feto e no recém-nascido durante o trabalho de parto e ações relativas à organização do processo de trabalho, atualizações periódicas e capacitações, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas²⁰, além da alimentação de sistemas de registro de informações que possam qualificar a gestão e da história clínica perinatal, as intercorrências e as urgências/emergências que requeiram avaliação hospitalar^{20,21}.

O domínio “Atenção à Saúde da Criança”, com 32 indicadores, consiste em diversas ações e procedimentos para qualificação da atenção à primeira infância, como ações para prevenção de agravos que possam causar condições de deficiência no recém-nascido^{35,36}, e à puericultura³⁶, com indicadores que abrangem a atenção ao crescimento e desenvolvimento, identificação de condições de risco e vulnerabilidade, bem como prevenção e diagnóstico

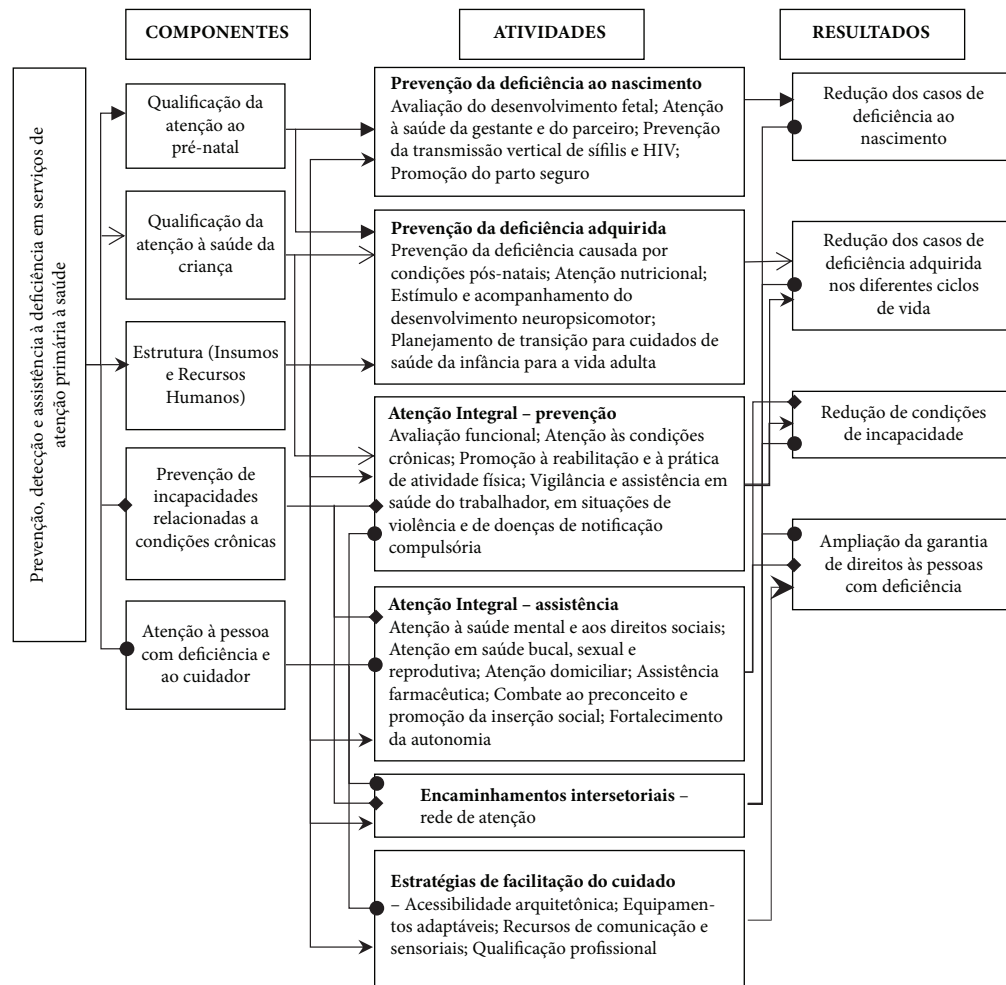


Figura 2. Modelo Lógico da Atenção à Deficiência na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Autoras

precoce de deficiências, disponibilização de vacinas assegurando a profilaxia de agravos que possam levar a condições de deficiência^{1,6,32,37} e valorização de estratégias participativas³⁸, como o desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade e atualizações periódicas e capacitações, diante das necessidades do serviço e da equipe de aprimoramento das práticas^{1,36}.

