



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

**RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY**

**FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA  
LONGITUDINALIDADE E DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Recife

2022

RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY

**FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA  
LONGITUDINALIDADE E DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

Coorientador (a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cynthia Maria Barboza do Nascimento

Recife

2022

Catálogo na Fonte  
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

D811f D'Tony, Rafaela Lopes de Souza.  
Fonoaudiologia e pessoas com deficiência : avaliação da longitudinalidade e da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde / Rafaela Lopes de Souza D'Tony. – 2022.  
118 f. : tab. ; 30 cm.

Orientadora : Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.  
Coorientadora : Cynthia Maria Barboza do Nascimento.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Fonoaudiologia. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Crianças com Deficiência. I. Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de (Orientadora). II. Nascimento, Cynthia Maria Barboza do (Coorientadora). III. Título.

616.855

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2023-013)

RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY

**FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA  
LONGITUDINALIDADE E DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Audição, Linguagem e Aprendizagem: desenvolvimento, diagnóstico e intervenção fonoaudiológica.

Aprovada em: 30 de novembro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão/ Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª Drª Tatiana de Paula Santana da Silva

Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª Drª Vanessa de Lima Silva

Universidade Federal de Pernambuco

Dedico essa dissertação a minha amiga querida Ana Jaqueline de Sousa Almeida. Não sua partida, mas sua vida me ensinou o que portaria, política ou livros jamais poderiam me ensinar. Você me ensinou a ser humana e tua vida segue me motivando a seguir em frente.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, ao meu grande e maior mestre Jesus Cristo de Nazaré, eu sigo os seus passos. A Tua presença ilumina meu caminho. A Divina Ruah, que nos momentos mais difíceis até aqui me lembrou o quanto sou forte.

Ao meu companheiro, parceiro de vida e esposo D'Tony pela compreensão e suporte.

A minha família que é minha base, meu porto seguro e lugar de volta, sempre.

A minha equipe NASF Camaragibe, eu sou porque vocês são. Se eu consegui foi porque vocês estiveram comigo, eu tive uma sorte muito grande de para além de colegas de trabalho, ter amigas e pessoas que posso chamar de família.

A minha orientadora Maria Luiza, grande professora e grande ser humano, você é minha inspiração! Obrigada por confiar em mim e pela sensibilidade tamanha. A minha co-orientadora Cynthia Barboza pela parceria e contribuição tão boa.

A todos e todas que torceram por mim, sei que são muitos! Muito, muito obrigada.

## RESUMO

O cuidado em saúde a pessoa com deficiência em 2012 consegue avançar com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A Atenção Primária a Saúde inserida nesta rede precisa cumprir seu papel de coordenadora do cuidado e proporcionar o cuidado longitudinal visto que esses fazem parte dos seus atributos essenciais. A Fonoaudiologia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, no suporte às crianças com deficiência, possui como um dos seus papéis a garantia que esses atributos cheguem a essa população. O objetivo deste estudo é avaliar a longitudinalidade e a coordenação do cuidado no serviço prestado às crianças com deficiência na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e observacional no município de Camaragibe-PE no período de maio a agosto de 2021, a população de estudo foi composta pelas equipes de saúde da família e famílias de crianças com deficiência que tiveram acesso ao serviço da Fonoaudiologia. Para avaliar estes dois atributos nos serviços da equipe de saúde da família e da Fonoaudiologia foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool* e uma versão adaptada deste instrumento. Para a tabulação dos dados o programa *Microsoft Excel 2010* e para análise *Statistical Package for the Social Sciences* versão 13.0. Com relação à avaliação do serviço da equipe de saúde da família, sob a perspectiva das famílias, a presença dos dois atributos foi considerada baixa, ou seja, de acordo com o cálculo do escore no instrumento abaixo de 6,6. No que diz respeito ao serviço da Fonoaudiologia todos os atributos avaliados também foram considerados com baixa presença. Dessa forma, tanto a coordenação do cuidado e como a longitudinalidade ainda são atributos considerados pouco presentes no que diz respeito ao serviço de saúde prestado às crianças com deficiência na APS.

Palavras-chave: fonoaudiologia; atenção primária à saúde; crianças com deficiência

## **ABSTRACT**

Health care for people with disabilities, which was previously intended for philanthropic institutions and civil society initiatives, in 2012 achieves a great achievement with the Care Network for People with Disabilities. The Primary Health Care inserted in this network needs to fulfill its role of care coordinator and provide longitudinal care as these are part of its essential attributes. Speech Therapy, in supporting children with disabilities, has as one of its roles the guarantee that these attributes reach this population. The objective of this study is to evaluate the longitudinality and coordination of care in the service provided to children with disabilities in Primary Health Care. A quantitative, descriptive and observational study was carried out in the city of Camaragibe-PE, the study population was the family health teams and the families of children with disabilities who had access to the Speech Therapy service. The Primary Care Assessment Tool and an adapted version of the PCATool were used to assess these two attributes in the services of the family health team and Speech-Language Pathology and Audiology. For data tabulation, Microsoft Excel 2010 program and for analysis Statistical Package for the Social Sciences version 13.0. Regarding the evaluation of the service of the family health team, from the perspective of the families, the presence of both attributes was considered low, that is, according to the calculation of the score in the PCATool instrument below 6.6. With regard to the speech therapy service, all attributes evaluated were also considered to have low presence. Thus, both the coordination of care and the longitudinality are still attributes considered few present with regard to the health service provided to children with disabilities in APS.

**Keywords:** speech-language pathology; primary health care; children with disabilities.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b>	Frequência simples com perfil da população com deficiência a partir do E-SUS 2021.....	38
<b>Tabela 2-</b>	Frequência simples dos escores PCATool família.....	40
<b>Tabela 3-</b>	Relação entre variáveis e longitudinalidade do PCATool Famílias...	41
<b>Tabela 4-</b>	Relação entre as variáveis e a coordenação do cuidado no PCATool Famílias.....	42
<b>Tabela 5-</b>	Relação entre a variável profissional e atributos no PCATool profissionais.....	43

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AB	Atenção Básica
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
Eab	Equipes de Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD	Pessoa com Deficiência
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PCAtool	Primary Care Assessment Tool
RCPD	Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
USF	Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
2.2 FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
2.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO.....	24
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
3.1 AREA DO ESTUDO.....	29
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	30
3.4 COLETA DE DADOS.....	30
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	32
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
4.1 ARTIGO ORIGINAL: LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA.....	34
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE A - PCATool- ENTREVISTA PARA USUÁRIOS QUE RECEBERAM SERVIÇO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (ADAPTADO) .....</b>	<b>63</b>

<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS) .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO A - NORMAS DE SUBMISSÃO PARA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO B - XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO C - XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO D - XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO E - XXIX CONGRESSO BRASILEIRO E XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO F - XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO G - XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO H - 13º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA..</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO I - II ENCONTRO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DA UFPE DIÁLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO J - CARTA DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAMARAGIBE.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO L - QUESTIONÁRIO PCATool.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO M - PARECER DO CEP-UFPE.....</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) configura-se como uma das redes prioritárias e estratégicas do Ministério da Saúde. Esta, concentrou seus esforços, nos últimos anos, na implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde por entender que a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa um avanço na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), nos seus resultados e na satisfação da população (BRASIL, 2010).

Conforme a Organização Mundial da Saúde e o Banco Mundial, existem mais de 1 bilhão de pessoas com algum tipo de incapacidade no mundo (WHO; THE WORLD BANK, 2012). Segundo nota técnica 01/2018 do IBGE estima-se que no Brasil existem 12 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (6,7%). Com relação ao tipo de deficiência 4,7 milhões (2,3%) declaram ter deficiência física, 7 milhões (3,4%) deficiência visual, 2,5 milhões (1,2%) deficiência intelectual e 2,3 milhões (1,1%) deficiência auditiva (IBGE, 2018).

De acordo com o Relatório Parcial da Frente Parlamentar em Defesa da Pessoa com Deficiência, no que diz respeito ao Estado de Pernambuco, foi constatado que 2.426.106 dos residentes apresentam algum tipo de deficiência, o que representa 27,58% da população deste estado (IBGE, 2010; IBGE, 2019). Segundo o último relatório do sistema de informação E-SUS AB, no município de Camaragibe 2478 pessoas (1,57%) declaram ter algum tipo de deficiência (BRASIL, 2020).

Na RCPD, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como um espaço institucional para ações não relacionadas somente à esfera biológica das doenças, permite uma ampliação da cobertura assistencial, promove saúde, previne os agravos e proporciona o cuidado no território (CAMPOS et al., 2015). A APS atua como principal porta de entrada do sistema de saúde e possui como atributos essenciais a coordenação do cuidado, longitudinalidade, integralidade e acesso de primeiro contato (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado consiste em um processo que tem como objetivo integrar ações e serviços de saúde tanto de maneira vertical – entre a APS e outros níveis de saúde- como de forma horizontal- entre os serviços da APS e os equipamentos sociais. É neste atributo que diferentes profissionais utilizam mecanismos e ferramentas específicas para planejar a assistência, definir os fluxos, trocar informações sobre os usuários e seu processo assistencial, referenciar, contrarreferenciar e monitorar as diferentes necessidades com o fim

de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempos oportunos (ALELUIA, 2017).

Já a longitudinalidade se caracteriza como a existência de uma fonte de atenção continuada e de utilização regular ao longo do tempo. Este atributo é responsável por gerar uma confiança mútua entre os profissionais e a comunidade, visto que essa relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa e promotora de vínculos (STARFIED, 2005).

Na APS a Fonoaudiologia se insere no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e cabe a ela diagnosticar os problemas ambientais e detectar alterações, desenvolver atividades de promoção e proteção à saúde em geral, realizar visitas domiciliares, atuar em escolas e creches, oferecendo assessoria e orientação, organizar grupos de promoção e prevenção de saúde, atender à demanda encaminhada para atividades coletivas, discutir os casos com a equipe, entre outros (SOLEMAN; MARTINS, 2015).

Na atenção à pessoa com deficiência, a Fonoaudiologia trabalha na garantia do acesso à saúde com o olhar voltado para integralidade, humanização e equidade dos serviços prestados. Atua com práticas fonoaudiológicas tanto no âmbito técnico-pedagógico com as equipes da saúde da família afim de promover a clínica ampliada, como no atendimento e suporte direto à pessoa com deficiência no âmbito clínico-assistencial, ambos atravessados pelo apoio matricial (MOLINI-AVEJONAS et al., 2010). Segundo estudo realizado com fonoaudiólogos da Região Metropolitana do Recife, 80% desses profissionais atua com ações intersetoriais de inclusão de pessoas com deficiência dentro da APS (FERNANDES et al., 2013).

A Fonoaudiologia atuando na prestação do cuidado à PCD dentro da APS deve contribuir com os atributos de coordenação e longitudinalidade, e conseqüentemente garantir integralidade na assistência. A fragmentação no cuidado, somados às mudanças epidemiológicas e demográficas, mais as desigualdades sociais de acesso aumentam o desafio e fragilizam ainda mais essa integração.

Uma APS forte assegura maior eficiência, garante melhores resultados na saúde da população e sustenta o sistema, visto que é ela que possui a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade. Considerando este fato criar e utilizar instrumentos que permitam equalizar os diversos desafios que esse sistema produz é necessário para avaliar e monitorar seus resultados enquanto Política Pública (WHO, 2008;

STARFIELD, 2002). Além da necessidade de unir evidências científicas que comprovem a resolutividade do NASF na APS e fortalecer a Fonoaudiologia e seu campo de atuação na saúde pública brasileira.

Para além desses fatores, a pessoa com deficiência ou qualquer grupo que possua alguma inabilidade ou condição, necessita da garantia e de um acesso maior aos serviços de saúde e conseqüentemente a Rede de Atenção à Saúde. No que diz respeito à criança com deficiência, sabe-se que a detecção e intervenção precoce são fatores importantes para definição do percurso de vida e que estes são potencialidades presentes na Atenção Primária à Saúde.

Diante do exposto, esta dissertação propõe investigar como acontece a longitudinalidade e a coordenação do cuidado nas práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia às pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde? Para isto foi estabelecido como objetivo geral: Avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF.

Como objetivos específicos: Caracterizar as pessoas com deficiência assistidas pela Atenção Primária à Saúde segundo tipo de deficiência, aspectos sociodemográficos e condições gerias de saúde; avaliar a coordenação do cuidado e longitudinalidade dentro das práticas de saúde oferecidas pela Atenção Primária à Saúde às pessoas com deficiência segundo perspectiva da equipe de saúde da família e do usuário; avaliar a coordenação do cuidado e longitudinalidade dentro das práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia no NASF segundo perspectiva das famílias das pessoas com deficiência; e relacionar os escores encontrados com as variáveis faixa etária, tipo de deficiência e tipo de afiliação.

Para atingir os objetivos propostos, o estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva, avaliativa e observacional, de abordagem quantitativa. Foi realizada no município de Camaragibe- Pernambuco nos territórios que possuem apoio da Fonoaudiologia no NASF.

Dessa forma, o presente trabalho está estruturado em cinco capítulos nos quais o primeiro é essa introdução, o segundo capítulo traz o referencial teórico, o terceiro o método empregado na realização da pesquisa de campo. No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa que gerou a produção de um artigo original a ser submetido a revista *Ciência & Saúde Coletiva* (ANEXO A). O título do artigo é: Longitudinalidade e Coordenação do cuidado da Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde às crianças com deficiência. E por fim o quinto capítulo com as considerações finais.

Além dos capítulos propostos, compõem também essa dissertação os resumos e certificados de apresentação de trabalhos e anais em eventos, frutos desta pesquisa. Participação no XXVIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com aprovação e apresentação do trabalho: Refazer e repensar: atuação da fonoaudiologia no NASF-AB em tempos de COVID-19 (ANEXO B) e também do trabalho “Vivência de estudantes de fonoaudiologia em uma unidade de saúde da família: relato de experiência” (ANEXO C), como também participação como palestrante na mesa de discussão de casos da Equipe NASF com o tema “Da caneta nas mãos dos poderosos à mãe que aguarda o atendimento da fono para seu filho: desafios das decisões políticas no fazer da Fonoaudiologia no NASF” (ANEXO D).

Participação no XXIX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com a aprovação e apresentação do trabalho: Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde e Pessoas com deficiência: os desafios do acesso a Fonoaudiologia (ANEXO E). Participação no XXX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com aprovação e apresentação do trabalho: Fonoaudiologia e pessoas com deficiência: avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde (ANEXO F) e participação como palestrante neste mesmo congresso no talkshow: Impactos do Previner Brasil no NASF (ANEXO G). Participação no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva 2022 com aprovação e apresentação do trabalho: Fonoaudiologia e pessoas com deficiência: avaliação da longitudinalidade na atenção primária à saúde (ANEXO H).

Participação no II Encontro em Saúde da Comunicação Humana da UFPE- Diálogos na Atenção Básica à Saúde como palestrante na mesa intitulada “ Relatório Mundial da Audição: um foco na Atenção Básica à Saúde” (ANEXO I).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A discussão sobre o conceito de deficiência vem se modificando ao longo do tempo. Os debates conceituais passaram por inúmeras bases de compreensão. De acordo com o decreto 3.298 de 20 de dezembro de 1999, a deficiência se caracteriza como perda ou anormalidade de uma estrutura ou função fisiológica, psicológica ou anatômica que pode gerar dificuldade para o desempenho de uma atividade dentro do padrão considerado esperado para um ser humano (BRASIL, 1999).

Dentre as visões sobre a deficiência, destacam-se a baseada no modelo biomédico de explicação do processo saúde-doença, limitada apenas aos aspectos corporais, e aquelas que se fundamentam em modelos que consideram o processo saúde-doença sob uma perspectiva social e ampla (FREITAS, 2009; BOCCOLINI et al., 2017). Sabe-se que a definição não é simples e envolve múltiplos fatores, por isso deve ser entendida a partir de sua complexidade.

Atualmente, o modelo mais abrangente e usado internacionalmente é o adotado pela CIF. Esse modelo entende a funcionalidade e a deficiência como uma interação entre os aspectos de saúde e contextuais, como os ambientais, sociais e culturais. Ele vai além da mensuração funcional de PCD e seu reconhecimento dos determinantes de condição de vida estimula a concepção de políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853/1989 - Lei de Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência- e considera deficiência como: Toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999). Já o artigo 2º da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência- diz que PcD é: Art. 2º Aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Conforme o Relatório Mundial sobre a Deficiência, mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo tem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Esse valor representa aproximadamente 15% da população mundial, sendo observada maior incidência sobre os grupos mais vulneráveis, como mulheres, idosos e pessoas com limiar de pobreza extrema. Sobre a população infantil, estimou-se que, no mínimo, 10% das crianças nascem com algum

tipo de deficiência ou a adquirem durante o seu desenvolvimento (WHO; THE WORLD BANK, 2012).

No Brasil, os resultados do último censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, indicaram que há em torno de 45,6 milhões de pessoas (23,9%) com algum tipo de deficiência. Desse total, mais de 17,7 milhões (6,7%) foram classificadas como “severas”. A deficiência visual (3,4%) foi a mais predominante, seguida pela motora (2,3%) e auditiva (1,1%), respectivamente (IBGE, 2010).