A APS abrange um amplo conjunto de ações para a prevenção da deficiência adquirida após o nascimento, seja com relação à criança, seja ao adulto e à pessoa idosa. Assim, além da prevenção primária da deficiência, os serviços devem atuar para a prevenção secundária, diante da exposição às condições adversas que podem levar à incapacidade, ou da redução da autono-

mia e da funcionalidade^{1,24,39-45}.

O domínio “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” possui 32 indicadores relacionados à detecção de problemas de saúde em estágio inicial para diagnóstico oportuno e tratamento, como em casos de doenças crônicas não transmissíveis^{39,42,45}, acidentes de trabalho⁴¹, quadros de demência⁴⁴, acidentes^{39,43}, traumas⁴³ e outros agravos de notificação compulsória³⁹. Para além do acesso à reabilitação, o serviço deve garantir a adesão do usuário e o controle de casos no território^{45,44,43}. Tais ações proporcionam o cuidado individual e coletivo, podendo ser executadas em conjunto com outros setores da sociedade e, com isso, a educação permanente por meio de atualizações periódicas e capacitações para aprimoramento das

Tabela 1. Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios com enfoque em prevenção da deficiência e diagnóstico precoce por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017-2018 em 2.739 serviços de APS do estado de São Paulo.

Indicadores	(%)
Domínio “Atenção ao Pré-natal”	
Captação precoce para início do pré-natal	79,8
Proporção média de gestantes que iniciam o pré-natal no primeiro trimestre	74,1
Registro do pré-natal em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal	92,1
Frequência de consultas durante o pré-natal e no último mês de gestação	83,9
Identificação das gestantes de alto risco	93,6
Encaminhamento de gestante de alto risco para serviço de referência e manutenção do acompanhamento na unidade básica de saúde	61,7
Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos	37,5
Exames laboratoriais solicitados no primeiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal	10,8
Exames laboratoriais solicitados no segundo e/ou terceiro trimestre da gestação para identificação de intercorrências que podem causar prematuridade, alterações no desenvolvimento ou óbito fetal	3,0
Realização de eletrocardiograma na unidade	47,3
Aplicação da vacina dTpa (difteria, tétano e pertussis acelular)	77,3
Aplicação de penicilina benzatina (Benzetacil) na unidade	71,8
Prevenção da transmissão vertical de sífilis	76,5
Prevenção da transmissão vertical de HIV	77,1
Tratamento da sífilis para a gestante e para o parceiro com penicilina benzatina na unidade básica de saúde	74,3
Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento em caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis	83,9
Prevenção de anemia e de alterações no estado nutricional durante a gestação	75,4
Indicação de uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto durante a gestação	81,2
Avaliação dos riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas durante a gestação	86,6
Avaliação das condições de trabalho da gestante	58,4
Avaliação de intercorrências do parto em atendimento de puerpério imediato	79,6
Orientações sobre aleitamento e suplementação de ferro em atendimento de puerpério imediato	62,8
Orientações à gestante sobre aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar	89,3
Formação e/ou educação permanente dos profissionais da unidade básica de saúde sobre saúde da mulher realizada no último ano	71,7
Domínio “Atenção à Saúde da Criança”	
Condições de nascimento do recém-nascido (RN) e orientações sobre cuidados básicos no puerpério imediato	87,1
Orientações para o cuidado do RN (vacinação, exames, outros) no puerpério imediato	89,0
Agendamento do primeiro atendimento do RN na unidade	70,3
Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o RN	87,5
Aplicação da vacina BCG	56,0
Aplicação da vacina de Poliomielite/vacina oral de pólio/VOP e vacina de Pólio Inativada/vacina inativada de pólio/VIP	76,6
Aplicação da vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	78,4
Aplicação da vacina DTP (Tríplice Bacteriana)	78,1
Aplicação da vacina Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola – SCR)	78,3
Aplicação da vacina Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)	76,5
Aplicação da vacina Meningocócica C	77,5
Aplicação da vacina Pneumocócica 10 valente	75,9
Vacinação em instituições para crianças como escolas e creches	66,9
Calendário programado de consultas às crianças de até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados	52,7

continua

Tabela 1. Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios com enfoque em prevenção da deficiência e diagnóstico precoce por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017-2018 em 2.739 serviços de APS do estado de São Paulo.

Indicadores	(%)
Grupo com mães/pais	20,2
Avaliação do crescimento das crianças e desenvolvimento neuropsicomotor da criança	81,0
Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros) da criança	92,0
Identificação de distúrbios do desenvolvimento da criança (genéticos, biológicos, sociofamiliares)	75,5
Orientações para prevenção de acidentes domésticos para proteção da saúde da criança	57,2
Avaliação de acuidade visual em instituições para crianças como escolas e creches	38,9
Avaliação de acuidade auditiva em instituições para crianças como escolas e creches	16,3
Orientação para estímulos neuropsicomotores em instituições para crianças como escolas e creches	13,8
Ações para inclusão social e combate ao preconceito em instituições para crianças como escolas e creches	13,9
Ações de prevenção de acidentes domésticos em instituições para crianças como escolas e creches	21,7
Ausência de casos de sífilis congênita nos últimos três anos	47,4
Uso de protocolo de atendimento para detecção de violência contra crianças e adolescentes	28,9
Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas para detecção de violência contra crianças e adolescentes	76,7
Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes	34,5
Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta – evento sentinela	8,8
Reuniões em parceria com CRAS sobre atenção à saúde da criança	39,1
Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)	55,0
Formação e/ou educação permanente sobre Saúde da Criança realizada no último ano	55,0
Domínio “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas”	
Curativo de úlceras agudas e crônicas	94,7
Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade em casos de doença ou agravo de notificação compulsória	73,8
Registro dos pacientes de risco diferenciado com doenças crônicas não transmissíveis	43,7
Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho	33,8
Notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho.	44,2
Realização de busca ativa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis não aderentes a tratamento	68,8
Exame de fundo de olho para pacientes com Diabetes Mellitus tipo II	63,3
Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés para pacientes com Diabetes Mellitus tipo II	67,2
Exame de fundo de olho para pacientes com hipertensão arterial	62,3
Ações para a saúde do homem com enfoque no risco cardiovascular	65,1
Avaliação da saúde mental do idoso (quadros depressivos, demências e outros)	69,0
Avaliação da capacidade funcional do idoso (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)	51,1
Ações para prevenção de quedas de idosos	64,0
Incentivo e orientação de prática corporal e atividade física para idosos	72,2
Investigação do suporte familiar e social de idosos	56,3
Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa	41,5
Diagnóstico de casos novos de hanseníase	52,7
Acompanhamento de casos de hanseníase	34,3
Controle do número de casos de hanseníase em acompanhamento	41,7
Dispensação de medicamentos para hanseníase	78,9
Tratamento supervisionado na Unidade ou no domicílio para hanseníase	20,6
Busca ativa de contatos intradomiciliares em casos de hanseníase	34,0
Busca ativa de faltosos em tratamento para hanseníase	54,5
Ações educativas na família e na comunidade sobre hanseníase	64,5
Busca ativa em casos de doença ou agravo de notificação compulsória com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	88,0

continua

Tabela 1. Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios com enfoque em prevenção da deficiência e diagnóstico precoce por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017-2018 em 2.739 serviços de APS do estado de São Paulo.