O Nordeste é a segunda região do país com maior percentual de população apresentando pelo menos um tipo de deficiência, cerca de 26,63%. Parte dos dados utilizados nesse estudo foi extraída da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que toma como referência a legislação brasileira para classificação de deficiência. Os dados mostraram que 6,2%, cerca de 12,4 milhões de brasileiros referiram algum tipo de deficiência. A deficiência visual foi a mais prevalente dentre as investigadas, com valor de 3,6%, por volta de 7,2 milhões de pessoas. Seguida pelas deficiências física com 1,3% (2,6 milhões), auditiva 1,1% (2,2 milhões) e intelectual 0,8% (1,5 milhão) (MALTA et al., 2016). A diferença verificada entre os resultados do IBGE e do estudo mencionado anteriormente pode ser justificada pela adoção de conceitos distintos de deficiência, além de distintos instrumentos e métodos de coleta de dados.

Segundo a norma técnica 01/2018 do IBGE que utilizou a linha de corte recomendada pelo Grupo Washington, houve interferência direta no número de pessoas com deficiência no Brasil. Desta forma, ao aplicar esta linha de corte, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil, captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 não se faz representada pelas 45.606.048 pessoas, ou 23,9%, mas sim por um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2018).

O impacto da adoção da linha de corte foi significativo para as deficiências auditiva e motora, mas é ainda mais intenso para a visual. O percentual de pessoas com deficiência visual, conforme o novo critério, é de 3,4%, muito mais próximo do percentual relativo às demais deficiências – 1,1% e 2,3% para auditiva e motora, respectivamente – do que quando comparados pelo critério anterior (IBGE, 2018).

Desde o final da década de 70, a partir de movimentos sociais das pessoas com deficiência, mobilizações tencionaram o Estado a incorporar esta temática como uma

preocupação, propondo programas e políticas nacionais voltadas para esta população. Antes do SUS, a sociedade civil colaborou com os cuidados às pessoas com deficiência através de associação de amigos e parentes, entidades filantrópicas, religiosas e/ou de mercado (CAMPOS et al., 2015).

Como marco internacional houve, a Convenção Internacional dos Direitos da pessoa com deficiência, que aconteceu no dia 30 de março de 2007 e no Brasil com o incremento na agenda dos Direitos Humanos. Esse trabalho culminou na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em 2002 e no Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência em 2012 que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com deficiência (BRASIL, 2002).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi um marco e uma conquista para as pessoas com deficiência que utilizam o SUS. A sua estruturação é baseada nas diretrizes da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece a RCPD como estratégia para superar a fragmentação do cuidado, da atenção e da gestão nas regiões de saúde e para aperfeiçoar, como aprimorar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar, com efetividade e eficiência, ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita (TUON; CERETTA, 2017).

No entanto, é em 2012 que ela começa a efetivar-se com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Para seu processo de implementação, o Ministério da Saúde realizou um amplo debate, por meio da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, para elaborar uma série de orientações, normativas, instrutivos e materiais de referência a partir da discussão e da definição dos princípios e diretrizes da Rede com gestores e profissionais da saúde, movimentos sociais e pesquisadores (CAMPOS, 2015).

Na sequência a portaria 835 de 2012, instituiu regras de financiamento aos estados e municípios, tanto para construir, ampliar, reformar, equipar e capacitar os profissionais de saúde das unidades de saúde envolvidas pela Rede, quanto para o custeio mensal de seus serviços nesse campo. A RCPD estabelece um modelo para as ações em saúde para as pessoas com deficiência e prioriza o respeito aos direitos humanos com garantia a liberdade e autonomia a essas pessoas (BRASIL, 2012)

Desse modo a RCPD possui como componentes a Atenção Básica (AB), Atenção Especializada, Atenção Psicossocial, Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, no qual todos devem estar articulados, atuando cada um com seu conjunto de ações e procedimentos,

estabelecendo processos e fluxos de cuidado garantindo uma atenção contínua, integral, humanizada, de qualidade e responsável (CAMPOS et al, 2015).

Dentro da Atenção Especializada estão os Centros Especializados de Reabilitação (CER) que precisam exercer uma outra lógica na organização da reabilitação, extrapolando a atuação por modalidade de deficiência fechada sobre si mesma. Além deles, o Ministério da Saúde oferece também os estabelecimentos de saúde, anteriormente habilitados para apenas um Serviço de Reabilitação, Oficinas Ortopédicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (CAMPOS et al, 2015; BRASIL, 2013).

Com relação à Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência são garantidos leitos de cuidados prolongados e centros cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica. Esses níveis deverão responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado dentro dessas situações, como também instituir equipes de referência nesses serviços (BRASIL, 2013).

Na AB são ofertados os serviços existentes nas Unidades de Saúde da Família, a partir da Estratégia de Saúde da Família, a Atenção Odontológica e o NASF-AB. Para garantir o direito de acesso dessa população à saúde, a rede precisa contemplar os pontos de atenção em todos os níveis de complexidade do SUS, situados em seus territórios. É fundamental observar as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção que são acessibilidade, comunicação, manejo clínico, medidas de prevenção da perda funcional, redução do ritmo da perda funcional e/ou melhora ou recuperação da função e medidas de compensação da função perdida e manutenção da função atual (BRASIL, 2013).

Com o propósito de reorganizar e reestruturar o nível da APS a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com o objetivo de se construir um novo paradigma nos processos de cuidado à saúde no qual a família é parte integrante desse processo. Essa estratégia baseia-se no território da população adscrita para planejar sua ação. Através do conhecimento de como se dão esses processos tanto historicamente, culturalmente, em seus aspectos sócio-demográficos, como também epidemiológicos baseiam-se as intervenções e ações de promoção, prevenção e reabilitação a saúde e seus cuidados (MOLINI AVEJONAS, 2010).

As equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, com a possibilidade de composição com a equipe de saúde bucal, como também os agentes de endemias, porém para atingir a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade foi necessário o acréscimo de outros profissionais da saúde a essa equipe. Visando à complementação das equipes da ESF,

foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 pela portaria n °154 do Ministério da Saúde cujo objetivo era ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção das EqSF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Antes disso houve tentativas da inserção de equipes multiprofissionais na Atenção Básica em 2003 e em 2005, frutos da pressão das categorias profissionais da saúde, somados as intenções de mais financiamento para os municípios e algumas experiências exitosas. Dessa maneira foram criados os NAISF (Núcleo de Atenção Integral em Saúde da Família), com pouca duração. Nesse sentido somente em 2008 que de fato o NASF foi criado e veio ganhando força para sua implantação, manutenção das equipes e organização do seu processo de trabalho (MATTOS et al., 2022).

## 2.2 FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com relação aos marcos históricos-normativos do NASF em 2010, com o Caderno de Atenção Básica nº 27 foram instituídas as diretrizes de funcionamento das equipes NASF, a partir desse arcabouço teórico foram definidas as atribuições comuns, as ações por estratégias a partir de cada política pública em saúde, como também instituiu as ferramentas tecnológicas que são apoio para a gestão e à atenção que são o matriciamento, PTS (Projeto Terapêutico Singular), PST (Projeto de Saúde no Território) e a Clínica Ampliada (BRASIL, 2010).

A partir do Caderno de Atenção Básica 39 foram previsto três modalidades de NASF: NASF1 que tem que estar vinculado de 5 a 9 EqSF com somatório de no mínimo 200 horas semanais com cada ocupação com no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas semanais; NASF2 que tem que estar vinculado de 3 a 4 EqSF com somatório de no mínimo 120 horas semanais com cada ocupação com no mínimo 20 horas semanais e no máximo 40 horas; NASF3 vinculados entre 1 a 2 EqSF com carga horaria semanal de no mínimo 80 horas semanais com cada ocupação no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas semanais (BRASIL, 2014).

Em 2017 com a nova proposta da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi dado início a uma série de intervenções, no que diz respeito ao NASF, foi alterado seu nome

para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e o termo apoio matricial foi retirado do texto, mantendo seu conceito presente. As equipes de Atenção Básica (eAb) foram inclusas na divisão do financiamento para Atenção Básica também a partir da reformulação da PNAB em 2017. Esta modalidade não tem a obrigatoriedade da presença do ACS.

Além dessa modificação, no final de 2019 ocorreram mudanças significativas no modelo de financiamento da APS. O repasse dos recursos federais para os municípios deixa de ser por número de equipes de saúde da família e NASF credenciadas e implantadas e passa a ser: por número de pessoas cadastradas em cada EqSF ou equipes de Atenção Básica (eAB) e por desempenho dessas equipes em indicadores selecionados (BRASIL, 2017; REIS; MENESSES, 2020).

Em síntese, não existe mais valor fixo e regular repassado ao município em função da existência de eSF e NASF. As eSF ou eAB serão mantidas enquanto equipes, pois é a elas que os usuários precisam estar aderidos e cadastrados, já que parte do financiamento agora advém daí; mas as equipes NASF-AB deixam de existir como requisito para repasse dos recursos (REIS; MENESSES, 2020)

Em 2020, o Ministério da Saúde lançou uma nota técnica com mudanças que liberam os gestores a adotarem qualquer modelo de equipe NASF. Os secretários municipais e estaduais a partir de agora podem definir quais profissionais irão compor a equipe, como também, a carga horária de cada categoria. Além disso, os gestores não precisam mais inserir o profissional do NASF no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) – o que, na prática, os torna invisíveis na gestão pública (CEBES, 2020).

Conforme estudo realizado por Mattos et al., muitas foram as mudanças realizadas durante a trajetória do NASF-AB, até então a última portaria em vigência lançada acerca desse serviço foi a Portaria nº 37 do dia 18 de janeiro de 2021 que além de redefinir o registro das equipes da APS no CNES também reinseri o NASF-AB enquanto código no sistema. A portaria cria três novas tipologias de NASF e cria a Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP). Para este trabalho como uma escolha política e normativa opta-se por utilizar o termo NASF como marco histórico importante e principal caracterizador deste serviço.

Ainda assim, a atuação do NASF baseia-se nas diretrizes da APS trabalhando em ações interdisciplinares e intersetoriais, educação permanente tanto para os profissionais como

para a população, no processo de territorialização, na integralidade e participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Essa atuação está dividida em nove áreas estratégicas: atividades físicas e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. A equipe é escolhida de acordo com as necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfis epidemiológicos dos territórios ficando a encargo da gestão municipal a seleção dos mesmos (BRASIL, 2014).

Os NASFs criam junto com a equipe básica espaços de reuniões e discussões, visando melhorar a qualidade do atendimento à população, uma das formas desse espaço de diálogo e troca de saberes acontecer é através do Apoio Matricial. A atuação da equipe multiprofissional juntamente com a EqSF se fundamenta no Apoio Matricial que é uma forma de assegurar a retaguarda assistencial e o suporte técnico-pedagógico que consiste numa estratégia de organização de trabalho em saúde que acontece a partir dessa integração. Essa prática possui como objetivo aumentar a capacidade de cuidado das equipes, ampliar o escopo de ofertas das USF (Unidade de Saúde da Família), auxiliar na articulação com outros dispositivos da rede através de troca de saberes dos núcleos, compartilhamento dos problemas e intervenção pactuada e bem articulada (OLIVEIRA; CAMPOS, 2017).

Outra ferramenta utilizada é a Clínica Ampliada que vem através da PNH (Política Nacional de Humanização) auxiliar na interdependência do trabalho em saúde enxergando o sujeito em sua complexidade e lidando com os problemas atuais de saúde. Sua execução é caracterizada pelos seguintes movimentos: compreensão ampliada do processo de saúde e doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do “objeto de trabalho”, transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e suporte dos profissionais de saúde. Ampliar essa visão da clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão de acordo com as necessidades do usuário (BRASIL, 2009).

O PST e o PTS consistem em planos executados para melhoria da comunidade/usuário/família, no caso o PST para criação de estratégias para o desenvolvimento de ações efetivas na produção de saúde no território envolvendo a articulação dos serviços de saúde com políticas sociais e o PTS no conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas resultado de uma discussão coletiva entre a equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário que não precisa ser necessariamente

individual, mas desenvolvido para a família ou para o coletivo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Por mais que um dos princípios do SUS seja a integralidade o trabalho multiprofissional ainda é um desafio na realidade da saúde no Brasil, as perspectivas da integralidade das ações favorecem uma ação inter/transdisciplinar fazendo com que o usuário seja visto em sua complexidade e peculiaridade. A qualidade no serviço em saúde não se detém somente no suprimento das demandas assistenciais, mas sim com prioridade nas intervenções de promoção a saúde e prevenção de doenças. Alguns outros pontos como a capacidade de escuta e de construção de vínculos positivos, a resolutividade clínica, o suporte técnico-pedagógico para os profissionais, o acesso a recursos situados fora da AB, os modos de organização e gestão de agendas e o escopo de ações ofertadas na AB são aspectos em que o NASF adentra nesse sistema com o propósito de auxiliar a EqSF e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2014).

A atuação da Fonoaudiologia dentro do Sistema Único de Saúde é bastante ampla, presente nos diferentes níveis de assistência, o que exige desenvolvimento de distintas tecnologias de trabalho em saúde que sejam capazes de cuidar dos processos de saúde e doença das pessoas e dos grupos sociais de risco ou em situação de vulnerabilidade social. Assim como as outras profissões, a Fonoaudiologia precisa desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde, diretamente relacionadas à melhoria dos indicadores de qualidade de vida e de saúde da população (CFFa, 2008).

É a partir também da Fonoaudiologia na APS que sua consolidação se fortalece e para isso é necessário que ela conheça as diretrizes, atributos e papéis de sua atuação na Atenção Básica, como também, realizar ações integrais, intersetoriais e interprofissionais com base no cuidado integral na saúde. Contudo, esse suporte é escasso visto que sua distribuição ainda é irregular, se concentrando mais na região sudeste e somente 50,8% das equipes NASF no Brasil possuem fonoaudiólogos em sua formação (VIÉGAS et al., 2018).

No NASF a atuação fonoaudiológica exige uma visão generalista no qual o profissional deve organizar suas práticas em bases territoriais definidas a partir do conhecimento das necessidades de saúde da população e de perfis epidemiológicos. Ele possui também um importante papel na implementação das linhas de cuidado que consistem em estratégias utilizadas para organizar a atenção à saúde e que orientam profissionais sobre os caminhos preferenciais que os usuários devem percorrer e sobre as condutas a serem

adotadas, para terem suas necessidades adequadamente atendidas (ANDRADE et al., 2012; ANDRADE et al., 2014).

Segundo estudo realizado por Lima et al (2021) são atribuições profissionais específicas da Fonoaudiologia atuando na APS: apoio matricial em Fonoaudiologia, políticas de saúde e ordenamento da RAS, da saúde fonoaudiológica, promoção, prevenção e diagnóstico situacional fonoaudiológicos, construção e sistematização de dados epidemiológicos, promoção de ambientes saudáveis à comunicação humana acolhimento, orientação e acompanhamento fonoaudiológico, orientações quanto ao escopo da Fonoaudiologia, atendimento individual e coletivo, como também atendimento domiciliar em Fonoaudiologia, ações voltadas a grupos populacionais, triagens e gerenciamento fonoaudiológico.

Também nesta pesquisa defende-se que conhecer os atributos e seus papéis é fundamental para a atuação na APS. Quando se trata do atributo da coordenação as atividades de gerenciamento fonoaudiológico (termo utilizado na identificação de parâmetros de monitoramento/acompanhamento das disfagias) e à emissão de relatórios, pareceres e registros em prontuários (configurando dessa forma a referência e contrarreferência) fortalecem este atributo.

Quanto ao atributo da longitudinalidade, ainda neste estudo, as atividades e ações voltadas para o público alvo gestante e idosos foram identificadas como oferta regular de cuidados pela equipe ao longo do tempo e por fim também fortalecem esse atributo.

### 2.3 AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Segundo a OPAS (2011) países que possuem a Atenção Primária à saúde como base em componentes-chave para seu sistema apresentam: maior eficiência do fluxo dos usuários dentro da rede de saúde, tratamento mais efetivo em casos crônicos, melhores indicadores de saúde, maior utilização da prevenção de agravos, maior eficiência do cuidado e maior satisfação dos usuários. Consequentemente ocorre a diminuição nas iniquidades de acesso ao sistema de saúde, como também melhora do estado geral da população.

Dois fatores são importantes na APS e se comportam de forma interdependente e distinta: um aspecto é que esse nível de atenção se configura como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, o outro é que se configura como um modelo de mudança da prática clínica-assistencial do profissional de saúde. Esta é orientada por eixos estruturantes que são os atributos essenciais: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

São estes que estruturam a APS e podem ser classificados de acordo com as características estruturais como condições do ambiente, equipamentos e em processo ou desempenho que diz respeito à qualidade dos serviços prestados, qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes (STARFIELD, 2005).

Considerando que o presente estudo aborda avaliação dos atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado o aprofundamento teórico ocorrerá dentro destes dois campos.