Indicadores	(%)
Notificação compulsória de casos de hanseníase	69,3
Investigação e controle de comorbidades associadas à dependência de álcool	39,4
Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas	37,9
Formação e/ou educação permanente sobre saúde mental realizada no último ano	48,8
Formação e/ou educação permanente sobre saúde do idoso realizada no último ano	40,9
Capacitação da equipe sobre doença ou agravamento de notificação compulsória	63,2
Capacitação da equipe para atenção aos casos de hanseníase	45,2

Fonte: Sistema QualiAB, 2018.

práticas também se faz importante^{1,6,38}.

Os indicadores de organização do trabalho voltados para a atenção integral à PcD compõem os domínios “Estrutura” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” e são apresentados na Tabela 2.

O domínio “Estrutura” é composto por 17 indicadores relacionados aos insumos e recursos humanos necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção de deficiências e de atenção adequada à PcD em serviços de APS, tendo em vista tornar os serviços acessíveis, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica, ofertar procedimentos clínicos e cirúrgicos de menor complexidade e ações educativas para prevenção e promoção da saúde, condições para atendimento em situações de emergência, garantia de atendimento à saúde bucal^{23,24}, recursos de mobilidade das equipes²⁵, registro de dados feito nas unidades de saúde²⁶ e por fim que a equipe esteja completa e tenha o apoio e suporte dos NASF ou de equipe multiprofissional para a educação permanente da equipe das unidades básicas²⁷.

Por último, o domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”, com 23 indicadores, compreende ações de prevenção (integrando o nível secundário e terciário) e as especificidades do cuidado às PcD. Para além de ações que promovam a proteção da saúde, a assistência específica ao indivíduo com deficiência em todos os ciclos da vida, a avaliação funcional e das comorbidades associadas integram um panorama mais específico sobre o tema. Medidas de identificação do uso abusivo de álcool e outras drogas estão contempladas diante do risco aumentado desse grupo populacional para ocorrência de deficiências. O mesmo ocorre na abordagem sobre a violência, pois, quando se trata dessa população, a invisibilidade do fenômeno é ainda maior^{4,5,16,46,47}. Valoriza-se tam-

bém que haja o incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência⁴.

A saúde do cuidador, em exercício diário de responsabilização sobre o outro, vivenciando muitas vezes situações de estresse que levam a agravos em sua saúde, deve ser objeto de cuidado por parte dos serviços, tanto em função da atenção a essas pessoas como pelas implicações na qualidade do cuidado que prestam às PcD. Nesse sentido, o domínio abrange as ações de proteção à saúde do cuidador e orientação sobre a rede de serviços disponíveis para o apoio e ações de colaboração mútua em todos os níveis de atenção à saúde, também com vistas à qualificação do cuidado que realizam, sejam familiares, sejam cuidadores contratados^{4,5,16, 46,47}.

A avaliação da consistência interna da matriz avaliativa pelo alfa de Cronbach para a dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* foi de $\alpha = 0,956$, para o domínio “Estrutura” de $\alpha = 0,687$, para “Atenção ao Pré-natal” de $\alpha = 0,845$, “Atenção à Saúde da Criança” de $\alpha = 0,872$, “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” de $\alpha = 0,919$ e, por fim, “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” obteve $\alpha = 0,916$.

A análise de correlação entre os domínios e de cada um com relação à dimensão permite analisar se um domínio influencia positivamente ou não o resultado do outro e a dimensão geral. Na Tabela 3 pode-se observar que houve correlações significativas ($p < 0,05$), positivas e intensas entre a dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* e os domínios “Atenção à Saúde da Criança”, “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”, correlações significativas positivas e moderadas com o domínio “Atenção ao

Tabela 2. Matriz avaliativa e frequência obtida para os domínios com enfoque na atenção integral à pessoa com deficiência por domínio da dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde segundo inquérito QualiAB 2017-2018 em 2.739 serviços de APS do estado de São Paulo.

Indicadores	(%)
Domínio “Estrutura”	
Acesso estrutural do serviço às pessoas com deficiências	77,0
Banheiro adaptado para pessoas com deficiência (PcD)	67,6
Sala de curativo	89,5
Sala de vacina	81,2
Realização de vacinação	80,6
Sala para realização de atividades educativas e grupos	51,3
Consultório dentário e equipamento odontológico	77,8
Cadeira de rodas	92,7
Equipamentos para atenção à urgência e emergência, como carrinho de emergência e cilindro de oxigênio	40,7
Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário	87,5
Veículo para uso da unidade	37,8
Acesso aos sistemas de informação para alimentação de banco de dados	86,7
Presença de médico(a) de família ou clínico geral e enfermeiro(a) na equipe de saúde	85,4
Presença de cirurgião-dentista na equipe de saúde	65,2
Presença de auxiliar de cirurgião-dentista ou técnico de higiene dentária na equipe de saúde	63,7
Presença de auxiliar de enfermagem OU técnico de enfermagem na equipe de saúde	98,0
Apoio técnico realizado por equipe NASF e/ou multiprofissional	69,0
Domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”	
Registro das ações domiciliares em prontuário com relação a pessoas acamadas	79,0
Diagnóstico e encaminhamento de pessoas com deficiência para outros níveis de atenção	80,2
Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros) para pessoas acamadas	84,2
Troca de sonda vesical de demora	77,2
Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade de pessoas com deficiência	58,0
Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional para pessoas com deficiência	51,2
Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro(a) para pessoas com deficiência	69,2
Assistência odontológica domiciliar para pessoas acamadas e realização de atendimento odontológico para pacientes acamados	24,5
Orientações de higiene bucal para pessoas acamadas	64,8
Orientações quanto aos direitos sociais de pessoas com deficiência	45,9
Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas de pessoas com deficiência	33,4
Ações para a saúde sexual e reprodutiva de pessoas com deficiência	35,9
Vigilância e atenção em casos de violência de pessoas com deficiência	41,4
Deteção, suporte e acompanhamento para as situações de violência contra pessoas com deficiência	35,8
Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras) com relação a pessoas com deficiência	43,0
Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de Saúde, CREAS, outros) sobre a atenção a pessoas acamadas	59,8
Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas (estresse e outras)	39,2
Grupo de apoio aos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas	7,8
Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado	79,0
Ações para os cuidadores idosos e/ou pessoas acamadas com enfoque nas orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência	52,2
Orientação para os cuidadores de pessoas com deficiência	77,9
Suporte técnico para as atividades dos cuidadores de idosos e/ou pessoas acamadas, se necessário	59,6
Capacitação da equipe sobre atenção às pessoas com deficiência	36,5

Fonte: Sistema QualiAB, 2018.

Tabela 3. Correlações entre a dimensão Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde e cinco domínios avaliativos em 2017-2018, 2.739 serviços do estado de São Paulo.

DOMÍNIO	Estrutura		Pré-natal		Saúde da criança		Prevenção incap.		Atenção PcD		Dimensão	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Estrutura	-	-	,338	<0,001	,365	<0,001	,315	<0,001	,344	<0,001	,541	<0,001
Pré-natal			-	-	,688	<0,001	,553	<0,001	,539	<0,001	,759	<0,001
Saúde da criança					-	-	,588	<0,001	,585	<0,001	,817	<0,001
Prevenção incap.							-	-	,818	<0,001	,887	<0,001
Atenção PcD									-	-	,875	<0,001
Dimensão											-	-

Legenda:

Estrutura: domínio Estrutura

Pré-natal: domínio Atenção ao Pré-natal

Saúde da criança: domínio Atenção à Saúde da Criança

Prevenção incap.: domínio Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas

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

Pré-natal” e positiva e fraca com “Estrutura”. Esse último apresentou correlações significativas positivas e muito fracas com todos os outros domínios.

Os domínios “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” mostrou correlações significativas positivas e intensas entre eles. O domínio “Atenção ao Pré-natal” teve correlações significativas positivas e moderadas com os domínios “Atenção à Saúde da Criança” com “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”, assim como “Atenção à Saúde da Criança” com “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”.

Discussão

Os resultados apresentados procuram ampliar a visibilidade sobre a importância da atenção à deficiência em serviços de APS para qualificação do sistema de saúde e consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, enquanto dimensão complexa e transversal às ações da APS.