A coordenação do cuidado consiste em uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa que possui o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede. É concretizada a partir do acesso à informação, da responsabilização pelo cuidado e da organização do fluxo do usuário na rede de atenção à saúde (CHUEIRI et al., 2017).

Pode ser definida também como a articulação entre os diversos serviços e ações de maneira sincronizada e com um objetivo em comum, isso independentemente do local onde essa atenção será ofertada. Precisa ter como objetivo ofertar àquele que recebe um conjunto de serviços e informações que possam responder as necessidades de saúde de forma integrada e nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. É considerada como a que têm maior relevância, uma vez que, com sua ausência o primeiro contato seria uma atitude basicamente administrativa, a integralidade seria fragilizada e a potência da longitudinalidade diminuída (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Existe também um dissenso em relação a como nomeá-lo: ‘coordenação entre níveis assistenciais’ ou ‘coordenação dos cuidados’? Na bibliografia consultada, foram encontrados os dois. Em publicação brasileira, que adaptou e validou instrumento para avaliar as dimensões essenciais da APS, a coordenação é tomada como sinônimo de integração dos serviços (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Nesse estudo, adotou-se o conceito de ‘coordenação dos cuidados’, que é compreendido como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA, 2010).

Com relação ao conceito do atributo da longitudinalidade existem diferenças entre a literatura nacional e internacional. E alguns estudos o conceito de longitudinalidade e continuidade do cuidado são considerados sinônimos. O atributo é considerado a continuidade do que estaria relacionada à questão da sucessão de eventos entre as consultas, sem importar onde ocorreram e por quais motivos, e sem o estabelecimento de uma relação pessoal ao longo do tempo (STARFIELD, 2005).

A longitudinalidade, também é considerada uma fonte regular de atenção que é utilizada ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde. É abordada ainda a diferença entre a longitudinalidade temporal, que tem a ver com a duração desse vínculo. Este conceito pode ocasionar controvérsias visto que uma relação pode ser extensa, mas sem benefícios, como pode ser curta e satisfatória. E a longitudinalidade pessoal que corresponde ao vínculo interpessoal entre os usuários e sua fonte de atenção (BARATIERE; MARCON, 2011).

Para que este atributo aconteça na prática é preciso que exista o alcance do entendimento entre as partes envolvidas na relação, o espaço seguro e tranquilo para que o usuário possa falar sobre suas preocupações e o quanto a pessoa sente que o profissional está interessado em outros fatores da sua vida e não apenas em seu problema de saúde. O profissional precisa entender o que de fato é importante para a pessoa que ele se propõe a cuidar (STARFIELD, 2002).

A presença da longitudinalidade na APS está relacionada a favorecer: o acompanhamento da pessoa, o seguimento e a efetividade do tratamento proposto e acordado, a avaliação das necessidades de saúde, a compreensão quanto ao processo de encaminhamento, a diminuição de internações hospitalares, e a satisfação e confiança dos usuários. Também contribui para a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos (PAULA et al., 2015).

Visto que a APS é a principal porta de entrada para o SUS e considerada tanto a ordenadora como a principal coordenadora do cuidado em saúde a avaliação de programas e serviços é importante porque verifica a associação entre as ações e seus resultados. A

avaliação deve assinalar os impactos das atividades desenvolvidas, esclarecendo o funcionamento do serviço e facilitando as tomadas de decisão por meio de correção de falhas e alteração de condutas. Ao assumir o cuidado como prática fundamental é necessário que a avaliação não seja um processo exclusivamente técnico, pois é imprescindível incorporar a subjetividade na relação do usuário com o serviço de saúde, averiguando o sucesso prático das ações em saúde (DIAS et al., 2019).

Quando se diz respeito a avaliação do usuário do sistema de saúde sobre a assistência recebida no serviço há estudos que contemplem esta área, contudo se faz necessário outras perspectivas, aferir os resultados encontrados e a existência de instrumentos mais objetivos de avaliação. Ademais a vivência do comunitário pode revelar uma importante dimensão do desempenho dos serviços de saúde e com isso é possível identificar problemas e dificuldades que afetam a qualidade do cuidado prestado. Segundo Moreira et al (2020) as experiências e expectativas de quem utiliza o serviço deve ser considerada na avaliação e organização do NASF-AB para que seja possível também superar as fragilidades e avançar nos cuidados primários (ACIOLE; OLIVEIRA, 2017).

Principalmente nesses dois últimos anos houve diversas mudanças no que diz respeito às políticas públicas de saúde e uma delas diz respeito ao financiamento da Atenção Básica (AB). Anteriormente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) avaliava o desempenho das eSF e gerava um incentivo financeiro a esse município e foi substituído por um “um instrumento com avaliação de prioridades psicométricas e reconhecimento de amplo uso nacional e internacional” chamado PCATool. O PCATool é uma proposta ferramenta que contribui na busca de evidências científicas que comprovem a efetividade da APS. A partir dele será possível identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2020).

O PCATool é um instrumento composto por itens que avaliam a prestação do serviço a partir dos atributos essenciais e derivados da APS. Tais itens podem ser medidos não somente pela perspectiva do gestor, mas também pela dos profissionais e pelos usuários do serviço de saúde. Sua utilização serve como ferramenta para permitir o seguimento da resolutividade da atenção, da orientação e treinamentos das equipes multidisciplinares e gestora, como também estimula a pesquisa científica na saúde pública (GUIMARÃES et al., 2022).

Este instrumento foi traduzido e adaptado em vários países, mesmo com suas diferenças de sistema de saúde, incluindo países como Canadá, Espanha, China, Porto Rico, Argentina, Coreia do Sul e Uruguai. No Brasil foi validado nas versões PCATool criança, e PCATool Profissionais, PCATool - Brasil Saúde Bucal para usuários adultos versão extensa; PCATool - Brasil Saúde Bucal para profissionais dentistas versão extensa. Sua versão mais recente e final foi validada em 2020 (BRASIL, 2020).

No aspecto da longitudinalidade este atributo precisa ser garantido no trabalho do NASF-AB em conjunto com a equipe de saúde da família em dois aspectos na continuidade da atenção e no fortalecimento do vínculo. No que se refere a continuidade a atuação do NASF-AB precisa garantir independente da presença ou da ausência da doença e as equipes precisam também ser responsabilizadas pelos casos que demandam atenção especial (MOREIRA et al., 2020).

O fortalecimento do vínculo o NASF contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança entre os usuários e os profissionais/serviços e promove a autonomia dos indivíduos com a corresponsabilização sobre os seus problemas de saúde (MOREIRA et al., 2020).

Em um estudo realizado por Frank et al. (2015) foi avaliado o atributo da longitudinalidade com o PCATool e constatada a necessidade de mudanças profundas no processo de trabalho das equipes de saúde da família visto que as famílias assistidas avaliaram melhor as unidades de saúde sem a ESF do que as que possuíam. Com relação a coordenação do cuidado, Carneiro et al. (2015) identificaram que a maior fragilidade nesse atributo tinha a ver com a dificuldade na contrarreferência dos serviços dentro da Rede de Atenção à Saúde e o uso do prontuário familiar foi visto de maneira positiva.

Quando se trata da pessoa com deficiência e a avaliação dos atributos da APS a partir do serviço recebido ainda são poucos os estudos que avaliam com a perspectiva desse grupo. Segundo pesquisa realizada por Almeida et al. (2017) quando comparado a avaliação dos atributos essenciais e derivados de acordo com pessoas com e sem deficiência não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos atributos, contudo para o grupo de um modo geral obtiveram-se escores altos: acesso de primeiro contato (utilização), longitudinalidade e Coordenação da atenção (sistema de informação) e baixo escore: acesso de primeiro contato (acessibilidade), Coordenação da atenção (integralidade do cuidado), Integralidade (serviços disponíveis e prestados) e Orientação familiar e comunitária.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Camaragibe/Pernambuco que dispõe de 45 Equipes de Saúde da Família compreendendo, 100% da cobertura do território em questão. O município é dividido em 4 em regiões político-administrativas na área da saúde.

Todas as equipes de saúde da família possuem cobertura do NASF. Apesar, do município ser dividido em quatro territórios, as equipes NASF são em número de cinco, ficando cada uma com 9 equipes de saúde da família. Essa decisão foi baseada na antiga Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do ano de 2011, como também baseada no Caderno de Atenção Básica nº39 (CAB-39), no qual o número máximo de equipes permitido por NASF na modalidade tipo 1 é de apoio a nove equipes de saúde da família (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Cada equipe NASF-AB possui uma formação específica de categoria profissional montada de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, baseado no Projeto de Saúde no Território (BRASIL, 2009). Os NASF, que possuem a categoria Fonoaudiologia inserida em sua equipe no município, são: NASF- II e NASF III. Além desses serviços na APS existem também profissionais da Fonoaudiologia em outros níveis nas RAS. No nível secundário de atenção à saúde no Núcleo de Reabilitação existem duas fonoaudiólogas, uma para atendimento infantil e outro para adulto, no Centro de Atenção Psicossocial Infantil um fonoaudiólogo e na Associação de Pais e amigos dos excepcionais (APAE) também um profissional fonoaudiólogo, sendo este último uma organização social que possui parceria com a prefeitura. Não há fonoaudiólogo inserido nos hospitais, ou seja, no nível terciário.

#### 3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estudo abrangeu dois grupos:

- Equipe de Saúde da Família/Profissionais: no que diz respeito a este grupo participaram as equipes que são cobertas pelo NASF com fonoaudiólogo e como preconiza o instrumento utilizado, o médico e enfermeiro das equipes correspondentes, foram entrevistados. Quanto a população do estudo foram estimados dezoito profissionais da Medicina e dezoito profissionais da Enfermagem baseado que cada equipe possui um médico e um enfermeiro e cada equipe NASF cobre neste município 9 equipes de Saúde da Família. Este número foi baseado na quantidade da

equipe mínima coberta pela equipe NASF dentro da Atenção Primária à Saúde, conforme citado anteriormente baseado no CAB- 39 (BRASIL, 2011); contudo ao final a amostra correspondeu a 13 médicos e 17 enfermeiras porque quatro USF estavam sem médico na equipe e uma médica se recusou a participar da pesquisa. Uma enfermeira não participou da pesquisa porque estava em licença médica no período da coleta.

- Usuários do serviço/Famílias: participaram da pesquisa famílias de crianças com deficiência na faixa etária de zero até doze anos incompletos, como estabelece a Estatuto da Criança e do Adolescente e suas famílias (BRASIL, 1990). A escolha desse grupo deve-se a importância e potência da Atenção Primária à Saúde na identificação e intervenção precoce a partir da puericultura na infância, por esse público ser a maioria nos atendimentos individuais solicitados pelas equipes de saúde da família, ele é predominante nas intervenções da Fonoaudiologia no NASF, como também a situações endêmicas como a Síndrome da Zika Vírus e o aumento dos casos de TEA no território que demandam maior atuação da Fonoaudiologia. Na presente pesquisa a população do foi composta por todas as crianças com deficiência identificadas nas áreas cobertas pelo NASF e que passaram pelo fonoaudiólogo. O total da amostra foram de 59 crianças/famílias entrevistadas. Estas foram identificadas a partir dos registros dos atendimentos realizados a essas famílias desde a inserção e atuação dos profissionais no NASF.

Com relação às deficiências, foram incluídas crianças com deficiência auditiva, física, mental/intelectual, deficiência múltipla, crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) que de acordo com o decreto 8.368 e a lei 12.764 também são consideradas pessoas com deficiência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014), como também crianças com suspeita de TEA devido ao número significativo nos territórios.

### 3.3 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo avaliativo, descritivo e observacional.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a agosto de 2021. Para caracterização do grupo de crianças com deficiência dos territórios II e III foi utilizado o sistema de informação da Atenção Básica: e-SUS AB (ANEXO J). O E-SUS consiste em

uma plataforma tecnológica que tem como objetivo informatizar as unidades de saúde da família e oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão (CONASS, 2013). Para identificação da população infantil com deficiência foi utilizado o filtro da faixa etária e coletados dados relacionados ao tipo de deficiência, dados sócio-demográficos e aspectos de assistência à saúde.

O número encontrado no E-SUS corresponde à população total de crianças com deficiência nos territórios. Para a avaliação dos atributos, a partir da assistência oferecida pela Fonoaudiologia na APS, foram entrevistadas famílias que já tiveram suporte da Fonoaudiologia do NASF no período de 2017 a 2020 que é a partir do ano em que o município contou com duas fonoaudiólogas inseridas neste nível de atenção à saúde. Tanto para chegar nas crianças com deficiência, como as que possuíam suspeita de TEA, foram averiguados os registros dos atendimentos das fonoaudiólogas dos NASF no período supracitado com as devidas demandas referidas pelas famílias.

Ao ser direcionada para o suporte no atendimento individual com a Fonoaudiologia no NASF, nas reuniões de discussão de casos, a equipe de saúde da família traz as necessidades referidas pelas famílias para este atendimento. Portanto, nos registros das intervenções realizadas pela fonoaudióloga consta se a criança tem deficiência ou não e também a suspeita.

Foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool*- PCATool (ANEXO L), método desenvolvido pela Johns Hopkins para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados. Este instrumento foi validado pelo Ministério da Saúde no Brasil, para os usuários do serviço e profissionais de saúde. Neste estudo, os atributos que foram abordados foram a longitudinalidade e a coordenação do cuidado que se divide em integração de cuidados e sistema de informação (SHI, STARFIELD, JIAHONG, 2001; BRASIL, 2020).

A ferramenta PCATool avalia os atributos da APS sob a ótica do trabalho da equipe de saúde da família e das famílias usuárias do serviço. Para avaliar estes atributos na prática fonoaudiológica ofertada a pessoas com deficiência, foi elaborado um instrumento de avaliação baseado no PCATool que avaliou a coordenação do cuidado e a longitudinalidade na perspectiva das famílias que receberam suporte fonoaudiológico na APS. As perguntas foram mantidas alterando apenas o ator avaliado, neste caso o serviço da Fonoaudiologia no NASF (APÊNDICE A).

As respostas do PCATool são do tipo Likert, no qual equivalem: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro. Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Esses escores mostram valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços com maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado. Igualmente se pode revelar para o Escore Essencial da APS, em que valores mais altos dos escores sugerem maior presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços, e para o Escore Geral da APS, no qual os maiores escores refletem serviços mais orientados à APS (BRASIL, 2020).

Tanto os escores dos componentes ou atributos quanto o Escore Essencial e o Escore Geral podem ser transformados para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore  $\geq 6,6$ ) e Baixo (escore  $< 6,6$ ). O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta ‘provavelmente sim’, atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS (BRASIL, 2020).

Considera-se importante avaliar as visões apresentadas uma vez que para que o trabalho da Fonoaudiologia aconteça na prática ela precisa estar alicerçada e apoiada no processo de trabalho da equipe de saúde da família e o usuário deve ser o maior beneficiário dessa integração.

A aplicação aos profissionais foi realizada pela pesquisadora nas Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo com a agenda disponível de cada profissional, em sala reservada para preenchimento e resposta do questionário. Com relação aos usuários, a coleta foi realizada em seus domicílios a partir da marcação de visitas domiciliares junto com a ACS mantendo todos os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde com relação à prevenção da COVID 19.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel 2010* e o aplicativo para as análises estatísticas o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 13.0. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa levando em consideração respostas válidas, ou seja, não foram

contabilizadas as respostas ignoradas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança utilizando o Teste Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE com o número do CAAE: 45350721.3.0000.5208, parecer nº 4.739.649 (ANEXO M). Todos os responsáveis e profissionais entrevistados foram informados a respeito do conteúdo da pesquisa e assinaram o TCLE - Termo de Consentimento para pais ou responsáveis pelos menores de idade e o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais (APÊNDICE B e C) contendo as explicações do objetivo do estudo e a garantia de segurança e sigilo dos seus dados.

## 4 RESULTADOS

Este capítulo é composto pelo artigo produzido a partir da pesquisa. Este artigo será submetido a revista *Ciência & Saúde Coletiva*.