Muitas das ações realizadas na APS não são valorizadas como medidas relacionadas à prevenção primária ou secundária de deficiências. Nesse sentido, a avaliação proposta pode induzir a um maior reconhecimento da APS como componente fundamental de uma rede de serviços que promova

prevenção, promoção da saúde e assistência à deficiência.

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

Os documentos analisados permitiram enunciar uma “teoria do programa”, ou seja, um conjunto de diretrizes e valores que devem orientar as ações na APS relativas à deficiência e que foram sintetizados na modelagem proposta, com a incorporação de insumos, componentes do programa, assim como resultados a curto e longo prazo¹⁴.

O modelo teórico apresentado aponta três resultados principais: a redução de casos de deficiência no território de abrangência do serviço de APS, a prevenção de incapacidade e manutenção da funcionalidade e melhor qualidade de vida das pessoas com deficiência. Para

alcançar tais resultados são necessárias diversas estratégias, presentes no modelo lógico, cujas ações mais diretamente pertinentes aos serviços de APS podem ser avaliadas por meio dos indicadores de qualidade selecionados (Tabela 1).

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

A prevenção primária da deficiência consiste em um conjunto de ações que objetiva incentivar a melhoria na condição de vida da população por meio de políticas sociais e de saúde, promovendo a redução da incidência de novos casos. Envolve a prevenção universal em prol de toda a população e as populações de risco, com esforços e medidas que impeçam a ocorrência de condições evitáveis de deficiência. Os domínios “Atenção ao Pré-natal” e “Atenção à Saúde da Criança” possuem como objetivo central a prevenção da deficiência, atendendo a uma das diretrizes do modelo teórico proposto. São áreas de dedicação tradicional nos serviços de APS e que devem ser vistas também pelo âmbito da atenção à deficiência. Entre essas ações pode-se citar o aconselhamento genético, programas de imunização, identificação de gestantes e recém-nascidos de risco, melhoria no cuidado de saúde pré-natal, perinatal e pós-natal^{37,48,49}.

A prevenção da deficiência secundária abordada diretamente no domínio “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” considera que já houve exposição às condições adversas que podem culminar em perda ou redução da capacidade funcional. O objetivo das práticas em saúde é reduzir e/ou eliminar a duração ou a severidade dessas condições, de modo a minimizar a ocorrência de complicações, como em casos de doenças crônicas transmissíveis (como aids ou hanseníase) e não transmissíveis (diabetes, hipertensão), eventos traumáticos e lesões por meio de violência, acidentes de trabalho e de trânsito e queimaduras, que podem acarretar lesão medular, amputações e trauma cranioencefálico, doenças osteomusculares, autoimunes e infectocontagiosas^{1,48-52}.

As ações de vigilância e o registro de informações em saúde são ferramentas em saúde

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

A atenção integral a pessoas com deficiência, enquanto diretriz do modelo teórico e abordada no domínio “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador”, abrange fundamentalmente a prevenção terciária, que consiste nos casos em que a condição de deficiência já está instalada e os investimentos são feitos para minimizar os agravos, visando à maior autonomia do indivíduo. O cuidado de uma condição crônica, neste caso, deve estar amparado pela reabilitação, intervenções cirúrgicas (quando necessário) e promoção da inclusão social^{48,49}.

A deficiência adquirida na vida adulta produtiva consiste na perda de estrutura ou da função fisiológica, psicológica ou anatômica que acarreta déficit funcional, exigindo adaptações em todas as nuances da vida do indivíduo, como uso de medicamentos, órteses, próteses, no modo como realiza suas atividades, entre outras⁵⁰. Vale apontar que a deficiência é reconhecida como um fator que amplia a chance de ocorrência de outros agravos, como um risco quatro vezes maior de desenvolver diabetes, três vezes de suicídio, maior prevalência de sobrepeso e obesidade, duas ou quatro vezes maior de propensão ao uso de álcool e outras drogas⁵³.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência¹² e a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência² definem e ratificam a relevância da prestação de cuidados à PcD em domicílio, garantindo a singularidade do cuidado, com enfoque na gradativa autonomia funcional para o autocuidado, exercendo ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde^{54,55}. Portanto, para a oferta do cuidado à PcD também são importantes indicadores de qualidade sobre as ações realizadas em domicílio e para o cuidador, o qual muitas vezes perde sua individualidade diante do evento da deficiência em um membro da família ou do domicílio⁵⁶.

O domínio “Estrutura” possibilita a execução de todas as ações preconizadas anteriormente, sendo que diversos estudos referem a falta de estrutura dos serviços para atendimento de PcD⁵⁷. As barreiras arquitetônicas ainda são situações vivenciadas pelas PcD diante de edifi-

cios construídos e/ou reformados sem articulação com o movimento social e com as políticas de acessibilidade.

O coeficiente de alfa de *Cronbach* estimou a confiabilidade da consistência interna da dimensão avaliativa e dos domínios sobre a atenção à deficiência na APS. Todos os indicadores do questionário utilizam a mesma escala de medição (sistema binário); o coeficiente alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens⁵⁸. Não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade a partir do valor deste coeficiente. Sendo assim, considera-se satisfatório um instrumento de pesquisa que obtenha alfa maior ou igual a 0,70.

A análise da confiabilidade da dimensão *Atenção à Deficiência em Serviços de Atenção Primária à Saúde* e dos domínios “Atenção ao Pré-natal”, “Atenção à Saúde da Criança”, “Prevenção de Incapacidades em Agravos e Doenças Crônicas” e “Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Cuidador” obtiveram coeficiente maior que 0,7 com exceção do domínio “Estrutura”, o que pode demonstrar a necessidade de aprimorar os indicadores de estrutura do modelo de avaliação. A análise de correlação entre os domínios demonstra que cada domínio influencia de forma positiva o outro, ou seja, quanto maior a frequência de respostas em um domínio, maior a ocorrência com o outro, o que se verifica em menor intensidade apenas no domínio referente à estrutura. O mesmo acontece quanto à análise de confiabilidade de resposta, menor para o domínio “Estrutura”, e boa consistência interna para todos os outros domínios e para a dimensão avaliativa.

O modelo avaliativo aqui proposto e aplicado não esgota as possibilidades do tema sob investigação, mas seus resultados possibilitam informações de ações já presentes nos serviços de APS. A modelagem não é um pré-requisito para a realização da avaliação, mas fundamenta os valores normativos e éticos que embasam o julgamento feito pelos indicadores, além de ser uma estratégia que orienta ações de planejamento, especialmente quando se trata de objetos transversais e sem programas estruturados.

Cabe dizer que a proposta de avaliação apresentada pode e deve ser validada por diferentes estratégias e reaplicada, buscando atingir maior especificidade e capacidade de contribuir para a implementação de mudanças, colocando-se como questão para pesquisas futuras. Para além disso, pode-se considerar como possíveis des-

dobramentos a elaboração de um instrumento com maior especificidade, com indicadores sobre o tema que possam compreender não somente as ações que os serviços executam, mas também os resultados nas condições de vida e no sistema de saúde.