### 4.1 ARTIGO ORIGINAL

#### LONGITUDINALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE À CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA LONGITUDINALITY AND COORDINATION OF SPEECH THERAPY CARE IN PRIMARY HEALTH CARE FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

### INTRODUÇÃO

O cuidado à Pessoa com deficiência (PCD) ou grupos populacionais que possuem algum tipo de fragilidade ou inabilidade no cuidado a saúde precisam ser constantes o acesso aos serviços mais frequentes. Essa constituição do cuidado e a maneira como a sociedade se organiza para responder essas demandas resultou em 2012 na criação da Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência como resposta a essas necessidades. <sup>1</sup>

A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD) configura-se como uma das redes prioritárias e estratégicas do Ministério da Saúde. Foi instituída com o objetivo de criar, articular e ampliar os diferentes pontos de atenção existentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com deficiência configurando um importante avanço no processo de produção de saúde a essas pessoas. <sup>1</sup>

A Atenção Primária à Saúde executa o papel de ordenadora do cuidado e se configura com centro de comunicação da rede. Para garantir que APS esteja funcionando plenamente ela precisa que seus serviços estejam orientados segundo seus atributos. Estes atributos se dividem em atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado e atributos derivados: orientação comunitária e familiar e competência cultural.<sup>2</sup>

A coordenação do cuidado consiste em um processo que tem como objetivo integrar ações e serviços de saúde tanto de maneira vertical – entre a APS e outros níveis de saúde- como de forma horizontal- entre os serviços da APS e os equipamentos sociais/comunidade. Para Starfield <sup>3</sup> este atributo possui como essência a disponibilidade de informações a respeito dos problemas e serviços anteriormente acessados e estes precisam servir para reconhecer o atendimento e as necessidades atuais do usuário. Sem a coordenação, a integralidade é

afetada, a longitudinalidade se fragiliza e o acesso de primeiro contato teria função apenas administrativa.<sup>4</sup>

Já a longitudinalidade se caracteriza como a existência de uma fonte de atenção continuada e de utilização regular ao longo do tempo. Este atributo é responsável por gerar uma confiança mútua entre os profissionais e a comunidade, visto que essa relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa e promotora de vínculos. Está firmada em dois princípios básicos na continuidade da atenção e na formação do vínculo.<sup>5</sup>

A Fonoaudiologia, na APS (Atenção Primária à Saúde) atua dentro do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Essa atuação exige uma visão generalista no qual o profissional deve organizar suas práticas em bases territoriais definidas a partir do conhecimento das necessidades de saúde da população, perfis epidemiológicos e sócio-demográficos. Ela possui também um importante papel na implementação das linhas de cuidado que consistem em estratégias utilizadas para organizar a atenção à saúde. Estas, orientam profissionais sobre os caminhos preferenciais que os usuários devem percorrer e sobre as condutas a serem adotadas, para terem suas necessidades adequadamente atendidas.<sup>6</sup>

A Fonoaudiologia, atuante na prestação do cuidado a PCD dentro da APS, precisa contribuir para que os atributos de coordenação do cuidado e longitudinalidade estejam fortalecidos e, conseqüentemente, garantida a integralidade na assistência. A fragmentação no cuidado, somados as mudanças epidemiológicas e demográficas, mais as desigualdades sociais de acesso aumentam o desafio e fragilizam ainda mais essa integração.<sup>6</sup>

Uma APS forte assegura maior eficiência, garante melhores resultados na saúde da população e sustenta o sistema visto que é ela que possui a capacidade de resolver cerca de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade.<sup>7</sup> Considerando este fato, criar e utilizar instrumentos que permitam equalizar os diversos desafios que esse sistema produz é necessário para avaliar e monitorar seus resultados enquanto política pública. Por isso, este trabalho propõe avaliar a longitudinalidade e coordenação de cuidado nas práticas oferecidas pela Fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde às crianças com deficiência.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo avaliativo, descritivo e observacional. Realizada no município de Camaragibe/Pernambuco, que segundo último

censo de 2020 possui 158.899 residentes, dispõe de 45 Equipes de Saúde da Família compreendendo, 100% da cobertura do território em questão. Com relação ao NASF, todas as equipes de saúde da família possuem cobertura desse serviço. Apesar, do município ser dividido em quatro territórios, as equipes NASF são em número de cinco, ficando cada uma com 9 equipes de saúde da família. Destas equipes duas possuem fonoaudiólogas.

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a agosto de 2021. Participaram deste estudo 30 profissionais da equipe de Saúde da Família cobertas pela Fonoaudiologia no NASF, sendo 13 médicos e 17 enfermeiras e 59 famílias de crianças com deficiência residentes nesse território. Com relação às deficiências, foram incluídas crianças com deficiência auditiva, física, mental/intelectual, crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e inclusas também as que estavam com suspeita do TEA, devido ao número significativo encontrado no território. Conforme preconiza o instrumento utilizado na pesquisa, o médico e enfermeiro de cada equipe responderam a entrevista e os usuários do serviço que são as famílias das crianças com deficiência na faixa etária de até doze anos incompletos foram entrevistados.

Primeiramente para caracterização do perfil grupo de crianças com deficiência foi utilizado o E-SUS. O E-SUS consiste em uma plataforma tecnológica da Atenção Básica que tem como objetivo informatizar as unidades de saúde da família e oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão. Para identificação da população infantil com deficiência no sistema foi utilizado o filtro da faixa etária e se apresentavam deficiência.

Para avaliação dos atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado foi utilizado o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), método desenvolvido pela Johns Hopkins para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados. Este instrumento é autorreferido e atualmente, devido ao novo modelo de financiamento da Atenção Básica, é preconizado pelo Ministério da Saúde como ferramenta de avaliação da APS no país. O PCATool é considerado um instrumento com avaliação das propriedades psicométricas, reconhecimento e de amplo uso nacional e internacional, sua escolha se deve ao acreditar que essa ferramenta é capaz de identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações na APS.<sup>2</sup>

A ferramenta PCATool avalia os atributos da APS sob a ótica do trabalho da equipe de saúde da família e das famílias que recebem o serviço. Para avaliar estes atributos na prática fonoaudiológica ofertada a pessoas com deficiência foi elaborado um instrumento baseado no PCATool que avaliou a coordenação do cuidado e a longitudinalidade na perspectiva dos usuários que receberam esse serviço. Para avaliação da coordenação do cuidado este atributo é dividido em duas categorias: integração do cuidado (CC1) e sistema de informação (CC2).

Na entrevista com as famílias, antes de iniciar a avaliação do serviço é realizado o momento de afiliação. Para a adequada aplicação do PCATool é fundamental que o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente criança esteja ciente de que todo o instrumento versará sobre o(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a) que será reconhecido a partir da afiliação, que visam identificar o serviço ou profissional de saúde que é a referência para os cuidados de saúde do(a) paciente criança.

A aplicação aos profissionais foi realizada pela pesquisadora nas Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo com a agenda disponível de cada profissional, em sala reservada para preenchimento e resposta do questionário. Com relação aos usuários, a coleta foi realizada em seus domicílios a partir da marcação de visitas domiciliares junto com o ACS mantendo todos os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde com relação a prevenção à COVID 19.

As respostas do PCATool são do tipo Likert, no qual equivalem: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro. Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Esses escores demonstram que quanto mais elevados os valores significam maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado. Igualmente se pode revelar para o Escore Essencial da APS, em que valores mais altos dos escores sugerem maior presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços, e para o Escore Geral da APS, no qual os maiores escores refletem serviços mais orientados à APS.<sup>2</sup>

Tanto os escores dos componentes ou atributos quanto o Escore Essencial e o Escore Geral foram transformados para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore  $\geq 6,6$ ) e Baixo (escore  $< 6,6$ ), sendo o Alto escore. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta 'provavelmente sim', atribuído

ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS.

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa *Microsoft Excel* 2010 e o aplicativo para as análises estatísticas o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 13.0. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa levando em consideração respostas válidas, ou seja, não foram contabilizadas as respostas ignoradas. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança utilizando o Teste Qui-Quadrado Exato e o Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o CAAE: 45350721.3.0000.5208 e protocolo nº 4.739.649. Todos os responsáveis das crianças e profissionais assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESULTADOS

Quanto ao perfil das crianças com deficiência, a maioria se encontra com “Intelectual/Cognitiva” correspondendo a 53,7% da população, seguido de outro tipo de deficiência 19,1% e deficiência física 15%. Ressalta-se que algumas crianças possuem mais de uma deficiência e por isso pode ser marcado, no cadastro da pessoa no território no E-SUS AB, mais de uma opção (Tabela 1).

Predominou o público masculino com 64,9%, faixa etária 5 aos 9 anos (46,4%) e 10 a 14 anos (37,6%). Com relação à inclusão nas escolas observou-se que 9,2% não estão inseridas, 23,9% chegaram até a alfabetização e 37,6% até o ensino fundamental 1. No momento da coleta dos dados 82,3% permaneceram inseridas em ambiente escolar. No que diz respeito à raça/cor, a maioria (64,3%) se considera da cor parda. Apenas 1,6% participa de grupos comunitários, 2,4% frequenta cuidador tradicional e 1,6% é membro de povo ou comunidade tradicional. Quanto ao uso de plano privado de saúde, 12% tem acesso a esse segmento, ou seja, 88% das crianças são SUS dependentes (Tabela 1).

**Tabela 1 – Frequência simples com perfil da população com deficiência a partir do E-SUS 2021**

Variáveis	n	%
<b>Deficiência</b>		
Auditiva	14	8,1

Física	26	15,0
Intelectual/Cognitiva	93	53,7
Visual	7	4,1
Outra	33	19,1
<b>Total</b>	<b>173</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	102	64,9
Feminino	55	35,1
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100</b>
<b>Faixa Etária</b>		
Menor de 01 ano	2	1,3
01 – 04 anos	23	14,7
05 - 09 anos	73	46,4
10 - 14 anos	59	37,6
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100</b>
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	51	32,5
Preta	5	3,2
Parda	101	64,3
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100</b>
<b>Desconhece nome do pai</b>		
Sim	11	7,01
Não	146	92,99
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>100</b>
<b>Relação de parentesco com o responsável familiar</b>		
Filho(a)	107	81,1
Enteado(a)	2	1,5
Neto(a) / Bisneto(a)	19	14,4
Outro Parente	4	3,0
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>
<b>Qual curso mais elevado frequenta ou frequentou</b>		
Creche	3	2,8
Pré-escola (exceto CA)	17	15,6
Classe de alfabetização - CA	26	23,9
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	41	37,6
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	7	6,4
Outros	5	4,5
Nenhum	10	9,2
<b>Outras informações sociodemográficas</b>		
É membro de povo ou comunidade tradicional	2	1,6

Frequenta cuidador tradicional	3	2,4
Frequenta escola ou creche	103	82,4
Participa de algum grupo comunitário	2	1,6
Possui plano de saúde privado	15	12

\*Algumas crianças entraram em mais de uma categoria, considerando que tinham múltiplas deficiências. Nota de observação: outros na categoria “curso mais elevado que frequentou” inclui: ensino fundamental completo, EJA, ensino fundamental e ensino médio especial. Com relação a comunidade tradicional, está no Brasil se refere aos povos indígenas, os quilombolas, as comunidades tradicionais de matriz africana ou de terreiro, os extrativistas, os ribeirinhos, os caboclos, os pescadores artesanais, os pomeranos, entre outros.

Os atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado foram avaliados pelas famílias com relação ao serviço que receberam da equipe saúde da família e da Fonoaudiologia no NASF (Tabela 2). Com relação à saúde da família, a maioria considerou os dois atributos com baixa presença no serviço. A longitudinalidade foi considerada baixa por 53,3% das famílias entrevistadas. A coordenação do cuidado, que se divide em duas partes: a integração do cuidado (CC1) foi considerada baixa por 61,1% das famílias e sistemas de informações (CC2) também considerada baixa por 77,3%.

No que diz respeito à avaliação dos atributos no serviço da Fonoaudiologia no NASF, a maioria das famílias consideraram ambos os atributos baixos. A longitudinalidade 54,5% e a coordenação do cuidado 62,5% (CC1) e 86,6% (CC2).

**Tabela 2 – Frequência simples dos escores - PCATool Família**

Variáveis	n	%
<b>Escore L - SF</b>		
Alto	21	46,7
Baixo	24	53,3
<b>Escore CC1 - SF</b>		
Alto	10	38,5
Baixo	16	61,5
<b>Escore CC2 - SF</b>		
Alto	10	22,7
Baixo	34	77,3
<b>Escore L - Fono</b>		
Alto	25	45,5
Baixo	30	54,5
<b>Escore CC1 - Fono</b>		
Alto	18	37,5
Baixo	30	62,5

**Escore CC2 - Fono**

Alto	7	13,2
Baixo	46	86,8

**Legenda:** L- longitudinalidade; SF- questionário da avaliação da saúde da família; CC1- coordenação do cuidado integração de cuidados; CC2- coordenação do cuidado sistemas de informações; Fono- questionário da avaliação da fonoaudiologia NASF-AB

Observou-se que não houve associação estatisticamente significativa nas variáveis analisadas em relação aos escores da longitudinalidade. Contudo nota-se que para a variável da faixa etária este atributo é alto dos 8 aos 12 anos de idade (66,7%) quando se trata da saúde da família, já para fonoaudiologia houve uma distribuição próxima entre os 5 a 7 anos com 52,4% das famílias considerando este atributo alto no serviço (Tabela 3).

Para o tipo de deficiência não houve escore alto para este atributo em nenhum dos serviços, no tipo de afiliação que corresponde a qual serviço a família apresentou maior vínculo como fonte de cuidado principal à criança, tanto para saúde da família como para Fonoaudiologia as famílias afiliadas ao primeiro nível de atenção à saúde, no caso a APS, apresentou escore alto para a presença da longitudinalidade, 56,5% e 60,9%.

**Tabela 3 – Relação entre variáveis e longitudinalidade do PCATool famílias**

Variáveis	Escore L - SF		p-valor	Escore L - Fono		p-valor
	Alto n (%)	Baixo n (%)		Alto n (%)	Baixo n (%)	
<b>Faixa etária</b>						
0 a 4	6 (37,5)	10 (62,5)	0,163 *	7 (38,9)	11 (61,1)	0,697 *
5 a 7	5 (35,7)	9 (64,3)		11 (52,4)	10 (47,6)	
8 a 12	10 (66,7)	5 (33,3)		7 (43,8)	9 (56,2)	
<b>Deficiência</b>						
TEA	8 (40,0)	12 (60,0)	0,493 **	12 (50,0)	12 (50,0)	0,753 *
TEA em investigação	10 (58,8)	7 (41,2)		9 (45,0)	11 (55,0)	
Outros	3 (37,5)	5 (62,5)		4 (36,4)	7 (63,6)	
<b>Tipo de Afiliação</b>						
Primeiro nível	13 (56,5)	10 (43,5)	0,200 **	14 (60,9)	9 (39,1)	0,132 **
Segundo nível	4 (57,1)	3 (42,9)		4 (44,4)	5 (55,6)	
Terceiro nível	4 (26,7)	11 (73,3)		7 (30,4)	16 (69,6)	

**Legenda:** L- longitudinalidade; SF- questionário da avaliação da saúde da família; Fono- questionário da avaliação da fonoaudiologia NASF-AB; (\*) Teste Qui-Quadrado (\*\*) Teste Exato de Fisher.

Com relação à avaliação do atributo da coordenação do cuidado e sua relação com as variáveis do estudo, observá-se que houve associação estatisticamente significativa nas

variáveis “Deficiência” em relação ao “escore CC1” (integração dos cuidados)  $p=0,13$  e na “Faixa etária” em relação ao “escore CC2” (sistema de informação)  $p=0,024$ , ambos na avaliação do serviço da fonoaudiologia

No que diz respeito à variável da faixa etária somente entre 8 a 12 anos, 62,4%, consideram que a integração do cuidado dentro da coordenação acontece quando estão no serviço da saúde da família, já no que se refere ao sistema de informações a maioria considerou baixo. Quando se trata da avaliação com relação à Fonoaudiologia, a integração do cuidado permaneceu com escore baixo para a maioria das faixas etárias, mas no sistema de informação para as três faixas etárias, foi considerado um atributo presente no serviço ofertado.

No que concerne o tipo de deficiência, parte das famílias consideraram baixa a presença do atributo da coordenação do cuidado para a saúde da família, contudo quando se trata do serviço da Fonoaudiologia as crianças com diagnóstico fechado do TEA consideram a integração do cuidado presente 60%, ao contrário do sistema de integração.

Considerando o tipo de afiliação majoritariamente parte das famílias considerou baixa a presença do atributo da coordenação do cuidado para a saúde da família e para fonoaudiologia os resultados se repetiram.

**Tabela 4 – Relação entre variáveis e coordenação do cuidado no PCATool famílias**

Variáveis	Escore CC1		p-valor	Escore CC2		p-valor
	Alto n (%)	Baixo n (%)		Alto n (%)	Baixo n (%)	
<b>SF</b>						
<b>Faixa etária</b>						
0 a 4	3 (25,0)	9 (75,0)	0,298 **	3 (18,8)	13 (81,3)	0,903 **
5 a 7	2 (33,3)	4 (66,7)		3 (21,4)	11 (78,6)	
8 a 12	5 (62,5)	3 (37,5)		4 (28,6)	10 (71,4)	
<b>Deficiência</b>						
TEA	6 (50,0)	6 (50,0)	0,589 **	3 (15,0)	17 (85,0)	0,550 **
TEA em investigação	2 (25,0)	6 (75,0)		5 (29,4)	12 (70,6)	
Outros	2 (33,3)	4 (66,7)		2 (28,6)	5 (71,4)	
<b>Tipo de Afiliação</b>						
Primeiro nível	7 (53,8)	6 (46,2)	0,220 **	4 (17,4)	19 (82,6)	0,620 **
Segundo nível	2 (33,3)	4 (66,7)		2 (28,6)	5 (71,4)	

Terceiro nível	1 (14,3)	6 (85,7)		4 (28,6)	10 (71,4)	
<b>Fono</b>						
<b>Faixa etária</b>						
0 a 4	6 (37,5)	10 (62,5)	0,705 *	0 (0,0)	18 (100,0)	<b>0,013 **</b>
5 a 7	6 (31,6)	13 (68,4)		2 (10,0)	18 (90,0)	
8 a 12	6 (46,2)	7 (53,8)		5 (33,3)	10 (66,7)	
<b>Deficiência</b>						
TEA	12 (60,0)	8 (40,0)	<b>0,024 *</b>	5 (20,8)	19 (79,2)	0,277 **
TEA em investigação	4 (23,5)	13 (76,5)		2 (10,5)	17 (89,5)	
Outros	2 (18,2)	9 (81,8)		0 (0,0)	10 (100,0)	
<b>Tipo de Afiliação</b>						
Primeiro nível	9 (45,0)	11 (55,0)	0,309 *	4 (17,4)	19 (82,6)	0,862 **
Segundo nível	4 (50,0)	4 (50,0)		1 (11,1)	8 (88,9)	
Terceiro nível	5 (25,0)	15 (75,0)		2 (9,5)	19 (90,5)	

**Legenda:** CC1- coordenação do cuidado integração de cuidados; CC2- coordenação do cuidado sistemas de informações; SF- questionário da avaliação da saúde da família; Fono- questionário da avaliação da fonoaudiologia NASF-AB/ (\*) Teste Qui-Quadrado (\*\*) Teste Exato de Fisher.

No que se refere aos profissionais da saúde da família avaliando a presença ou ausência dos atributos em seus serviços (Tabela 5). Observa-se que só houve associação estatisticamente significativa entre a variável “Escore CC1” (integração dos cuidados) e “Profissional”. Nota-se também que o profissional enfermeiro, 82,4%, considera a longitudinalidade presente no serviço da saúde da família.

No que se refere à coordenação do cuidado na parte da integração dos cuidados 69,3% dos médicos consideram este atributo baixo e 76,5% dos enfermeiros consideram presente. Houve também diferença semelhante quando se trata da coordenação no sistema de informações, 64,7% dos enfermeiros julgaram que esta parte do atributo estava presente do serviço, apesar de 61,5% dos médicos não considerarem.

**Tabela 5 – Relação entre variável profissional e atributos no PCATool Profissionais**

Variáveis	Score		p-valor
	Alto n (%)	Baixo n (%)	
<b>Longitudinalidade</b>			

**Profissional**

Médico	6 (46,2)	7 (53,8)	0,056 **
Enfermeiro	14 (82,4)	3 (17,6)	

**CC1- integração dos cuidados****Profissional**

Médico	4 (30,8)	9 (69,2)	<b>0,012 *</b>
Enfermeiro	13 (76,5)	4 (23,5)	

**CC2- sistema de informação****Profissional**

Médico	5 (38,5)	8 (61,5)	0,153 *
Enfermeiro	11 (64,7)	6 (35,3)	

---

**Legenda:** (\*) Teste Qui-Quadrado (\*\*) Teste Exato de Fisher.

**DISCUSSÃO**

Estudos relatam que pessoas com deficiência apresentam mais doenças crônicas e comorbidades, conseqüentemente procuram por mais internações e atendimentos ambulatoriais, além de haver maior índice de relatos de não recebimento de cuidados e de promoção à saúde do que por pessoas sem deficiência. Por isso a importância de ter acesso e compreender o perfil deste grupo para que as políticas públicas estejam melhor orientadas e a garantia a saúde seja um direito conquistado e concreto. <sup>6</sup>

Uma vez que uma das maneiras efetivas de garantir que essas políticas públicas de saúde estejam bem implementadas é a partir da avaliação dos serviços de saúde, estimula-se que seja uma prática acompanhar, controlar e avaliar o SUS. Avaliar a Atenção Primária à Saúde, que é a organizadora e ordenadora do sistema de saúde no Brasil, é importante porque ela precisa assumir atributos que a caracterizam, e isso a transforma na base dos maiores sistemas de saúde do mundo.

Estudos comprovam que uma APS organizada sob a lógica dos seus atributos, proporciona um impacto positivo na saúde da população melhorando e ampliando o acesso aos serviços, melhorando a qualidade do atendimento, priorizando a prevenção, aumentando a possibilidade de um diagnóstico e tratamento precoce dos problemas de saúde e reduzindo os cuidados especializados <sup>7,8</sup>.

Neste estudo, no que diz respeito aos atributos da longitudinalidade e da coordenação do cuidado, a avaliação do serviço da equipe de saúde da família e da Fonoaudiologia no

NASF-AB foram considerados baixos na perspectiva das famílias. Para Carneiro et al <sup>4</sup> que avaliaram o atributo da coordenação a partir também da avaliação dos profissionais e dos usuários ainda existe a necessidade de um fortalecimento da comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde e que isso vai além da referência e da contrarreferência, mas tem a ver com um fluxo facilitado que não prejudique a continuidade da assistência e possibilite o acesso às informações.

Para Almeida, Marin e Casotti <sup>9</sup> a coordenação do cuidado é a premissa para uma resposta integral as necessidades de saúde da população. Quando se trata do público com deficiência sabe-se que o acesso ao nível secundário para o trabalho ambulatorial é um fator importante para garantir o acesso à reabilitação. Principalmente quando se trata do grupo das crianças com TEA, que foi a maioria majoritária na pesquisa, a demanda para o acompanhamento multiprofissional é uma demanda urgente e latente que bate às portas do SUS pedindo resolutividade <sup>10</sup>.

A longitudinalidade do cuidado, que também foi considerada baixa no estudo em ambos os serviços, precisa se configurar como uma fonte contínua de atenção à saúde, pois é a partir dela que não somente o vínculo é formado ou fortalecido, como também são identificadas as pessoas que precisam de atendimento e a população eletiva.

Segundo estudo de Paula et al <sup>10</sup> alguns fatores interferem neste atributo na APS, fatos que desfavorecem estão relacionados à lacuna na organização e gestão dos serviços de saúde, a falta de profissionais ou a rotatividade deles devido a um vínculo empregatício frágil e precarizado, más experiências e falta de conhecimento das famílias, alto volume de trabalho, são elementos importantes na influência da efetividade da longitudinalidade.

Da mesma maneira que também existem fatores que são favoráveis como investimento no tempo para o desenvolvimento das relações interpessoais, o acesso e a organização do serviço, as características individuais e coletivas da população e ter ou não uma doença crônica. Além de que características dos próprios serviços que estão orientados pela APS que acompanham em todo o ciclo da vida familiar também fortalecem a longitudinalidade.

Por isso que, mais uma vez citando Starfield <sup>7</sup>, ao verificar de maneira empírica os atributos da APS corresponde consequentemente verificar também a qualidade da atenção à saúde à população. São estes atributos, essenciais e derivados, que estruturam a APS.

Quando se fala da longitudinalidade na infância a APS também possui uma ferramenta potente no cuidado que é a puericultura. Esse acompanhamento regular nos dois primeiros anos de vida, que se constitui como o período de maior desenvolvimento neuropsicomotor infantil, fortalece este atributo. Contudo neste estudo, ao contrário do que se imaginava, a única faixa etária em que as famílias consideraram a longitudinalidade presente na saúde da família foi dos 8 aos 12 anos de idade.

Em estudo realizado por Frank et al.,<sup>11</sup> que também utilizou o PCATool para avaliar a longitudinalidade em dois serviços de saúde, um com a EFS e outro sem, foi constatado que a população avaliou com escore mais alto a unidade de saúde sem a estratégia. O estudo pressupõe que este fato ocorreu por motivos como a dificuldade da população compreender o modelo de atenção oferecido, não correspondendo ao que se encontra no imaginário da população que prevalece ainda o modelo biomédico, bem como a rotatividade de profissionais que fragiliza a formação do vínculo.

No PCATool antes de iniciar a entrevista com as famílias e avaliar os atributos são feitas perguntas para identificar a afiliação daquela família. A afiliação diz respeito à identificação do serviço de saúde ou médico/enfermeiro de referência para os cuidados em saúde da criança, que será o objeto no seguimento da entrevista e, conseqüentemente, o serviço de saúde ou médico/enfermeiro avaliado<sup>2</sup>.

Para as famílias que avaliaram de maneira mais positiva a longitudinalidade do cuidado, estas reconheceram no primeiro nível de atenção à saúde, tanto para saúde da família como para Fonoaudiologia na APS, suas principais fontes regulares. Mesmo que de um modo geral a avaliação do escore tenha sido baixa, quando relacionada separadamente com as variáveis esta diferença sobressai e mostra a diferença que a APS proporciona na oferta de saúde a população.

Quando se trata da avaliação destes atributos inseridos no serviço da Fonoaudiologia o desafio se torna ainda maior, pois não se encontra instrumento, preconizado pelo Ministério da Saúde, com esta proposta. Moreira et al.<sup>5</sup> realizou um estudo para avaliar o trabalho do NASF na perspectiva dos atributos a partir dos usuários. Foi aplicada uma entrevista com as famílias baseada em uma matriz avaliativa fundamentada nos atributos do acesso de primeiro contato, integralidade e longitudinalidade.

Foi percebido que a longitudinalidade é um atributo pouco valorizado pelos profissionais do NASF e isto foi atribuído à lógica organizativa de avaliação inicial e

encaminhamento para rede de atenção à saúde, esta lógica torna o NASF não responsável pela continuidade do cuidado, fazendo com que ocorra uma fragilização na confiança da comunidade com o profissional. Em contraponto foi identificado que as atividades coletivas contribuíram para formação desse vínculo e este tem influência nas atitudes dos usuários para seguir as orientações dos profissionais e desenvolver corresponsabilização pela própria saúde.

5

Apesar de na pesquisa ter sido encontrado que para as famílias que referiram maior vinculação com APS o atributo da longitudinalidade foi considerada pela maioria alta, de uma maneira geral este atributo foi considerado baixo pelas famílias. A Rede de Atenção à Saúde para pessoas com deficiência ainda é fragilizada, a disposição de profissionais fonoaudiólogos é pouca para a demanda existente fazendo com que muitas vezes esse usuário se perca e enfraqueça o vínculo do cuidado em saúde

Uma outra questão relacionada a esse ponto diz respeito à lógica organizativa da equipe NASF. Esta que até então apoiava no máximo nove equipes de saúde da família e já encontrava em seu processo de trabalho dificuldades em estabelecer vínculo tanto com as equipes, como com a comunidade e território devido o número de pessoas, atualmente encontrará ainda mais barreiras na longitudinalidade do cuidado <sup>12</sup>.

Partindo do pressuposto teórico de que a longitudinalidade está relacionada a condição de estabelecer vínculos de maneira contínua esse atributo se encontra prejudicado devido a nota técnica 03/2020 que extingue a parametrização do NASF não estabelecendo mais o número máximo de equipes que podem ser apoiadas por esse serviço de saúde <sup>13,14</sup>.

Já quando se trata da coordenação do cuidado e a relação com as variáveis do estudo, percebeu-se que por ser um instrumento autorreferido a única base que o pesquisador tem são as percepções do usuário. No que diz respeito ao sistema de informação que possui duas perguntas com o objetivo de conhecer a disponibilidade do prontuário clínico das pacientes crianças durante as consultas com o profissional de referência no serviço e conhecer a possibilidade de os responsáveis pelos cuidados acessarem os prontuários, muitas vezes as famílias ou não se lembravam do prontuário na sala durante o atendimento ou não sabem da informação do direito do acesso. E esta parte do atributo para a saúde da família todos tiveram escore baixo.

Já a Fonoaudiologia, quando se trata do público da criança com TEA, a integração do cuidado foi considerada presente pela maioria, acredita-se que como ela se configura também

como porta de entrada para a RAS para que essas crianças tivessem acesso ao seu diagnóstico e a reabilitação precisaram passar pela Fonoaudiologia na APS para chegar nos especialistas.

Para Ribeiro et al <sup>1</sup> Atenção Especializada exerce uma referência de lugar de cuidado e proteção aos usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação. Os autores consideram o CER (Centro Especializado de Reabilitação) como o coração da RCPD.

Segundo Lima et al <sup>15</sup> em um estudo onde foi identificadas as atividades do profissional fonoaudiólogo na APS foi realizada uma correlação entre as atividades do consenso dos profissionais e os atributos e papéis da APS. Para a longitudinalidade os profissionais relacionaram as atividades voltadas às necessidades de gestantes e idosos e não surgiu claramente a intencionalidade da formação de vínculo para o favorecimento do cuidado continuado.

Já com a coordenação, foram agrupadas as atividades relacionadas ao gerenciamento fonoaudiológico dos casos em que houvesse necessidade e à emissão de relatórios, pareceres e registros em prontuários, principalmente no processo de referência e contrarreferência. No que se refere a informação aos usuários não houve relação. <sup>1</sup> Para isso também acontecer de forma concreta é necessário contar com um suporte de uma rede de reabilitação estruturada e forte, que dê conta das demandas de saúde da população.

A fragmentação do cuidado é uma das principais causas da má qualidade da atenção, isto associado a duplicação e alta utilização de procedimentos diagnósticos, uso de vários medicamentos e planos terapêuticos conflitantes causam efeitos negativos nas condições crônicas. No que diz respeito à pessoa com deficiência, esses impactos se tornam ainda maiores visto que encontram diversas barreiras de acesso a saúde que vão desde as barreiras de infraestrutura e acessibilidade aos serviços de saúde a uma lógica fragmentada no cuidado <sup>16,17</sup>.

Algumas soluções são apontadas para que estes impactos diminuam como criação de um prontuário único, no qual no Brasil já se tem o processo de implementação do e-SUS AB, que inclusive ainda é restrito a este nível de atenção à saúde e poderia ser ampliado para os demais níveis. Discussão dos encaminhamentos realizados pela APS, definição de metas compartilhadas para o sistema de saúde e entre os níveis, incentivos com pagamento e alocação de recursos, mecanismos de comunicação entre profissionais que melhorasse a referência e contrarreferência, desenvolvimento de uma cultura que estimule o trabalho em equipe e fortalecimento da APS como base fundamental do sistema de saúde <sup>17,18</sup>.

A diferença discrepante entre os escores dos médicos e enfermeiros avaliados evidencia ainda mais os aspectos de cada um. Até hoje os enfermeiros são considerados os chefes da equipe de saúde da família, até quando as unidades de saúde possuem gerência, fazendo com que esta categoria profissional assumira mais seu compromisso com fazer saúde dentro da lógica organizativa da APS <sup>19</sup>.

Já o médico, que traz esse desafio desde a sua formação acadêmica, é um ator muitas vezes pontual e passivo na participação da construção conjunta de um sistema de saúde público de qualidade e orientado segundo as diretrizes da Atenção Básica.

Segundo a Redecin Brasil em uma pesquisa realizada com trabalhadores de nível superior da Atenção Básica e gestores foi perguntado sobre qual o conhecimento destes sobre a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD), os trabalhadores indicaram conhecimento parcial ou superficial enquanto para as equipes da saúde da família a maioria não conhece. Esse dado revela uma fragilidade na prestação de cuidado integral às pessoas com deficiência, além de um afastamento da AB da RCPD <sup>6</sup>.

Quando se fala sobre as intervenções preconizadas pela portaria da RCPD e que estão dentro das atribuições da APS, ainda dentro da Redecin Brasil, são citados pelos trabalhadores: orientações às famílias das pessoas com deficiência, classificação de risco e avaliação da vulnerabilidade deste grupo, o acompanhamento e cuidado dessas pessoas em domicílio, identificação precoce das deficiências, assim como prevenção e atenção na primeira infância, prevenção de acidentes e quedas, acompanhamento das crianças diagnosticadas e suporte às famílias, acompanhamentos dos recém-nascidos de alto risco prioritariamente até os dois anos e implementação de rotina e de acolhimento a este grupo também<sup>6</sup>.

Referente as limitações encontradas durante a pesquisa, uma delas foi para traçar o perfil da população a partir da ferramenta do e-SUS AB. Primeiramente o acesso a este sistema, no que diz respeito a geração de relatórios com os dados gerais ou com demandas específicas, é exclusivo ao gestor. Este fator é um limitante importante para o acesso a informação. Um outro agravante é a subnotificação do sistema que muitas vezes não retrata a realidade dos territórios.

Além da dificuldade no acesso às informações no E-SUS AB, outras barreiras foram a desatualização dos dados referidos nesta plataforma e a pouca possibilidade de cruzamento dos dados para a obtenção de um perfil de população que corresponda ao objetivo específico

da pesquisa. Um outro aspecto é o fato do PCATool ser um instrumento autorreferido, sendo a informação advinda do entrevistado a única referência de parâmetro para avaliação do serviço. Em alguns momentos as informações chocavam com o que estava sendo referido, por exemplo, a família referia que a criança nunca tinha sido vista pela fonoaudiologia no NASF- ou encaminhada a RAS e estes dados estarem registrados em prontuário eletrônico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coordenação do cuidado e longitudinalidade foram atributos considerados poucos presentes no que diz respeito ao serviço de saúde prestado as crianças com deficiência tanto na Estratégia de Saúde da Família, como para a Fonoaudiologia no NASF. O uso de um instrumento novo como o PCATool e que também é oficialmente a ferramenta institucional do Ministério da Saúde para avaliar a Atenção Primária, precisa cada vez mais ser utilizado em propostas diversas para que assim traga mais desafios e respostas para que o direito e acesso à saúde esteja garantido. Assim como o estudo reforça a necessidade da ampliação da avaliação em saúde a partir de outros instrumentos e abordagens avaliativas que garantam processos avaliativos a partir de diferentes perspectivas e metodologias. Como também lança o desafio de uma ferramenta que também avalie o impacto da intervenção do NASF-AB no trabalho integrado com a Estratégia de Saúde da Família e na saúde das populações.

## REFERÊNCIAS

1. Ribeiro KSQS, Medeiros AA, Silva SLA. Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. *Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde 2022*; v. 24, 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCAtool Brasil. *Diário Oficial da União 2020*; Brasília: Ministério da Saúde
3. Starfield, B. Uma estrutura para a medição da Atenção Primária. In: Starfield, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia 2002*. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde
4. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM., Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde debate 2014*; Rio de Janeiro, v. 38, n.especial, p. 279-295, out

5. Moreira DC, Junior JPB, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(12): e00031420
6. Amorim EG, Liberali R, Medeiros Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. *HOLOS* 2018; Ano 34, Vol.0
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502
8. Sellera PEG, Pedebos LA, Harzheim E, Medeiros OL, Ramos LG, Martins C, D'Avila OP. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25(4):1401-1411
9. Almeida PT, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. Educ. Saúde* 2017; Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 373-398, maio/ago
10. Paula CC, Silva CB, Nazaria EG, Ferreira T, Schimith MM, Padoin SMM. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2015. Out. /dez.17(4)
11. Frank BRB, Veira CS, Ross C, Obregón PL, Toso BRGO. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. *SAÚDE DEBATE* 2015; Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410
12. Rocha CC, Souza SMV, Cost AF, Portes JRM. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2019; Rio de Janeiro, v. 29(4), e290412
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 28 dez
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica no 03/2020. [acessado 2021 ago 15]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>

15. Lima BPS, Garcia VL, Amaral EM. Atividades profissionais do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde o Brasil: consenso de especialistas. *Distúrb Comum* 2021 São Paulo, 33(4): 751-761, dezembro
16. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Eberhardt TD, Trindade LDL. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *Acta paulista de enfermagem* 2019. 32, 186-193.
17. Bodenheimer T. Coordinating care: a perilous journey through the Health Care System. *The New England Journal of Medicine* 2008; Whaltam, v. 358, n. 10, p. 1.064-1.071
18. Schang L, Waibel S, Thomson S. Measuring care coordination: healthsystem and patient perspectives. Report prepared for the Main Association of Austrian Social Security Institutions 2013; London: LSE Health
19. Almeida MC, Lopes MBL. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica à Saúde. *Revista de Saúde Dom Alberto* 2019; v. 4, n. 1, p. 169-186, 15 jun

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A longitudinalidade e a coordenação do cuidado presentes no serviço prestado pela fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde são atributos que não somente fortalecem e direcionam o serviço para esse nível de atenção e suas características como também garantem uma assistência de maior qualidade e efetiva para pessoas com deficiência. No presente estudo foi visto que ambos os atributos encontram-se com baixa presença no serviço da APS em Camaragibe.

Os dados encontrados demonstram a necessidade não somente de investir ainda mais em estudos que investiguem a eficiência e importância do NASF-AB, visto a sua fragilidade atual enquanto política pública garantida, mas também interseccionar com temáticas como avaliação em saúde e pessoa com deficiência.

Para a garantia desses atributos ainda existem muitos desafios que façam com que na prática eles aconteçam e isto motiva o repensar a avaliação em saúde a partir das características que cada grupo populacional possui e suas particularidades. Outro aspecto que o trabalho reforça é a necessidade da garantia da política pública NASF-AB como um serviço ampliador da atuação da APS no Brasil e fortalecedora dos seus atributos.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G.; OLIVEIRA, D.K.S. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde Debate** 2017; 41:1090-101

ALELUIA I.R.S; MEDINA, M.G; ALMEIDA, P.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6):1845-1856, 2017.

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n, 2, 2010, p. 286-298.

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. **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**, 10. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde/ Ministério da Saúde, 2006

ALMEIDA, M.H.M.;PACHECO, S.; KREBS, S.; OLIVEIRA, A.M.; SAMELLI, A.; MOLINI-AVEJONAS, D.R.; TOLDRÁ, R.C.; OLIVER, F.C. Avaliação da Atenção Primária em saúde por usuários com e sem deficiência. **CoDAS** 2017;29(5):e20160225 DOI: 10.1590/2317-1782/20172016225

ANDRADE, L.M.B.; QUANDT, F.L.; CAMPOS, D.A.; DELZIOVO, C.R.; COELHO, E.B.S.; MORETTI-PIRES, R.O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio á saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Saúde Transform Soc.** 2012;3(1):18-31.

ANDRADE, A.F.; LIMA, M.M.; MONTEIRO, M.P.; SILVA, V.L. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. **Audiol Commun Res.** 2014;19(1):52-60

ARRUDA, C.A.M.; BOSI, M.L.M. Satisfação de usuários da Atenção Primária à Saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface: comunicação, saúde e educação** 2017; 21(61):321-32

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery **Rev Enferm** [periodico na internet]. 2011

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

BRASIL. Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012. 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** 2012, 5 abr.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União** 1988; 5 out

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCAtool Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020

BRASIL, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2010

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, 2012. 110 p.il. – (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 978- 85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12/08/2020

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, 2017. 110 p.il. – (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 978- 85-334-1939-1. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 09/08/2020

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 - DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em 12/08/2020

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Política Nacional de Proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista.** Decreto 8.368, 02 de dezembro de 2014. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=8368&ano=2014&ato=6aaQzYU5UNVpWTaaa>. Acesso em 10/11/2020

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Política Nacional de Proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista.** Lei 12.764, 27 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=12764&ano=2012&ato=fffk3Yq1kMVpWT94d>. Acesso em 10/11/2020

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.** Portaria 1.130 de 5 de agosto de 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 07/11/2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 27 - DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Ministério da Saúde,** 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab27.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab27.pdf). Acesso em 16/08/2020

BRASIL, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde B. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2003. Disponível em: <http://livroaberto.ibict.br/handle/1/890>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos da Saúde, nº27: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Ministério da Saúde**, Brasília- DF; 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do ministro. Portaria nº 793, 24 de abril de 2012. Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) . Acesso em: 08 de fevereiro de 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica do CONASS: Estratégia do E-SUS Atenção Básica: sistema de informação em saúde da atenção básica- SISAB**. Brasília, 19 de abril de 2013.

CABRAL, A.L.L.V; MARTINEZ-HEMAEZ, A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11):4433-4442, 2011

CAMPOS, M.F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde à Saúde das Pessoas com deficiência. **Interface: comunicação, saúde e educação**, 2015; 19(52):207-10

CARNEIRO, M.S.M.; MELO, D.M.S.; GOMES, J.M.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n.especial, p. 279-295, out 2014

CEBES, **CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/ministerio-da-saude-elimina-na-pratica-o-nasf/>. Acesso em: 28 de set de 2020

CHUEIRI, P.S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S.M.P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2017 Jan-Dez; 12(39):1-18

DIAS, T.E.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Percepção quanto a qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência. **CoDAS** 2019;31(5):e20180102 DOI: 10.1590/2317-1782/20192018102

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FIGUEIREDO, R.C.; GONZALEZ, R.I.C.; SIGNOR, E.; SILVA, L.S.; AMORIM, R.C.C.S.; ALMEIDA, D.R.; DIAS, A.K.; CELESTINO, K.A.A.; BIANCHINI, A.S.M.O. Avaliação da Atenção Primária em Saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. **Research, Society and Development**, v. 11, n.1, e29311124395, 2022

FERNANDES, T.L.; NASCIMENTO, C.M.B.; SOUSA, F.O.S. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da Região Metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**. 2013 Jan-Fev; 15(1):153-159

FRANK, B.R.B.; VIEIRA, C.S.; ROSS, C.; OBREGÓN, P.L.; TOSO, B.R.G.O. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, ABR-JUN 2015

GUIMARÃES, M.A.; FATTORI, A.; COIMBRA, A.M.V. “PCATool versão profissionais cuidando da saúde do idoso”: adaptação, análise de conteúdo e desempenho do instrumento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(7):2911-2919, 202

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias>. Acessado em: 14 de fevereiro de 2021.

IBGE- - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington**. Nota Técnica 01/2018. Rio de Janeiro, 2018

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: ciclos de vida: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.139p.

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 16(1):31-41, jan./fev., 2007.

LIMA, B.P.S; GARCIA, V.L.; AMARAL, E.M. Atividades profissionais do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde o Brasil: consenso de especialistas. **Distúrb Comun**, São Paulo, 33(4): 751-761, dezembro, 2021

MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.7, p.31-37, 1997

MATTOS, M.P.; GUTIÉRREZ, A.C.; CAMPOS, G.W.S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(9):3503-3516, 2022

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012

MOLINI-AVEJONAS, D.R.; MENDES, V.L.F.; AMATO, C.A.H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**. 2010;15(3):465-74.

MOREIRA, D.C.; JUNIOR, J.P.B.; NERY, A.A.; CARDOSO, J.P. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(12):e00031420

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; BAPTISTA, T.W.F. Previne Brasil, Agência de desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da Atenção Básica? **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(9):e00040220

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.S.; Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010; 34(1): 92-96.

NALLIN, A. A reabilitação em instituições: suas razões e procedimentos. Análise de representação no discurso. São Paulo, 1992. 282 f **Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia**, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

OLIVEIRA, M.M.; CAMPOS, G.W.S. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [ 2 ]: 187-206, 2017

PATTON, M. Q. Qualitative Research & evaluation Methods. **Newbury Park: Sage Publications**, 1990.

PASQUALI, L. Princípios de Elaboração de Escalas Psicológicas. **Revista de Psicologia Clínica**, v.25, n.5, p.206-213, 1998.

PAULA, C.C.; SILVA, C.B.; NAZÁRIO, E.G.; FERREIRA, T.; SCHIMITH, M.D.; PADOIN, S.M.M. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015 out./dez.;17(4).

REIS,S.; MENESSES, S. **Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB**. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. CEBES, 2020. Acesso em: 12 de setembro de 2020

SALTMAN, R.B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W.; Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. **Maidenhead: Open University Press;** 2006. SILVA, C.R., GOBBI, B.C, SIMÃO, A.A. O uso da análise de conteúdo como ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ.rurais aground**, Lavras, v.7, n1, p. 70-81, 2005.

SOLEMAN, C.; MARTINS, C.L. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)- Especificidades do trabalho em equipe na Atenção Básica. **Rev. CEFAC.** 2015 Jul-Ago; 17(4):1241-1253

SOUSA, M.F.S.; NASCIMENTO,C.M.B.; SOUSA, F.O.S.; LIMA, M.L.L.T.; SILVA, V.L.; RODRIGUES, M. Evolução da oferta de fonoaudiólogos no SUS e na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. CEFAC.** 2017 Mar-Abr; 19(2):213-220

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: Acesso em: 08 set. 2020.

Uma estrutura para a medição da Atenção Primária. In: STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: **Unesco/Ministério da Saúde**, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J.. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Q [Internet]**. 2005 [acesso em: 31 dez 2015];83(3):457-502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x>

TUON, L.; CERETTA, L.B; REIS, L.R. **Rede de Cuidado a Pessoa com deficiência**. 1. ed., Tubarão, Copiart, 2017

VIÉGAS, L.H.T.; MEIRA, T.C.; SANTOS, B.S.; MISE, Y.F.; ARCE, V.A.R.; FERRITE, S. Speech, language and hearing services in primary health care in Brazil: an analysis of provision and an estimate of shortage, 2005-2015. **Revista Cefac.** 2018; 20(3): 353-62.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; THE WORLD BANK. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Tradução Lexicus Serviços Linguísticos, 2012. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020\\_por.pdf;jsessionid=828874DD26D9D9B4AAC9FB4041757F57?sequence=4](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=828874DD26D9D9B4AAC9FB4041757F57?sequence=4) Acesso em: 25 abril. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008**. Primary Health Care, now more than ever, Genebra: WHO, 2008.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** 2013;66(esp):158-64.

OTHERO, M.B; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na Atenção Primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface: comunicação, saúde e educação** v.13, n.28, p.177-88, jan./mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A atenção coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS- Contribuições para o debate. Brasília, OPAS, 2011.

**APENDICE A- PCTool- ENTREVISTA PARA USUÁRIOS QUE RECEBERAM  
SERVIÇO DA FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
(ADAPTADO)**

**Atributo: LONGITUDINALIDADE**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

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

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

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

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

D3.Você acha que o(a) fonoaudiólogo(a) entende o que você diz ou pergunta?

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

D4.O(A) fonoaudiólogo(a) responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

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

D5. O(A) fonoaudiólogo(a) dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas com a saúde da criança?

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

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

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

D7.O(A) fonoaudiólogo(a) conhece a criança mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

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

D8.O(A) “fonoaudiólogo(a) conhece a história clínica (história médica) completa da criança?

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

D9.O(A) “fonoaudiólogo(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que a criança está tomando?

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

D10.Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

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

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

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

D12.O(A) fonoaudiólogo(a) sabe quais problemas são mais importantes para você e a família da criança?

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

D13.O(A) fonoaudiólogo(a) sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares da criança?

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

D14.De alguma forma, o(a) fonoaudiólogo(a) saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que a criança precisa?

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

**Baseado no PCTATool- Entrevista para usuários que receberam serviço da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**

**Atributo: COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

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

(1)	(2)	(3)
Sim	Não	<b>Não sei/Não lembro</b>

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

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

E3. O(A) “fonoaudiólogo(a)” sabe que a criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

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

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

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

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

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

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

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

**Baseado no PCTATool- Entrevista para usuários que receberam serviço da  
fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde**

**Atributo: COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

F1. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/fonoaudiólogo(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)?

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

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

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

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário da criança no(a)/com o(a) “serviço de saúde/fonoaudiólogo(a)”?

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

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) \_\_\_\_\_ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa: Fonoaudiologia e Pessoas com Deficiência: avaliação da longitudinalidade e da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde.

Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a) Rafaela Lopes de Souza D'tony (endereço: Avenida Um, nº 69, apto 407- Curado IV, Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54270-090. Telefone: (81) 99755-3107; e-mail: [fga.rafaelalopes@gmail.com](mailto:fga.rafaelalopes@gmail.com)). Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Cynthia Maria Barboza do Nascimento, telefone para contato: (81) 99182-3021 e também Emilaine de Lima Ferreira, telefone para contato: (81) 99639-4784 e está sob a orientação de: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Telefone: (81) 999145968, e-mail ([mluizatimoteo@bol.com.br](mailto:mluizatimoteo@bol.com.br))

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

A pesquisa em questão tem como objetivo avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF-AB. Estes dois atributos precisam estar presentes nesse serviço que é oferecido à criança com deficiência na Unidade de Saúde da Família. Como se trata de grupos populacionais que possuem algum tipo de fragilidade ou inabilidade o cuidado na saúde precisa ser maior e consequentemente o acesso aos serviços também são mais frequentes. A criança com deficiência necessita de uma interdependência entre os pontos da rede de atenção à saúde. A Fonoaudiologia atuante na prestação do cuidado a Pessoa com Deficiência dentro da Atenção Primária à Saúde contribui com atributos de coordenação e longitudinalidade, e consequentemente garantindo integralidade na assistência.

Dessa maneira, solicitamos a sua colaboração para participar de uma única entrevista que necessitará de uma média de 10 a 15 minutos para preenchimento marcada e realizada a partir de uma visita domiciliar (a entrevista acontecerá em região peridomiciliar, sem entrar na casa do comunitário, respeitando as recomendações da Organização Mundial da Saúde na prevenção contra o COVID-19). Informamos que essa pesquisa apresenta como riscos investimento de um tempo específico de sua rotina para conceder as respostas, além da possibilidade de algum constrangimento por conta das perguntas que serão realizadas. Para minimiza-los o agendamento da visita domiciliar será realizada a partir do suporte da Agente Comunitário de Saúde responsável que conhece rotina da família e diminuirá o desconforto possivelmente ocasionado pelo investimento do tempo. Esclarecemos também que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a), como também poderá desistir ou abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a seu acompanhamento e/ou tratamentos na Unidade de Saúde da Família.

Como benefícios, tem-se o compromisso de compartilhar o conhecimento adquirido a partir dos resultados da pesquisa para as esferas que estarão envolvidas nelas, com o intuito de oferecer um panorama de como se encontra a principal porta de entrada do SUS no município e apontar caminhos de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, melhorando consequentemente a assistência a população. Pesquisas que abordem a atuação da fonoaudiologia dentro da Atenção Primária à Saúde são também uma forma de roborar com a continuidade dos benefícios que a categoria traz dentro deste nível de atenção à saúde.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos

pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta entrevista, ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço: Avenida Um, nº 69, apto 407- Curado IV, Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54270-090, pelo período de mínimo 5 anos e no máximo 10 anos após o término da pesquisa. Após esse período todos os dados serão excluídos permanentemente do computador.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

---

Assinatura do pesquisador (a)

### **CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo Fonoaudiologia e Pessoas com Deficiência: avaliação da longitudinalidade e da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde, como voluntário (a). Fui devidamente

informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) responsável:

\_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do**

**voluntário em participar.** 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PROFISSIONAIS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Fonoaudiologia e Pessoas com Deficiência: avaliação da longitudinalidade e da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Rafaela Lopes de Souza D'tony D'tony (endereço: Avenida Um, nº 69, apto 407- Curado IV, Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54270-090. Telefone: (81) 99755-3107; email: [fga.rafaelalopes@gmail.com](mailto:fga.rafaelalopes@gmail.com)).

Também participam desta pesquisa os pesquisadores: Cynthia Maria Barboza do Nascimento, telefone para contato: (81) 99182-3021 e também Emilaine de Lima Ferreira, telefone para contato: (81) 99639-4784 e está sob a orientação de: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Telefone: (81) 999145968, e-mail ([mluizatimoteo@bol.com.br](mailto:mluizatimoteo@bol.com.br))

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

A pesquisa em questão tem como objetivo avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF-AB. Estes dois atributos precisam estar presentes nesse serviço que é oferecido à criança com deficiência na Unidade de Saúde da Família. Como se trata de grupos populacionais que possuem algum tipo de fragilidade ou inabilidade o cuidado na saúde

precisa ser maior e conseqüentemente o acesso aos serviços também são mais frequentes. A criança com deficiência necessita de uma interdependência entre os pontos da rede de atenção à saúde. A Fonoaudiologia atuante na prestação do cuidado a Pessoa com Deficiência dentro da Atenção Primária à Saúde contribui com atributos de coordenação e longitudinalidade, e conseqüentemente garantindo integralidade na assistência.

Dessa maneira, solicitamos a sua colaboração para participar de uma única entrevista que necessitará de uma média de 10 a 15 minutos para preenchimento do questionário. Para isso a marcação da entrevista do profissional ocorrerá priorizando a agenda e disponibilidade do médico, enfermeira e fonoaudiólogo. Informamos que essa pesquisa apresenta como riscos investimento de um tempo específico de sua rotina para conceder as respostas, além da possibilidade de algum constrangimento por conta das perguntas que serão realizadas. Para minimiza-los realizaremos a entrevista a partir de marcações que seguirão a agenda do entrevistado, para não existir choque de agendas e desconforto, como também a entrevista será realizada no local de trabalho do profissional. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a), como também poderá desistir ou abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo às suas atividades na Unidade de Saúde da Família.

Como benefícios, tem-se o compromisso de compartilhar o conhecimento adquirido a partir dos resultados da pesquisa para as esferas que estarão envolvidas nelas, com o intuito de oferecer um panorama de como se encontra a principal porta de entrada do SUS no município e apontar caminhos de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, melhorando conseqüentemente a assistência a população. Pesquisas que abordem a atuação da fonoaudiologia dentro da Atenção Primária à Saúde são também uma forma de roborar com a continuidade dos benefícios que a categoria traz dentro deste nível de atenção à saúde

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta entrevista, ficarão armazenados em um computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço: Avenida Um, nº 69, apto 407- Curado IV, Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP 54270-090, pelo período de mínimo 5 anos e no máximo

10 anos após o término da pesquisa. Após esse período todos os dados serão excluídos permanentemente do computador.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

---

(Assinatura do pesquisador)

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Fonoaudiologia e Pessoas com Deficiência: avaliação da longitudinalidade e da coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## ANEXO A- NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints*

(<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.

(2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.

(3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

### **Orientações para organização de números temáticos**

1. A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

### **2. Modalidades de Números Temáticos:**

2.1. Por Termo de Referência a convite da Editoria da Revista - enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

2.2. Por Termo de Referência fechado - enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

**2.3.** Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.

Maiores informações no site da Revista em:

<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/chamada-publica>

**2.4.** Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

### **O que uma proposta de número temático deve conter?**

#### **No conteúdo:**

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

#### **Na forma**

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático; - Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva. - Listagem dos

dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.

- Proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.
- O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

## **Recomendações para a submissão de artigos**

### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bemvindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

(6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico

(<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no

ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de

áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE

(<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

## Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## Financiamento

RC&SC atende Portaria N<sup>o</sup> 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***) Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:

<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

#### 18. Programa de computador

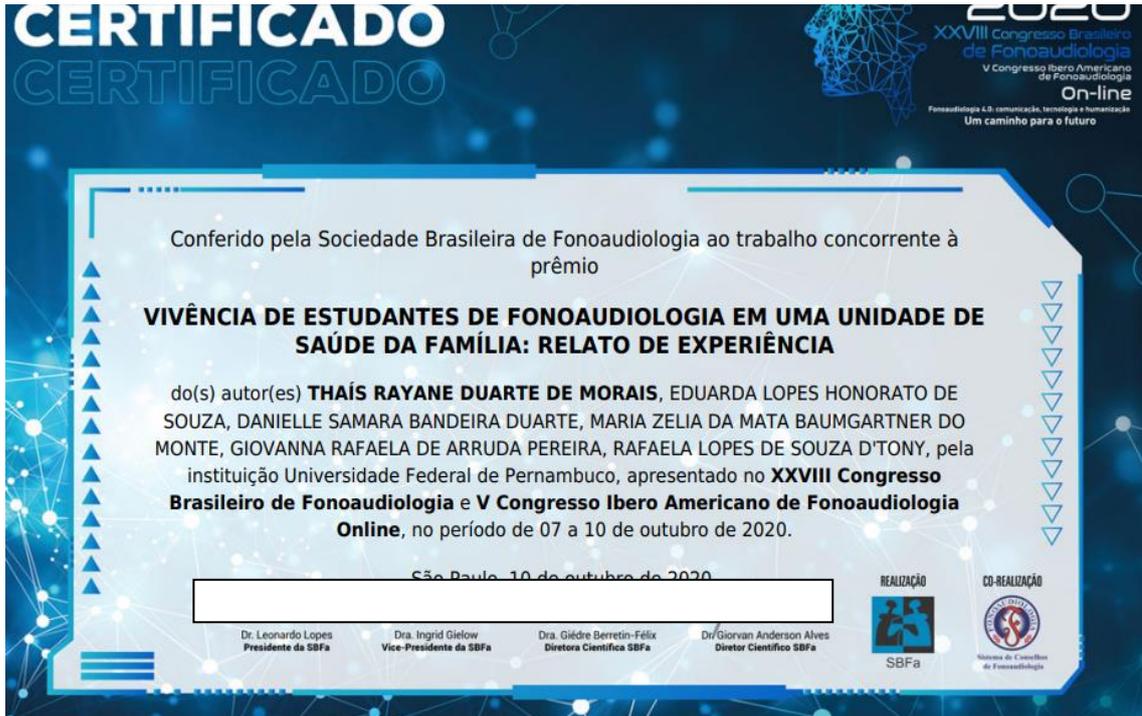
*Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics* [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

**ANEXO B- XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**



**ANEXO C- XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**



## ANEXO D- XXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA



**ANEXO E- XXIX CONGRESSO BRASILEIRO E XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
FONOAUDIOLOGIA**

**CERTIFICADO**

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

pela apresentação do trabalho intitulado **FONOAUDIOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: OS DESAFIOS DO ACESSO A FONOAUDIOLOGIA**, do(s) autor(es) **RAFAELA LOPES DE SOUZA D**, MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA, CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO, EMILAINÉ DE LIMA FERREIRA, POLLYANA RIBAS DE OLIVEIRA, YURI EDUARDO PAIVA DO NASCIMENTO, na modalidade E-pôster, na área Saúde Coletiva (SC), realizado durante o **XXIX CONGRESSO BRASILEIRO e XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE FONOAUDIOLOGIA**, no formato on-line, no período de 13 a 16 de outubro de 2021.

São Paulo, 16 de outubro de 2021.



Dr. Leonardo Lopes  
Presidente da SBFa

Dra. Ingrid Gielow  
Vice-Presidente da SBFa

Dra. Giédre Berretin-Félix  
Diretora Científica SBFa

Dr. Giorvan Anderson Alves  
Diretor Científico SBFa

REALIZAÇÃO



**SBFa**  
Sociedade Brasileira  
de Fonoaudiologia

## ANEXO F- XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA



### CERTIFICADO

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Pela apresentação do trabalho intitulado **FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, do(s) autor(es) **RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY**, EDLA EDNA DA SILVA, MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA, CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO, YURI EDUARDO PAIVA DO NASCIMENTO, MONESKA MARA DE PÁDUA TOSCANO BARRETO, na modalidade pôster, na área Saúde Coletiva (SC), realizado durante o **30º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**, de 19 a 22 de outubro de 2022, no Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, em João Pessoa – PB.

João Pessoa, 22 de outubro de 2022.

**REALIZAÇÃO**



**SBFa**  
Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Ativar o W  
Acesse Confic

Dr. Leonardo Lopes  
Presidente da SBFa

Dra. Ingrid Gielow  
Vice-Presidente da SBFa

Dra. Glédre Beretini-Felix  
Diretora Científica SBFa

Dr. Giovan Anderson Alves  
Diretor Científico SBFa

## ANEXO G- XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA



### CERTIFICADO

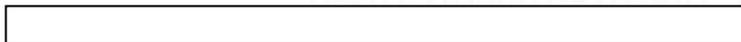
Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia a

**RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY**

por sua participação no **30º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**, realizado de 19 a 22 de outubro de 2022, no Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, em João Pessoa – PB, na qualidade de **CONGRESSISTA**.

Carga Horária: 45 horas.

João Pessoa, 22 de outubro de 2022.



Dr. Leonardo Lopes  
Presidente da SBFa

Dra. Ingrid Gielow  
Vice-Presidente da SBFa

Dra. Gléide Beretini-Felix  
Diretora Científica SBFa

Dr. Giovan Anderson Alves  
Diretor Científico SBFa



Ativar o  
Acesso Cor

## ANEXO H- 13º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=5977542>



Certificamos que o trabalho

### **FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

dos autores: RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY; YURI EDUARDO PAIVA DO NASCIMENTO; CYNTHIA MARIA BARBOZA DO NASCIMENTO; ÉDLA EDNA DA SILVA; POLLYANA RIBAS DE OLIVEIRA; EMILAINÉ DE LIMA FERREIRA; MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA, foi aprovado na modalidade Apresentação Curta Assíncrona, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorrido de 21 a 24 de novembro de 2022.

24 de novembro de 2022



Rosana Teresa Onocko Campos  
Presidente da Abrasco

Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Presidente do Congresso

Ativar o Windows  
Acesse Configurações pa

**ANEXO I- II ENCONTRO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DA UFPE  
DIÁLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA**



# CERTIFICADO

II ENCONTRO DE SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DA UFPE  
DIÁLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

**CERTIFICAMOS QUE**

**RAFAELA LOPES DE SOUZA D'TONY**

PARTICIPOU DO **II ENCONTRO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DA UFPE - DIÁLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**, REALIZADO NO DIA 25 DE MARÇO DE 2022, PROMOVIDO PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (PPGSCH-UFPE), COMO **PALESTRANTE** DA MESA INTITULADA "**RELATÓRIO MUNDIAL DA AUDIÇÃO: UM FOCO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**".

<p><b>CARGA HORÁRIA: 1H30MIN</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>ADRIANA DE OLIVEIRA CAMARGO GOMES</b> COORDENADORA DO PPGSCH-UFPE</p>	<p><b>RECIFE, 25 DE MARÇO DE 2022</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>HILTON JUSTINO DA SILVA</b> COORDENADOR GERAL DO II ESCH</p>
--	--

**REALIZAÇÃO:**





IIFPE CAPES Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana

**ANEXO J- CARTA DE ANUÊNCIA PARA USO DE DADOS PELA SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAÚDE CAMARAGIBE**




**PREFEITURA DE CAMARAGIBE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) Rafaela Lopes de Souza D'Árny, a desenvolver o seu projeto de pesquisa FONOAUDILOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, que está sob a orientação da(a) Prof. (a) Dra Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, cujo objetivo é: "Avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF-AB", nesta instituição, bem como cederemos o acesso aos arquivos de base de dados da Atenção Básica do município e E-SUS Atenção Básica, como também aos prontuários dos usuários que se encontram em suas respectivas Unidades de Saúde da Família, para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o(a) pesquisador(a) deverá apresentar a esta instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local em 24/03/21

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela instituição

*Dr.ª Patrícia F. S. Mendes*  
Coord. de Educação Permanente  
Nº 1770422

## ANEXO L- QUESTIONÁRIO PCATool

### PCTATool- Entrevista para profissionais da Equipe de Saúde da família

#### Atributo: LONGITUDINALIDADE

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

B1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?

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

B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?

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

B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?

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

B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor?

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

B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?

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

B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?

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

B7. Você acredita que conhece “muito bem” os pacientes do seu serviço de saúde?

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

B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

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

B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes?

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

B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?

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

B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente?

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

B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados?

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

B13. Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?

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

### **PCTATool- Entrevista para profissionais da Equipe de Saúde da família**

#### **Atributo: COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?

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

C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?

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

C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

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

C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?

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

C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?

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

C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?

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

### **PCTATool- Entrevista para profissionais da Equipe de Saúde da família**

#### **Atributo: COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)?

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

D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?

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

D3. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende?

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

**Entrevistador(a): Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?**

D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais

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

D5. “Guidelines”/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes

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

D6. Auditorias periódicas dos prontuários médico

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

D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes

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

D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes

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

### **PCTATool- Entrevista para usuários do serviço de saúde**

#### **AFILIAÇÃO:**

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

A1.1 Qual o nome deste serviço ou profissional?

A1.2 Qual o endereço desse serviço ou profissional?

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

A2.1 Qual o nome deste serviço ou profissional?

A2.2 Qual o endereço desse serviço ou profissional?

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

A3.1 Qual o nome deste serviço ou profissional?

A3.2 Qual o endereço desse serviço ou profissional?

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

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

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

### **Atributo: LONGITUDINALIDADE**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

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

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

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

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

D3. Você acha que o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” entende o que você diz ou pergunta?

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

D4. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

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

D5. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” dá tempo suficiente para você falar sobre as suas preocupações ou problemas com a saúde da criança?

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

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

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

D7. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” conhece a criança mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

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

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

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

D9.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe a respeito de todos os medicamentos que a criança está tomando?

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

D10. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde?

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
-----	-----	-----	-----	-----

Com certeza sim      **Provavelmente sim**      **Provavelmente não**      **Com certeza não**      **Não sei/Não lembro**

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

(4)                      (3)                      (2)                      (1)                      (9)

Com certeza sim      **Provavelmente sim**      **Provavelmente não**      **Com certeza não**      **Não sei/Não lembro**

D12. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a família da criança?

(4)                      (3)                      (2)                      (1)                      (9)

Com certeza sim      **Provavelmente sim**      **Provavelmente não**      **Com certeza não**      **Não sei/Não lembro**

D13. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe sobre o trabalho ou o emprego dos familiares da criança?

(4)                      (3)                      (2)                      (1)                      (9)

Com certeza sim      **Provavelmente sim**      **Provavelmente não**      **Com certeza não**      **Não sei/Não lembro**

D14. De alguma forma, o(a) “médico(a)/enfermeiro(a)” saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que a criança precisa?

(4)                      (3)                      (2)                      (1)                      (9)

Com certeza sim      **Provavelmente sim**      **Provavelmente não**      **Com certeza não**      **Não sei/Não lembro**

### **PCTATool- Entrevista para usuários do serviço de saúde**

#### **Atributo: COORDENAÇÃO - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

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

(1)	(2)	(3)
Sim	Não	Não sei/Não lembro

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

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

E3. O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe que a criança fez essa consulta com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

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

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

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

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

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

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

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

**PCTATool- Entrevista para usuários do serviço de saúde**

**Atributo: COORDENAÇÃO – SISTEMAS DE INFORMAÇÕES**

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

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

F1. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que a criança recebeu em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultado de exames de laboratório)?

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

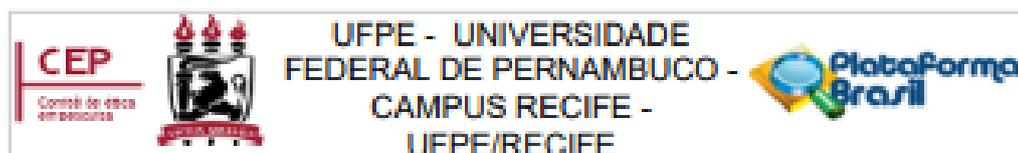
F2. Quando você leva a criança ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”, o prontuário (história clínica) da criança está sempre disponível na consulta?

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

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

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

## ANEXO M- PARECER DO CEP-UFPE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FONOAUDIOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVALIAÇÃO DA LONGITUDINALIDADE E DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Pesquisador:** RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 45350721.3.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.739.649

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado do programa de pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana do Departamento de Fonoaudiologia, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Maria Luiza Lopes Timoteo de Lima e coorientação de Cíntya Maria Barboza, com colaboração da fonoaudióloga Emilaine de Lima Ferreira.

## Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivos:

**Geral:** Avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF-AB.

**Específicos:**

- Caracterizar as pessoas com deficiência assistidas pela Atenção Primária à Saúde segundo tipo de deficiência, aspectos epidemiológicos, assistenciais e socioeconômicos;
- Avaliar a coordenação do cuidado e longitudinalidade dentro das práticas de saúde oferecidas pela Atenção Primária à Saúde segundo perspectiva da equipe de saúde da família e do usuário às

**Endereço:** Av. das Engenhas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -

**Bairro:** Cidade Universitária

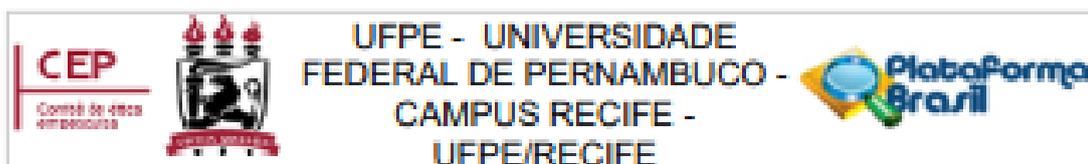
**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2124-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.736.646

pessoas

com deficiência;

- Avaliar a coordenação do cuidado e longitudinalidade dentro das práticas de saúde oferecidas pela fonoaudiologia no NASF-AB segundo perspectiva do usuário e do profissional fonoaudiólogo às pessoas com deficiência.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- **Riscos:** Com relação aos riscos o presente estudo contempla o uso de questionários. No caso dos profissionais de saúde a entrevista será realizada em horário de trabalho do profissional, o que pode ocasionar dificuldades na combinação das agendas do entrevistador com o entrevistado, como também demandar um tempo específico de sua rotina para conceder as respostas. Além da possibilidade de algum constrangimento por conta das perguntas que serão realizadas. No que concerne aos usuários as entrevistas serão realizadas em visitas domiciliares os riscos possíveis serão constrangimento devido as perguntas que serão realizadas e o investimento de tempo que será necessário para responder a entrevista. Para isso a marcação da entrevista do profissional ocorrerá priorizando a agenda e disponibilidade do médico, enfermeira e fonoaudiólogo e tanto o profissional de saúde como também os usuários poderão a qualquer momento interromper a entrevista sem maiores prejuízos.

Com relação aos critérios de segurança relacionados a prevenção do COVID-19 a entrevista será realizada em região peridomiciliar da residência da família da criança, respeitando o uso de EPI pelo pesquisador, distanciamento social adequado e as demais recomendações da Organização Mundial da Saúde orientadas.

- **Benefícios:** Como benefícios, tem-se o compromisso de compartilhar o conhecimento adquirido a partir dos resultados da pesquisa para as esferas que estarão envolvidas nelas, com o intuito de oferecer um panorama de como se encontra e está organizada a principal porta de entrada do SUS no município e apontar caminhos de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, melhorando consequentemente a assistência a população. Pesquisas que abordem a atuação da fonoaudiologia dentro da Atenção Primária à Saúde são também uma forma de corroborar com a continuidade dos

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81) 2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

benefícios que a categoria traz dentro deste nível de atenção à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Quando se trata de grupos populacionais que possuem algum tipo de fragilidade ou inabilidade o cuidado na saúde precisa ser maior e conseqüentemente o acesso aos serviços também são mais frequentes. PCD necessitam de uma interdependência entre os pontos da rede de atenção.

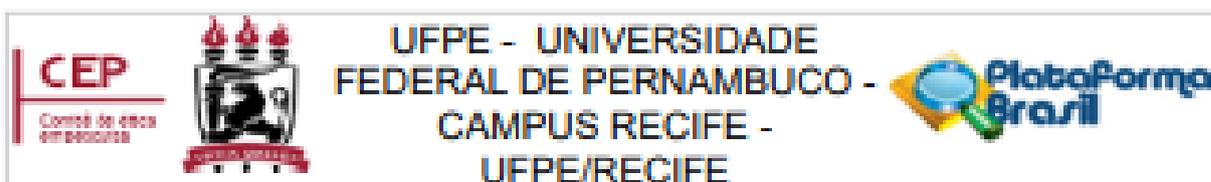
A Fonoaudiologia atuante na prestação do cuidado a PCD dentro da APS contribui com atributos de coordenação e longitudinalidade, e conseqüentemente garantindo integralidade na assistência. A fragmentação no cuidado, somados as mudanças epidemiológicas e demográficas, mais as desigualdades sociais de acesso aumentam o desafio e fragilizam ainda mais essa integração.

Além da necessidade de unir evidências científicas que comprovem a resoluidade do NASF-AB na APS, é mister fortalecer a Fonoaudiologia e seu campo de atuação na saúde pública brasileira. Dessa maneira, o objetivo do presente estudo é avaliar a coordenação do cuidado e a longitudinalidade nas práticas de saúde oferecidas pela Fonoaudiologia às pessoas com deficiência no NASF-AB.

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa do tipo avaliativo, descritivo e observacional. A pesquisa será realizada no município de

Camaragibe/Pernambuco que dispõe de 45 Equipes de Saúde da Família compreendendo, 100% da cobertura do território em questão. O município é dividido em 4 regiões político-administrativas na área da saúde.

Com relação ao NASF-AB, todas as equipes de saúde da família possuem cobertura desse serviço. Apesar, do município ser dividido em quatro territórios, as equipes NASF-AB são em número de cinco, ficando cada uma com 9 equipes de saúde da família. Essa decisão foi baseada na antiga Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do ano de 2011, como também baseada no Caderno de Atenção Básica nº39 (CAB-39), no qual o número máximo de equipes permitido por NASF-AB na modalidade tipo 1 é de apoio a nove equipes de saúde da família (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). Cada equipe NASF-AB possui uma formação específica de categorias profissionais que foi montada



Continuação do Parecer: 4.729/2020

será elaborado um instrumento de avaliação baseado no PCATool que tanto avaliará a coordenação do cuidado e a longitudinalidade na perspectiva da equipe de saúde da família, como do profissional fonoaudiológico e também dos usuários que receberam esse serviço.

A aplicação aos profissionais será realizada pela pesquisadora nas Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo com a agenda disponível de cada profissional, em sala reservada para preenchimento e resposta do questionário. Com relação aos usuários, a coleta será realizada em seus domicílios a partir da marcação de visitas domiciliares junto com a ACS mantendo todos os procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde com relação a prevenção ao COVID-19.

Sabendo que o método utilizado para a coleta de dados trata-se de um instrumento autoreferido propõe-se para confrontar o que está sendo mencionado e complementar com informações qualitativas será realizada a leitura e comparação com prontuários de algumas das famílias acompanhadas.

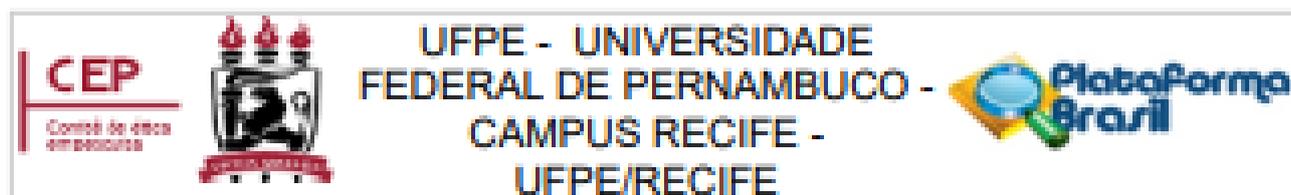
#### Critério de Inclusão:

Com relação a cada grupo que participará da pesquisa:

Equipe de Saúde da Família e NASF-AB: serão incluídos os profissionais preconizados pelo PCATool, a saber o médico e enfermeiro da equipe de saúde que são cobertos pelo apoio da fonoaudiologia no NASFAB). Com relação ao fonoaudiólogo participará somente aquele inserido na Atenção Primária à Saúde dentro da Rede de Atenção à Saúde;

Usuários do serviço: participarão da pesquisa crianças com deficiência na faixa etária de até doze anos incompletos como estabelece a Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990). Visto que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança é considerada como prioridade pelo Ministério da Saúde, para a presente pesquisa a amostra será composta por crianças e a entrevista será realizada com seus responsáveis e/ou cuidadores (BRASIL, 2015). Com relação as deficiências serão incluídas crianças com deficiência auditiva, física, mental/intelectual e crianças com o Transtorno do Espectro Autista (TEA) que de acordo com o decreto 8.368 e a lei 12.764 também são consideradas pessoas com deficiência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014). Essas escolhas foram

**Endereço:** Av. das Engenheiras, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-601  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2128-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.739.649

feitas baseadas na atuação da Fonoaudiologia que se dá mais nessas deficiências de um modo geral.

#### **Critério de Exclusão:**

Com relação a cada grupo que participará da pesquisa: Equipe de saúde da família: não entrarão equipes que não possuem cobertura da fonoaudiologia na Atenção Primária à Saúde. Não entrarão fonoaudiólogos que fazem parte dos outros níveis de atenção à saúde na rede. Não participarão da pesquisa crianças com deficiência que nunca tiveram suporte direto da fonoaudiologia no NASF-AB.

#### **Análise e Interpretação dos Dados**

As respostas do PCATool são do tipo Likert, no qual as respostas equivalem: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro. Os valores de 1 a 4 de cada resposta são utilizados para calcular um escore médio de cada componente ou atributo da APS. Esses escores mostram valores variando de 1 a 4, sendo os valores mais elevados característicos de serviços com maior presença e extensão do componente ou atributo mensurado. Igualmente se pode revelar para o Escore Essencial da APS, em que valores mais altos dos escores sugerem maior presença e extensão dos atributos essenciais nos serviços, e para o Escore Geral da APS, no qual os maiores escores refletem serviços mais orientados à APS (BRASIL, 2020).

Tanto os escores dos componentes ou atributos quanto o Escore Essencial e o Escore Geral podem ser transformados para valores variando de 0 a 10, visando facilitar a leitura dos resultados. Os escores podem também ser classificados em Alto (escore  $\geq 6,6$ ) e Baixo (escore  $< 6,6$ ), sendo o Alto escore caracterizado pela presença e extensão dos atributos da APS, revelando serviços melhor orientados para a APS. O ponto de corte do escore em 6,6 reflete respostas aos itens do instrumento com no mínimo a categoria de resposta 'provavelmente sim', atribuído ao código 3 na escala original, sendo, portanto, minimamente presentes as características de serviços reconhecidos como orientados à APS.

Para a tabulação dos dados será utilizado o programa Microsoft Excel e o aplicativo que será utilizado para as análises estatísticas será o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Os

**Endereço:** Av. das Engenhas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -

**Bairro:** Cidade Universitária

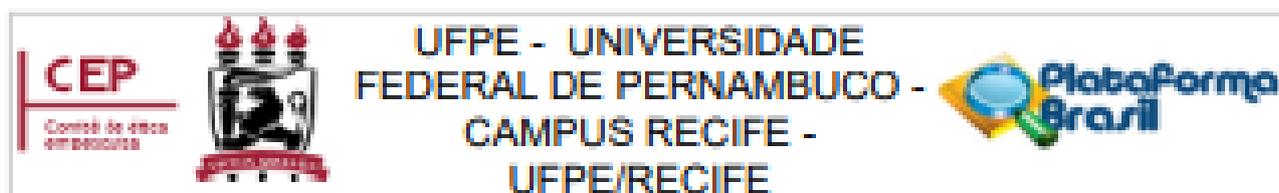
**CEP:** 50.670-901

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2128-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.739.649

resultados serão apresentados por meio de gráficos, que evidenciarão os escores obtidos por cada categoria a partir das respostas dos profissionais de saúde e usuários.

Os dados coletados do PCATool serão comparados com os registros encontrados nos prontuários das famílias confrontando com as seguintes informações, a começar: número de consultas fonoaudiológicas realizadas, intervalos entre as consultas/labordagens, serviços da RAS que foram encaminhados, serviços que foram acessados. A análise desses dados será feita a partir da saturação da informação encontrada nos registros. A priori serão observadas estas informações, contudo haverá abertura para caso surja alguma outra informação que faça parte dos atributos que estão sendo avaliados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Projeto completo;
2. TCLE para os pais;
3. TALE para crianças;
4. TCLE para os usuários;
5. TCLE para os profissionais;
6. Autorização de uso de dados;
7. Carta de anuência;
8. Currículo lattes dos pesquisadores envolvidos no estudo;
9. Declaração de vínculo com o programa de pós-graduação;
10. Termo de confidencialidade;
11. Folha de rosto assinada.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar"

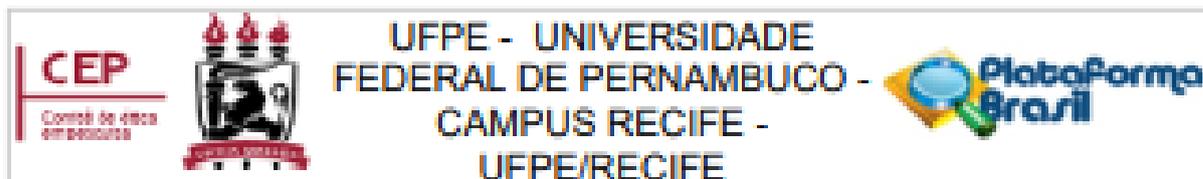
**Endereço:** Av. das Engenhas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81) 2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.739.669

Relatório Final, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do(a) pesquisador(a) assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1694820.pdf	06/05/2021 20:50:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais02.doc	06/05/2021 20:49:52	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPais02.doc	06/05/2021 20:49:35	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEcriancas02.doc	06/05/2021 20:49:18	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	ProjetoRafaelaDtony_CEP02.doc	06/05/2021 20:48:26	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito

Endereço: Av. das Engenharas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -

Bairro: Cidade Universitária

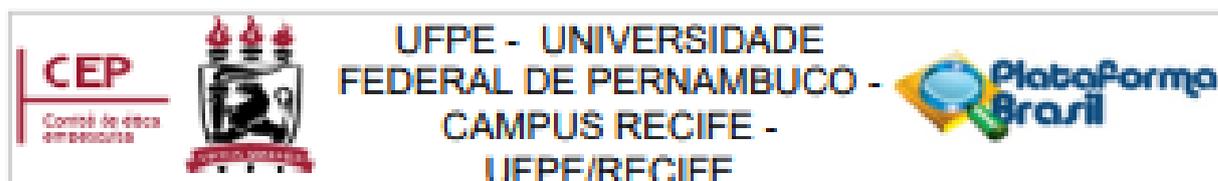
CEP: 50.670-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2136-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.739.649

Outros	CARTADERESPASTAS_CEP.docx	08/05/2021 20:48:26	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPaís.doc	08/04/2021 10:38:14	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEcrianças.doc	08/04/2021 16:29:56	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	AutorizacaoUsodeDados_RafaelaDtony2.pdf	08/04/2021 09:37:58	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	CartaAnuenciaUsodeDados_RafaelaDtony2.pdf	08/04/2021 09:37:02	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	CartadeAnuencia_RafaelaDtony2.pdf	08/04/2021 09:36:42	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRafaelaDtony_CEP.doc	08/04/2021 09:36:03	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	LattesEmilainedeLima.pdf	30/03/2021 00:39:40	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	LattesCynthiaNascimento.pdf	30/03/2021 00:39:12	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	LattesMariaLuiza.pdf	30/03/2021 00:38:46	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	LattesRafaelaLopes.pdf	30/03/2021 00:24:28	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	DeclaracaodeVinculoPPGSOCH.pdf	30/03/2021 00:17:15	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEUsuarios.doc	30/03/2021 00:16:47	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.docx	30/03/2021 00:14:25	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProfissionais.doc	30/03/2021 00:13:16	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito
Folha de Rosto	folhaderoasto_assinada.pdf	20/03/2021 12:57:51	RAFAELA LOPES DE SOUZA DTONY	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Av. das Engenhas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -

Bairro: Cidade Universitária

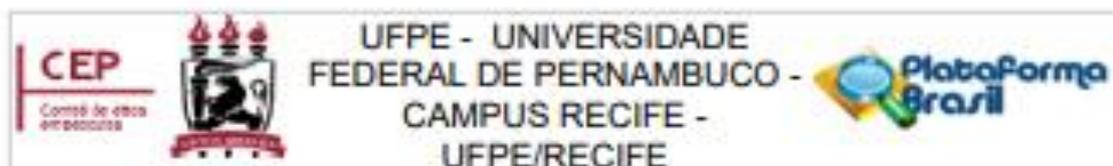
CEP: 50.070-901

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.729/649

Não

RECIFE, 27 de Maio de 2021

---

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. das Engenharas, s/n 1º andar Sala 4 - Prédio do CCS -  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** [cxp@umanos.ufpe.br](mailto:cxp@umanos.ufpe.br)