Colaboradores

Todos os autores estiveram envolvidos na concepção e no delineamento ou na análise e interpretação dos dados, redação do artigo ou a sua revisão crítica, além da aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde e bolsa de doutorado na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: MS. Editora do Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
3. Almeida MHM, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, Toldrá RC, Oliver FC. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. *CoDAS* 2017; 29(5):e20160225.
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Disability and Rehabilitation: Future, Trends and Challenges in Rehabilitation*. Geneva: OMS; 2002.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPCD; 2012.
6. Brasil. Ministério da Justiça (MJ). Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens: Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde-OPS*. Rio de Janeiro: MJ; 2004.
7. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(117): 455-467.
8. Shortell SM, Richardson WC. *Health program evaluation*. St Louis: Mosby, 1978.
9. Hartz ZMA, organizador. *Avaliação de Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
10. Medina MG, Silva, GAP Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz, ZMA, Silva, LMV. organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 41-63.
11. Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 21 dez.
12. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 2015; 6 jul.
13. Brasil. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União* 2009; 25 ago.
14. Brasil. Portaria nº 304, de 2 de julho de 1992. Modifica a Portaria nº 237, de 13 de fevereiro da 1992. Dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 1992; 21 dez.
15. Castanheira ERL, organizador. *Caderno de boas práticas para organização dos serviços de atenção básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB*. Botucatu: UNESP-FM; 2016.
16. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil *Cad Saude Publ* 2018; 34(6):e00094417.
17. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, Monti JFC, Carrapato JFL, Placidei N, Nemes MIB. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42; e175.
18. Ramos NP. *Avaliação da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e ao Envelhecimento em Serviços de Atenção Primária* [tese]. Botucatu. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho; 2018.
19. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RP, Castanheira ERL. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:77.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção ao pré-natal de baixo risco. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Brasília, 2013 [acessado 2023 Jul 19]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 24 jun.
22. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010; 32(2):53-56.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família* (Série A. Normais e Manuais Técnicos). 2. ed. Brasília, 2008.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Procedimentos (Cadernos de Atenção Primária, n30)*. Brasília: MS; 2011.
25. Fontana KC; Lacerda JT de; Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate* 2016; 40(110):64-80.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes*. Brasília: MS; 2010.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS; 2012.
28. Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Desfechos neonatais de acordo com diferentes terapêuticas do Diabetes Mellitus gestacional. *J Pediatr* 2017; 93(1):87-93.
29. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):215-226.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Nota técnica sobre a realização do teste rápido de proteinúria nos exames de pré-natal: rede cegonha*. Brasília: MS; 2013.

31. Abeyá R, SÁ RAM, Silva EP, Netto HC, Bornia RG, Amim Junior J. Complicações perinatais em gestantes infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004 Dec;4(4):385-390.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Calendário Nacional de Vacinação*. Brasília: MS; 2014.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 27 dez.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política nacional de atenção integral à saúde da criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 5 ago.
37. Batista CG, Enumo SRF. Prevenção em Saúde: prevenção de deficiências. In: Nunes LROP, organizador. *Prevenção e intervenção em educação especial*. Rio de Janeiro: ANPEPP/UERJ; 1996. p1-11.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Promoção da Saúde*: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2015.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2018.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2011.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde do trabalhador e da trabalhadora (Cadernos da Atenção Básica)*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2018.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. *Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM): protocolo*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2001.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: MS; 2008.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2010.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
46. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
47. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
48. Brasil. Ministério da Educação (ME). Secretaria de Educação Especial. *Saberes e práticas da inclusão: avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais*. 2.ed. Brasília: MEC; 2006.
49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2008.
50. Teixeira AM, Guimarães L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev Mal-Estar Subj* 2006; 6(1):182-200.
51. Santos S, Pequeno AAS, Galvão CRC, Pessoa ALS, Almeida ES, Pereira JC, Medeiros JLA, Kok F. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):559-568.
52. Schwartzman JS, Lederman VRG. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inc Soc* 2017; 10(2):17-27.
53. Sharby N, Martire K, Iversen MD. Decreasing Health Disparities for People with Disabilities through Improved Communication Strategies and Awareness. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12:3301-3316.
54. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde MS; 2013.
55. Machado WCA, Pereira JS, Scholler SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto contexto – enferm* 2018; 27(3):e4480016.
56. Rafacho M, Oliver FC. A atenção aos cuidadores. *Rev Ter Ocup Univ* 2010; 21(1):41-50.
57. Martins KP, Costa TF da, Fernandes MGM, França ISX, Costa KNFM. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3153-3160.
58. Martins TB, Mejias NA. Adaptação transcultural e validação do instrumento nurse parent support tool para a língua portuguesa. *Online Braz J Nurs* 2011; 10(2):1-10.

Artigo apresentado em 20/07/2023

Aprovado em 15/02/2024

Versão final apresentada em 17/02/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva