



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

JERSSICA MAYARA AGUSTINHO DA SILVA

**AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO COMPONENTE DA REDE
DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

João Pessoa – PB

2023

JERSSICA MAYARA AGUSTINHO DA SILVA

**AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO COMPONENTE DA REDE
DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Fisioterapia, Área de concentração Processos de Avaliação e Intervenção em Fisioterapia na coletividade.

Orientador(a): Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

João Pessoa – PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586a Silva, Jerssica Mayara Agostinho da.

Ações realizadas na atenção básica como componente da rede de cuidados à pessoa com deficiência / Jerssica Mayara Agostinho da Silva. - João Pessoa, 2023.
47 f. : il.

Orientação: Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da pessoa com deficiência. 3. Serviços de saúde. I. Ribeiro, Katia Suely Queiroz Silva. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

JERSSICA MAYARA AGUSTINHO DA SILVA

**AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO COMPONENTE DA REDE
DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Banca Examinadora

Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof. Dra.

Orientador – UFPB

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Prof. Dr.

Examinador – UFPB

Sílvia Lanziotti da Silva

Prof. Dra.

Examinadora – UFJF

RESUMO: A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, diz respeito à promoção, inclusão e aceitação de pessoas com deficiência, com garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando sob a lógica interdisciplinar apontando a Atenção Básica. Objetivo: Analisar as ações realizadas pelas Equipes de Atenção Básica e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família voltadas às pessoas com deficiência. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, inferencial, transversal, multicêntrico com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em oito estados brasileiros. Participaram deste estudo Profissionais das equipes da Atenção básica e do Núcleo ampliado de saúde da família. Resultados: O Núcleo Ampliado de Saúde da Família possui conhecimento sobre a Rede mais que as equipes da Atenção Básica, em seguida as duas equipes às vezes atendem às necessidades e demandas deste público bem como, orientam e realizam o acompanhamento domiciliar. Quanto as ações específicas da Atenção Básica como a identificação precoce das deficiências, pré-natal, acolhimento e classificação de risco o estudo apresenta uma menor adesão dos profissionais do Núcleo Ampliado de saúde da Família. Conclusão: As ações realizadas pelas duas equipes promovem e colaboram com os pacientes em relação a rede de cuidados à pessoa com deficiência.

Palavras-chave: Saúde da Pessoa com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde.

ABSTRACT: The Care Network for People with Disabilities concerns the promotion, inclusion and acceptance of people with disabilities, with guaranteed access and quality of services, offering under the interdisciplinary logic pointing to Basic Care. Objective: To analyze the actions carried out by the Primary Care Teams and the Expanded Family Health Center aimed at people with disabilities. Methodology: This is a descriptive, inferential, cross-sectional, multicenter study with a quantitative approach. The study was carried out in eight Brazilian states. Professionals from the primary care teams and the expanded family health center participated in this study. Results: The Expanded Family Health Center has more knowledge about the Network than the Primary Care teams, so both teams sometimes meet the needs and demands of this public as well as guide and carry out home monitoring. The study presents a lower prevalence for the Expanded Family Health Center in terms of specific Primary Care actions such as early identification of deficiencies through prenatal care, reception and risk classification. Conclusion: The actions carried out by the two teams promote and collaborate with patients in relation to the care network for people with disabilities.

Keywords: Health of People with Disabilities; Primary Health Care; Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa distribuição das regiões de saúde e municípios do estudo	19
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Escore categorizado (baixo, moderado ou alto) dos oito estados participantes da pesquisa e as duas equipes (AB e NASF)	28
Gráfico 2: Escore categorizado (mensurações) dos estados participantes da pesquisa.....	29
Gráfico 3: Escore categorizado (baixo, moderado ou alto) dos oito estados participantes da pesquisa e tipo das equipes (AB e NASF)	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Regiões de Saúde e municípios participantes do Estudo Redecin Brasil.....	19
Quadro 2: Hipóteses testadas segundo as variáveis sociodemográficas e o escore do instrumento da Atenção Básica.....	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das Equipes de Atenção Básica e do NASF, participantes da pesquisa Redecin Brasil, 2020-2021	23
Tabela 2: Análise das frequências relativas das equipes NASF e AB.	24
Tabela 3: Estatísticas descritivas e respectivos valores de testes para comparação das medianas do escore do instrumento da AB entre as equipes. Brasil, 2023.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica.

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade em Saúde.

IBGE - Instituto Brasileiro Geografia e estatística.

NASF Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

RAS - Redes de Atenção à saúde.

RCPD - Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência.

SUS - Sistema Único de Saúde.

LISTA DE SIMBOLOS

$\pm$ DESVIO PADRÃO.....	23
--------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 HIPÓTESE	14
4 OBJETIVOS	14
4.1 Objetivo Geral	14
4.2 Objetivos Específicos	14
5 REVISÃO DA LITERATURA	14
5.1 Redes de Atenção à Saúde	14
5.2 Atenção Básica em saúde e NASF	16
6 MÉTODO	18
6.1 Tipo de Estudo	18
6.2 Cenário da Pesquisa	18
6.3 Sujeitos	20
6.4 Coleta dos Dados	20
6.5 Análise dos Dados	21
6.6 Estatística de Confiabilidade dos Itens	22
6.7 Aspectos Éticos	23
7 RESULTADOS	23
8 DISCUSSÃO	30
8.1 O conhecimento sobre a RCPD	30
8.2 As ações realizadas pelas equipes de AB e NASF	31
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
10 PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO E IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DA PESQUISA.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	43

1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos de organização de serviços com ações e objetivos em comum com atenção contínua e integral, coordenados pela Atenção Básica (AB). As RAS ofertam os serviços em diferentes níveis de complexidade, ou seja, para as RAS o atendimento hospitalar e na AB são iguais, referente a humanização e acolhimento de modo que atendam a demanda da população com garantia de atenção à saúde (Mendes, 2010).

No que se refere ao arranjo das RAS, procuram garantir a integralidade do cuidado, a sua estrutura operacional é de grande relevância, pois com a sua forma regionalizada conforme os aspectos sociodemográficos visa a garantia de acesso aos usuários que precisem usar este sistema (Dubow; Garcia; Krug, 2018). Estas redes existem para proporcionar mais organização nos serviços de saúde em relação às demandas existentes para cada cenário de que necessitam os usuários (Tofani et al., 2021).

Neste sentido o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de políticas públicas busca garantir o direito universal à saúde de pessoas com deficiência tendo como objetivos principais o acesso e a integralidade no sistema. Ainda assim, a qualidade da assistência à saúde voltada para essa população precisa ser revista para que necessidades sejam supridas adequadamente pelo sistema, englobando em sua totalidade os serviços de saúde ofertados (Torres et al., 2020).

De acordo com Instituto Brasileiro Geografia e estatística (IBGE) 18,6 milhões de pessoas no Brasil, cerca de 8,9% da população total, têm algum tipo de deficiência, os principais tipos de deficiência são visual, auditiva, física e intelectual.

No intuito de garantir atenção integral a estas pessoas, foi instituída a Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência (RCPD), pela Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012, posteriormente consolidada no Anexo III da Portaria de Consolidação (2017). De acordo com estes documentos a RCPD, tem sua articulação iniciada na AB, contando com a atenção especializada em reabilitação, hospitalar e de urgência e emergência, estabelece que a reabilitação na RCPD deve ocorrer no contexto da funcionalidade.

Representa a perspectiva social da funcionalidade sendo relevante no contexto em que a reabilitação precisa estar conectada para a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos (Brasil, 2017).

No que se refere ao papel da AB para as pessoas com deficiências, definido nesta portaria, destaca-se a função de guiar as demandas nas redes de atenção à saúde para garantir acesso oportuno e continuidade do cuidado. As equipes de atenção básica devem fazer o

acolhimento e buscar dar resposta às necessidades das pessoas tanto pelo gerente, equipe mínima e pelo Núcleo Ampliado de saúde da Família (NASF) com trabalho em conjunto a fim de garantir o acesso de qualidade a saúde (Brasil, 2010, Brasil, 2017).

A AB é composta por médico de saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e por equipes multiprofissionais seu papel é desenvolver ações com garantia do cuidado integral às pessoas com deficiência, conta com o apoio da equipe multiprofissional garantido um papel de grande relevância para este público podendo desempenhar o acolhimento organizando fluxo dos usuários, pois a AB possibilita a resolução de grande parte das necessidades dos usuários mas com a garantia de favorecer a interlocução com outros setores de saúde (Brasil, 2017).

Dentre as ações previstas para as equipes do NASF nos documentos que instituem essas equipes destacam-se as ações de reabilitação mediante a realização do levantamento de pessoas com deficiências residentes na área, realização de avaliação funcional, acompanhamento longitudinal, assistência domiciliar, orientação e informação às pessoas com deficiência e cuidadores (Brasil, 2014).

Também são propostas atividades com agentes comunitários de saúde sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo, bem como o acompanhamento e encaminhamento para os serviços especializados conforme o caso de cada indivíduo (Machado et al., 2018).

2 JUSTIFICATIVA

O tema é relevante e necessário, dada a importância da AB junto com o NASF em acompanhar, reabilitar e encaminhar aos serviços de saúde pessoas com deficiência. Considera-se um processo desafiador em relação ao atendimento para estas pessoas que buscam o serviço para obter solução nos seus problemas de saúde de modo a dar visibilidade às ações a serem realizadas por estas equipes. Os resultados do presente estudo podem contribuir para potencializar o cuidado à saúde dessas pessoas no nível da atenção básica, qualificando seu papel em coordenar o cuidado, atuando como centro de comunicação da rede, fazendo a articulação com outros serviços de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência, bem como assegurando os cuidados possíveis de serem realizados neste nível de atenção à saúde.

3 HIPÓTESE

Hipótese Alternativa (H_1): Há diferença das ações voltadas às pessoas com deficiências realizadas pelos profissionais da AB e do NASF previsto na portaria 793/2012.

Hipótese Nula (H_0): Não há diferença das ações voltadas às pessoas com deficiências realizadas pelos profissionais da AB e do NASF previsto na portaria 793/2012.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar as ações realizadas pelas Equipes de Atenção básica e NASF voltadas às pessoas com deficiência;

4.2 Específicos

- Caracterizar as ações realizadas pelas Equipes de Atenção básica e NASF voltadas às pessoas com deficiência;
- Comparar as ações realizadas pelos profissionais das equipes da AB com as ações dos profissionais do NASF;

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à saúde (RAS) são instituídas de forma mais sistemática a partir do ano de 2010. São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, tendo seu papel desenvolvido na organização dos serviços primários se encontra a AB, nível secundário remete ao nível ambulatorial e centros de especialização e o nível terciário referindo aos hospitais com urgência e emergência. Essa organização reflete em um sistema de saúde para atender as demandas da população garantindo a qualidade dos serviços ofertados e regulando todo o processo de arranjo e oferta dos serviços pelas redes (Brasil, 2010; Oliveira, 2016).

Para isto RAS precisa estar organizada com objetivos e sua estrutura firmada para se obter um serviço de qualidade e humanizado para os usuários. A atenção primária em saúde é

coordenadora do cuidado para as RAS, sendo responsável pelo encaminhamento dos usuários nos diversos serviços da rede bem como a resolutividade do problema antes de encaminhá-lo aos serviços especializados (Menicucci, 2009; Paim, 2020).

Nesta perspectiva, são parte das RAS a Rede Cegonha, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2010).

Portanto, a estratégia de organização destas redes começa na atenção primária em saúde, seu principal papel são ações preventivas e de regulação, onde pessoas procuram os serviços, para resolutividade do seu problema, neste caso, a levantamento de dados é importante, pois sua articulação com os demais serviços de saúde é de fundamental importância a fim de garantir um plano de cuidado para as pessoas (Harheim, 2020).

Existiu um movimento para alcançar a rede de assistência social aos deficientes. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007) foi um fator histórico e importante e uma nova perspectiva sobre o contexto civil, político, econômico, social e cultural das pessoas com deficiência. Em 2011 nasceu o plano nacional dos direitos das pessoas com deficiência (Viver Sem Limites), cujo objetivo é garantir a acessibilidade como princípio indissociável da garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

Após esse recorte histórico é relevante destacar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) instituída pela portaria nº 793/2012 que diz respeito à promoção, inclusão e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos, garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando, cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar apontando a AB com importante papel para uma atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas (Brasil, 2012).

A sua implantação está prevista para acontecer com bases nas seguintes fases: diagnóstico e desenho da rede, adesão à rede, contratualização dos pontos de atenção, implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da rede. A RCPD busca expandir o acesso e fornecer atendimento especializado a pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressivo, regressivo ou estável, intermitente ou contínuo no SUS. Além de promover cuidados com a saúde, visa promover ações de prevenção e detecção precoce de carências em crianças, adolescência e vida adulta (Brasil, 2012).

A proposta da RCPD é garantir cuidado integral à saúde das pessoas com deficiência, a ser ofertado por serviços, distribuídos nos três níveis de atenção à saúde, para a organização conta-se com os serviços a AB em saúde, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de

Urgência e Emergência, sendo articulados entre si para garantir o cuidado para estes pacientes no manejo clínico, comunicação, acessibilidade, manutenção ou compensação da função atual, contando com o apoio do NASF e atenção odontológica (Brasil, 2012).

A reabilitação encontra-se dentre as ações de cuidado previstas e, obviamente, ganha centralidade no cuidado à saúde deste público. O processo da reabilitação é fundamental para as pessoas com deficiência de modo a conduzi-las a uma vida mais facilitadora com autonomia para seu contexto social. A reabilitação não remete apenas a fisioterapia, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade são fundamentais neste processo com garantia de um serviço ofertado com a capacidade que abarque a inclusão social, facilitação no acesso aos serviços bem como todas as demandas destas pessoas (Gomes; Oliver, 2022).

Outrossim refere-se ao conceito de reabilitação, habilitar significa tornar hábil, e quando empregado o prefixo “RE”, no sentido de voltar atrás o que era antes, ou seja, a reabilitação da função que antes era usada pode ser alterada deixando a funcionalidade mais útil para executar determinada função (Brasil, 2017).

A reabilitação é realizada pela equipe multiprofissional e interdisciplinar com profissionais de saúde que participam diretamente deste processo para as pessoas com deficiência. Membros da família e funcionários de serviço privado participam do processo de cuidado. Considerando o impacto da incapacidade em suas funções, emoções, meio ambiente, comunicação, sociedade e desempenho de carreira, uma estratégia de ação de reabilitação deve ser estabelecida a partir das necessidades únicas de cada pessoa (Brasil, 2017).

Incluir as pessoas com deficiência no seu cotidiano requer uma forma de olhar diferenciada, profissionais qualificados e um serviço de qualidade. O território de saúde deve conter os principais pontos estratégicos para se obter um marco acolhedor e resolutivo para estas pessoas (Clemente et al., 2022).

5.2 Atenção Básica em saúde e NASF

A Atenção Básica (AB) é a principal coordenadora do cuidado para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, o atendimento se faz pela equipe mínima: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde; equipe de saúde bucal: dentista e auxiliar de saúde bucal, e quando o contexto de saúde requer uma especialidade podemos contar com o NASF ou equipe multiprofissional que pode ser composta por fisioterapeutas, psicólogos, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico e entre outras modalidades (Junior; Jorge, 2022).

A composição do modelo assistencial no SUS das Equipes de saúde da família são: Equipe de Atenção Básica Modelo Tradicional (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar saúde bucal e técnico de enfermagem); Equipe de Saúde da Família (médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde); Equipe de Saúde Bucal (cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal); Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem); Equipe de Saúde da Família Fluvial (um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem); Equipe de Saúde de Atenção Básica Prisional (técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal); Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento) (Brasil, 2017).

Dentre as diversas ações atribuídas às equipes de atenção básica, estão incluídas ações voltadas ao cuidado à saúde das pessoas com deficiência, as quais devem estar preparadas para acolher os usuários que procuram os serviços de saúde que possuam algum tipo de deficiência Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, a fim de ser resolutiva e, quando se fizer necessário, encaminhar para outros serviços da RCPD a fim de garantir a resolução dos problemas dos usuários (Carvalho et al., 2022).

O processo de trabalho dos profissionais da AB envolve o acompanhamento de crianças, adultos e idosos uma linha de condutas específicas pré-natal, puericultura, e grupos idoso fazem parte deste processo para que suas necessidades sejam atendidas e resolvidas com qualidade. Para tanto, é importante que os profissionais que compõem a AB saibam os procedimentos necessários que englobem o acesso de qualidade para esses usuários (Figueredo et al., 2022).

A trajetória do Núcleo de apoio à saúde da família começa pela portaria 154/2008 com o intuito de ampliar as ofertas de serviços na AB, por conseguinte com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), foi modificado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família com os mesmos objetivos de resolutividade na AB, após extinção pelo programa previne Brasil e da reimplantação no governo atual o NASF surge com o nome Equipe Multiprofissionais de atenção básica (Brasil, 2017; Timmermann; Brites; Rocha, 2023).

A equipe da AB como parte da RCPD tem um papel no cuidado a estas pessoas, cujas ações estão previstas na Portaria 793/2012, que conta com o apoio do NASF para promoção da identificação precoce das deficiências desde o pré-natal, educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas, criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos

clínicos, projeto terapêutico singular, implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade e acompanhamento domiciliar como também apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência (Brasil, 2012).

As ações das equipes AB e do NASF remetem ao acolhimento dos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento e atendimento domiciliar, palestras na sala de espera e também com os grupos de usuários presentes na equipe AB. Neste sentido, a troca e compartilhamento de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe são de fundamental importância para a qualificação do cuidado para as pessoas com deficiências (Machado et al., 2018).

Sendo assim é relevante mencionar que os serviços de saúde estão intimamente relacionados à capacidade de atender às necessidades das pessoas. Isso requer análise e definição de epidemiologia do território, recursos disponíveis e equipes permanentes de saúde para o processo de educação permanente, para que os resultados do cuidado possam trazer melhor qualidade de vida e maior autonomia à saúde dos deficientes (Brasil, 2017).

6 MÉTODO

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, inferencial, transversal, multicêntrico com abordagem quantitativa. Refere-se a um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - REDECIN BRASIL”, que foi contemplado na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018, na Linha 1 - Estudos sobre grau de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

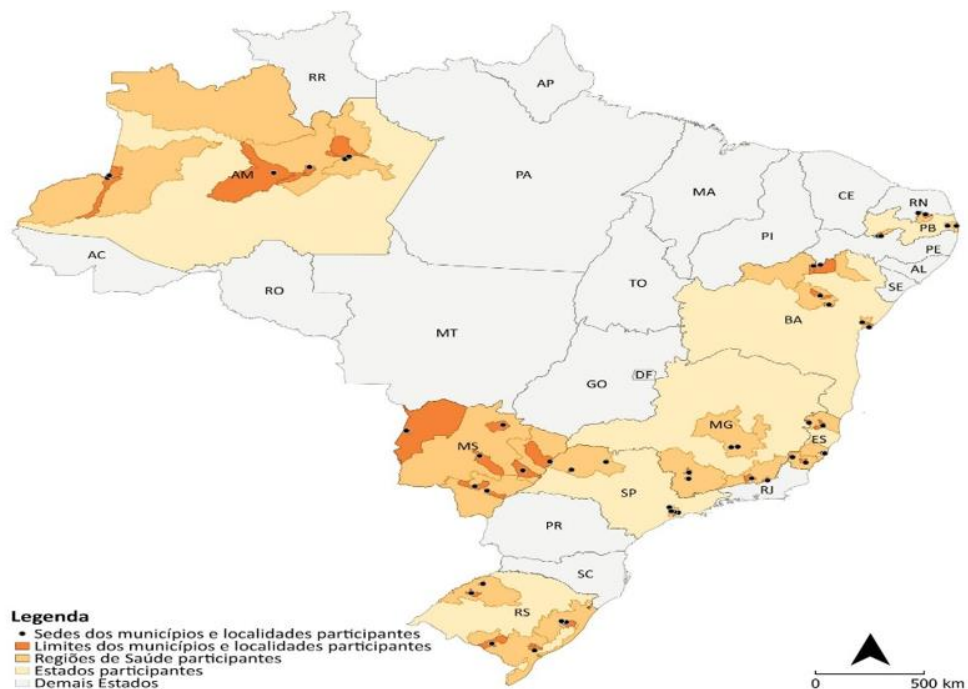
6.2 Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado em oito estados brasileiros: Paraíba e Bahia (região Nordeste); Amazonas (região Norte); Mato Grosso do Sul (Centro-oeste); São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo (região Sudeste); e Rio Grande do Sul (região Sul). A coleta dos dados ocorreu em 50 municípios destes estados, caracterizados como de pequeno, médio e grande porte, cuja seleção se deu a partir da indicação feita pelos Grupos Condutores da RCPD em cada estado. Isto ocorreu com base na solicitação dos pesquisadores de indicação de três regiões de saúde com distintos níveis de implantação desta Rede e em cada região os dois municípios com maior

e menor quantidade de equipamentos da RCPCD, respectivamente. As capitais dos estados deveriam ser um destes municípios.

Figura 1: Mapa distribuição das regiões de saúde e municípios participantes do estudo.

Regiões de saúde e municípios participantes do estudo Redecin Brasil



Quadro 1: Regiões de Saúde e municípios participantes do Estudo Redecin Brasil.

Estado	Regiões de Saúde	Município com mais equipamentos da RCPCD na Região de Saúde	Município com menos equipamentos da RCPCD na Região de Saúde
MATO GROSSO DO SUL *	1-Campo Grande; 2-Dourados; 3-Três Lagoas; 4-Corumbá;	1-Campo Grande; 2- Dourados; 3- Três Lagoas 2-Corumbá;	1- Figueirão; 2- Ladário; 3- Jateí; 4- Santa Rita do Pardo
BAHIA	1- Salvador; 2- Jacobina; 3- Juazeiro;	1- Salvador; 2- Jacobina; 3- Juazeiro;	1- Saubara; 2- Mairi; 3- Sobradinho;
PARAÍBA	1-Primeira Região de Saúde; 2-Décima Primeira Região de Saúde; 3- Quarta Região de Saúde;	1-João Pessoa; 2-Princesa Isabel; 3-Cuité;	1-Sobrado; 2-São José de Princesa; 3-Frei Martinho;

AMAZONAS	1- Manaus e entorno, 2- Alto Rio Negro e Solimões; 3- Alto Solimões;	1- Manaus; 2- Coari; 3-Tabatinga;	1- Iranduba; 2- Anori; 3- Benjamin Constant;
ESPÍRITO SANTO	1- Metropolitana; 2- Norte; 3- Sul;	1- Vitória; 2- Nova Venécia; 3- Cachoeiro de Itapemirim;	1- Cariacica; 2- Pedro Canário; 3- Ibitirama;
SÃO PAULO	1- Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS) 1 2- RRAS 6; 3- RRAS 12;	1- São Bernardo do Campo; 2- Cidade Ademar/Santo Amaro (região da Cidade de São Paulo); 3- São José do Rio Preto;	1- Rio Grande da Serra; 2- Pirituba (região da cidade de São Paulo); 3- Bento de Abreu;
MINAS GERAIS	1- Centro; 2- Sul; 3- Sudeste;	1- Belo Horizonte; 2- Alfenas; 3- Além Paraíba;	1- Betim; 2- Poço Fundo; 3- Juiz de Fora;
RIO GRANDE DO SUL	1- Metropolitana; 2- Missioneira; 3- Sul;	1- Porto Alegre; 2- Santa Rosa; 3- Bagé;	1- Viamão; 2- São Luís do Gonzaga; 3- Pelotas;

Fonte:*dado a baixa densidade de serviços no estado, o grupo condutor sugeriu estudar todas as regiões de saúde.

6.3 Sujeitos

No recorte do presente estudo participaram profissionais das equipes da Atenção básica e do Núcleo ampliado de saúde da família dos oito estados. Foram considerados Equipe de Atenção Básica Modelo Tradicional, Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha, Equipe de Saúde da Família Fluviais, Equipe de Saúde de Atenção Básica Prisional, Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena.

6.4 Coleta dos Dados

Procedeu-se a uma seleção da amostra para os profissionais da atenção básica segundo plano de amostragem estratificada através do método de alocação proporcional ao número de profissionais por estrato, e considerando custo seleção fixo para todos os elementos da população alvo, conforme descrito por Cochran (1977) e Valliant et al., (2013).

Foram incluídos neste estudo profissionais de nível superior que fazem parte das equipes AB, bem como o NASF dos municípios selecionados para o estudo. Foram excluídos os profissionais de saúde que se recusaram a participar do estudo ou que estavam atuando na equipe AB e no NASF há menos de 06 meses.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro de 2020 e agosto de 2021, mediante a aplicação de um questionário autoaplicável, no qual indaga-se acerca da realização das ações voltadas à prevenção e reabilitação de deficiências a serem realizadas na atenção básica, com base no que definiu a Portaria 793/2012 questionário (APÊNDICE). Para aplicação desses questionários foi realizado contato com os gerentes da atenção primária a fim de possibilitar o acesso aos profissionais das equipes selecionadas. Para o presente estudo, foram consideradas as questões deste instrumento referentes às ações realizadas na AB para pessoa com deficiência. o questionário contém perguntas pertinentes a avaliação do profissional atuante na AB sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Avaliação do Equipamento de Saúde (Unidade Básica de Saúde) que engloba questões de como conhece a rede e sua aplicabilidade.

6.5 Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas eletrônicas com uso do programa Microsoft Excel Windows® (versão 2010) para a construção de um banco de dados que foi gerenciado para procedimentos de análises descritivas e inferenciais. Para análises descritivas e inferenciais foi utilizado o software JAMOV versão 2.4.11.

Referentes à comparação de estatísticas entre as variáveis, verificou-se se os dados das variáveis numéricas do estudo possuem distribuição normal, ao nível de 95% de confiança. Ao ser testada a hipótese nula de distribuição normal, percebeu-se através do teste de normalidade de *Kolmogorov-Sminov* que a maioria das variáveis não seguia uma distribuição normal ($p\text{-valor} \leq 0,05$), sendo assim, optou-se no estudo pela utilização do teste não-paramétricos (*Mann-Whitney*). O nível de significância adotado foi de 0,05, levando em consideração como Variável Independente as equipes (NASF e AB) e como Variável Dependente cada questão do instrumento AB que é objeto desse estudo, assim como o Escore médio dos 12 itens do instrumento da AB.

O escore médio proposto foi referente ao grau das ações realizadas na Atenção Básica, o qual foi calculado com a média aritmética simples da pontuação das 12 questões do instrumento aplicado, sendo a máxima de 4 pontos e a mínima de 1 ponto para cada questão.

Quadro 2: Hipóteses testadas segundo as variáveis tipo de equipe e o escore médio do instrumento da Atenção Básica.

Questões	Hipóteses Testadas
Existe diferença nas ações realizadas entre os tipos de equipe da atenção básica? VI*: Tipo de equipe (NASF e AB). VD**: Cada questão do questionário AB individualmente e em seguida um Escore médio dos 12 itens do instrumento da Atenção Básica.	$H_0: \mu_F - \mu_M = 0$ $H_1: \mu_F - \mu_M \neq 0$ - Normalidade rejeitada: Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. *VI: Variável independente; **VD: Variável dependente.

Já a escolha da Análise de Correspondência, trata-se de uma técnica de análise exploratória e busca medir e identificar associações entre as variáveis categóricas e se deu com base na possibilidade de permitir a visualização gráfica das relações mais importantes do grande grupo de classificações, através das distâncias entre os pontos obtidos. Isso significa que as soluções, tanto entre as subamostras (coluna), como entre as classificações (linhas), são equivalentes (Infantosi et al., 2014). Para essa fase da análise de correspondência, foi realizado um escore categorizado, agora dividido em três categorias, considerando a pontuação obtida pelos participantes da pesquisa na Escala de Likert, onde baixo foi de 12 a 25 pontos, moderado de 26 a 35 pontos e elevado de 36 a 48 pontos.

6.6 Estatística de Confiabilidade dos Itens

Para avaliar a consistência interna do instrumento da Atenção Básica, foi utilizada a análise da medida do *alfa* (α) de Cronbach que se baseia na correlação média entre os itens. Em relação à interpretação de seus valores, não existe um consenso quanto aos valores assumidos pelo *Alfa de Cronbach*, estão entre 0 e 1 e são considerados valores ideais aqueles maiores que 0,70 (Nunnally; Bernstein, 1994; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017). Quando satisfatório aponta que todas as variáveis (subdimensões) do instrumento medem a mesma característica da dimensão ao qual foi correlacionada e quanto maior a soma mais consistente se considera o instrumento. Além do alfa (α) de Cronbach, foi utilizado o ômega (ω) de McDonald, um coeficiente cuja função é estimar a confiabilidade de uma escala. Quanto à interpretação dos resultados do ômega (ω) de McDonald, optou-se por empregar os parâmetros recomendados por Campo-Arias e Oviedo (2008), em que valores do ω_t (ômega total) que se encontram entre 0,70 e 0,90 são considerados aceitáveis na avaliação da confiabilidade de um instrumento.

Através do resultado satisfatório obtido na análise de consistência interna do instrumento da Atenção Básica, podemos perceber que todas as variáveis (subdimensões) do instrumento medem a mesma característica da dimensão ao qual foi correlacionada e quanto maior a soma mais consistente se considera o instrumento, que nesse caso, todas as questões alcançaram valores acima de 0,80.

6.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada com o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, CAEE número 13083519.3.1001.5188. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

7 RESULTADOS

Foram analisados 1350 questionários dos profissionais da equipe AB e 190 questionários dos profissionais atuantes no NASF nos 50 municípios participantes do estudo.

Tabela 1. Caracterização das Equipes de Atenção Básica e do NASF, participantes da pesquisa Redecin Brasil, 2020-2021.

Variáveis	Equipes AB N=1350	NASF N= 190
Sexo		
Feminino	1002 (74,2%)	149 (78,8%)
Masculino	348 (25,8%)	40 (21,2%)
Idade – Média e Dp*	40,14 ± 11,3	38,78 ± 8,6
Tipos de equipe AB		
Equipe de Atenção Básica Modelo Tradicional	371 (27,5%)	--
Equipe de Saúde da Família	941 (69,7%)	--
Equipe de Saúde Bucal	166 (12,3%)	--
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha	3 (0,2%)	--
Equipe de Saúde da Família Fluviais	3 (0,2%)	--
Equipe de Saúde de Atenção Básica Prisional	3 (0,2%)	--
Equipe Multidisciplinar de saúde Indígena.	1 (0,1%)	--
Tempo de Atuação- Média ± DP		
Tempo de experiência na AB	9,04 ± 8,6	6,59 ± 4,8

Legenda: AB: Atenção Básica; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica; Dp: Desvio Padrão. RCPCD: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. **Fonte:** dados da pesquisa, 2023.

Em relação ao perfil dos participantes da presente pesquisa, a maioria dos profissionais da equipe AB quanto do NASF são do sexo feminino, com uma média de idade para AB 40,14

($\pm 11,3$) e 38,78 para o NASF. Com relação ao tipo de Equipe a AB modelo tradicional e Equipe Saúde da família prevaleceram com (27,5%) e (69,7%) respectivamente. No que tange ao tempo de atuação as dos profissionais da AB surgem com média de 9,04, $\pm 8,6$ e o NASF 6,59, $\pm 4,8$.

Tabela 2: Análise das frequências relativas das equipes NASF e AB.

Variável	Escala de Likert	Tipo de equipe		
		NASF n (%)	AB n (%)	Total
q07 você conhece a RCPCD do seu município?	Não conheço	26 (13,8%)	356 (26,4%)	382 (24,8%)
	Conheço	53 (28,0%)	421 (31,2%)	474 (30,7%)
	superficialmente			
	Conheço	85 (45%)	504 (37,3%)	589 (38,2%)
	parcialmente			
Total	Conheço totalmente	25 (13,2%)	69 (5,1%)	94 (6,1%)
		190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)
q08 você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?	Nunca	2 (1,1%)	25 (1,9%)	27 (1,8%)
	Raramente	59 (31,1%)	366 (27,1%)	425 (27,6%)
	Às vezes	119 (62,6%)	818 (60,6%)	937 (60,9%)
	Sempre	10 (5,3%)	140 (10,4%)	150 (9,7%)
	Total	190 (100%)	1349 (100%)	1539 (100%)
q09 você realiza a identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância?	Nunca	72 (37,9%)	287 (21,3%)	359 (23,3%)
	Raramente	43 (22,6%)	152 (11,3%)	195 (12,7%)
	Às vezes	57 (30,0%)	591 (43,8%)	648 (41,2%)
	Sempre	18 (9,5%)	319 (23,6%)	337 (21,9%)
	Total	190 (100%)	1349 (100%)	1539 (100%)
q10 você realiza acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades?	Nunca	73 (38,4%)	405 (30,0%)	478 (31,0%)
	Raramente	49 (25,8%)	255 (18,9%)	304 (19,7%)
	Às vezes	51 (28,8%)	392 (29,0%)	443 (28,8%)
	Sempre	17 (8,9%)	298 (22,1%)	315 (20,5%)
	Total	190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)
q11 você realiza ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas?	Nunca	30 (15,8%)	210 (15,6%)	240 (15,6%)
	Raramente	62 (32,6%)	431 (31,9%)	493 (32,0%)
	Às vezes	45 (23,7%)	429 (31,8%)	474 (30,8%)
	Sempre	53 (27,9%)	279 (20,7%)	332 (21,6%)
	Total	190 (100%)	1349 (100%)	1539 (100%)
q12 você participa da criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência?	Nunca	70 (36,8%)	618 (45,8%)	688 (44,7%)
	Raramente	70 (36,8%)	468 (34,7%)	538 (35,0%)
	Às vezes	38 (20,0%)	199 (14,8%)	237 (15,4%)
	Sempre	12 (6,3%)	64 (4,7%)	76 (4,9%)
	Total	190 (100%)	1349 (100%)	1539 (100%)
q13 você conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência?	Não conheço	63 (33,2%)	577 (42,7%)	640 (41,6%)
	Sim, mas não li	44 (23,2%)	263 (19,5%)	307 (19,9%)
	Sim, mas apenas vi	52 (27,4%)	354 (26,2%)	406 (26,4%)
	Sim, conheço e li	31 (16,3%)	156 (11,6%)	187 (12,1%)

Total		190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)
q14 você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?	Nunca	41 (21,6%)	387 (28,7%)	428 (27,8%)
	Raramente	58 (30,5%)	482 (35,8%)	540 (35,1%)
	Às vezes	61 (32,1%)	352 (26,1%)	413 (26,9%)
	Sempre	30 (15,8%)	127 (9,4%)	157 (10,2%)
	Total	190 (100%)	1348 (100%)	1538 (100%)
q15 você implementa em sua rotina de trabalho estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência?	Nunca	24 (12,6%)	139 (10,3%)	163 (10,6%)
	Raramente	57 (30,0%)	331 (24,5%)	388 (25,2%)
	Às vezes	70 (36,8%)	495 (36,7%)	565 (36,7%)
	Sempre	39 (20,5%)	384 (28,5%)	423 (27,5%)
	Total	190 (100%)	1349 (100%)	1539 (100%)
q16 você realiza acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar?	Nunca	16 (8,4%)	249 (18,4%)	265 (17,2%)
	Raramente	44 (23,2%)	240 (17,8%)	284 (18,4%)
	Às vezes	74 (38,9%)	436 (32,3%)	510 (33,1%)
	Sempre	56 (29,5%)	425 (31,5%)	481 (31,2%)
	Total	190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)
q17 você apoia e orienta as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência?	Nunca	4 (2,1%)	42 (3,1%)	46 (3,0%)
	Raramente	33 (17,4%)	161 (11,9%)	194 (12,6%)
	Às vezes	64 (33,7%)	506 (37,5%)	570 (37,0%)
	Sempre	89 (46,8%)	641 (47,5%)	730 (47,4%)
	Total	190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)
q18 você apoia e orienta, por meio do Programa Saúde na Escola, os educadores, as famílias e a comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência?	Nunca	47 (24,7%)	487 (36,1%)	534 (34,7%)
	Raramente	76 (40,0%)	380 (28,1%)	456 (29,6%)
	Às vezes	46 (24,2%)	320 (23,7%)	366 (23,8%)
	Sempre	21 (11,1%)	163 (12,1%)	184 (11,9%)
	Total	190 (100%)	1350 (100%)	1540 (100%)

Legenda: Legenda: RCPCD: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; NASF: Núcleo ampliado de saúde da família; AB: Atenção Básica. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Verifica-se que o NASF tem mais conhecimento sobre a RCPD do que as equipes de AB, por outro lado, prevalece entre as equipes NASF a resposta de nunca realizar identificação precoce das deficiências pelo pré-natal.

Algumas ações são raramente realizadas por ambas as equipes, tais como as ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas. Porém, outras atividades nunca são realizadas, a exemplo da participação na criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência e o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência.

Tabela 3: Estatísticas descritivas e respectivos valores de testes para comparação das medianas do escore do instrumento da AB entre as equipes. Brasil, 2023.

Variáveis	NASF			AB			Teste M-W* Valor-p
	Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP	
Q07	2,57	3,00	0,886	2,21	2,00	0,893	<0,001
Q08	2,72	3,00	0,574	2,80	3,00	0,638	0,114
Q09	2,11	2,00	1,025	2,70	3,00	1,054	<0,001
Q10	2,06	2,00	1,006	2,43	3,00	1,135	<0,001
Q11	2,64	3,00	1,054	2,58	3,00	0,985	0,471
Q12	1,96	2,00	0,908	1,78	2,00	0,866	0,009
Q13	2,27	2,00	1,092	2,07	2,00	1,072	0,014
Q14	2,42	2,00	0,998	2,16	2,00	0,948	0,001
Q15	2,65	3,00	0,946	2,83	3,00	0,957	0,012
Q16	2,89	3,00	0,926	2,77	3,00	1,085	0,277
Q17	3,25	3,00	0,816	3,29	3,00	0,796	0,529
Q18	2,22	2,00	0,943	2,12	2,00	1,033	0,121
Escore médio	29,77	29,50	6,602	29,75	30,00	6,919	0,944

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023. *M-W = Mann-Whitney.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas e respectivos valores de testes para comparação das médias e medianas de cada questão individualmente e do escore médio do instrumento da Atenção Básica, representada por cada equipe NASF e AB, com relação a questão em que você apoia e orienta as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência, alcançou a maior média tanto para os profissionais do NASF como para os demais profissionais da AB com média 3,25 ($\pm$ desvio padrão de 0,816 pontos) e 3,29 ($\pm$ desvio padrão de 0,796 pontos de variabilidade ao redor da média).

Para a participação da criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência, apresentou menor média tanto para o NASF 1,96 ($\pm$ desvio padrão de 0,092 pontos) como para os profissionais da equipe de Atenção Básica 1,78 ($\pm$ desvio padrão de 0,886 pontos).

Com cada questão, foi realizado o teste estatístico Mann-Whitney para a comparação entre os grupos das variáveis independentes adotadas no estudo: NASF e AB. Ao nível de 95% de confiança, permite afirmar que existe diferença entre as equipes no conhecimento da RCPCD Q07 (p-valor<0,001), sendo maior nos profissionais da AB.

Também podemos afirmar, que há diferença estatística na identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância Q09 (p-valor<0,001), onde essa ação é mais realizada pela AB.

Da mesma maneira, podemos afirmar, que há diferença estatística entre às equipes no acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento

adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades Q10 (p-valor<0,001), mais uma vez essa é uma ação mais realizada pelos profissionais da AB.

Em relação à participação na criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência Q12 (p-valor<0,009), observou-se que as equipes NASF têm maior participação do que as equipes de AB.

Com relação ao conhecimento das publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência Q13, pode-se afirmar que há diferença estatística entre às equipes (p-valor<0,014), onde esse conhecimento é maior nos profissionais do NASF.

Assim como o incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência Q14 (p-valor<0,001), esse incentivo e desenvolvimento de ações articuladas é mais realizada pelos profissionais do NASF.

Já para implementação em sua rotina de trabalho estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, pode-se afirmar que há diferença estatística entre às equipes Q15 (p-valor<0,012), essa ação é mais realizada pelos profissionais da AB.

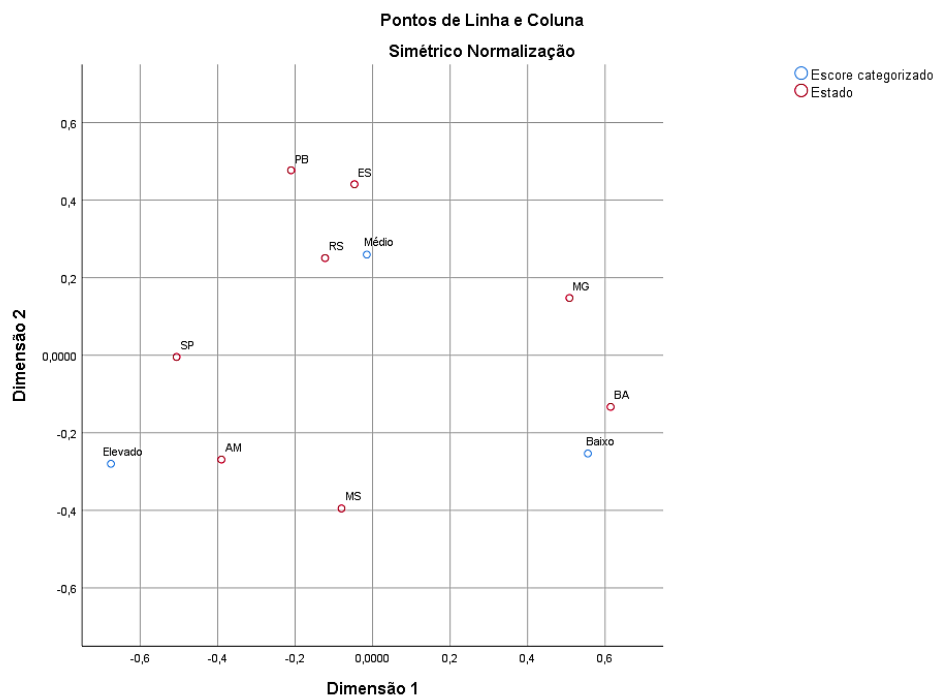
Pode-se afirmar, ainda, que não há diferença estatística entre às equipes (NASF e AB) com relação as questões sobre a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público, as ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas, o acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar, no apoio e orientações as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência e se orienta, por meio do Programa Saúde na Escola, os educadores, as famílias e a comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. Q08, Q11, Q16, Q17, Q18 (p-valor=0,114; p-valor=0,471; p-valor=0,277; p-valor=0,121, respectivamente).

Quando levamos em consideração apenas o Escore médio como variável dependente, ao nível de 95% de confiança, mostra que não há estatística suficiente para afirmar que existe diferença entre às ações das equipes AB e NASF (p-valor=0,944).

Análise de Correspondência, realizada a partir do método de normalização simétrico que envolve o escore categorizado (baixo, moderado ou alto) e os estados participantes da pesquisa, explica um total de 100% da inércia, considerando a dimensão 1 mais explicativa,

responsável por 59,3% do total, enquanto a dimensão 2 responde por 53,6%. Isso demonstra que as duas dimensões são próximas e possuem a mesma importância na análise.

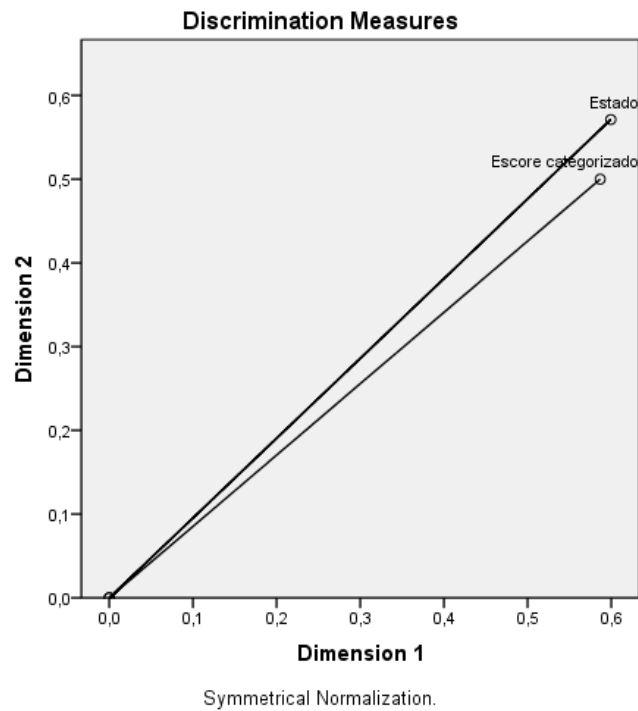
Gráfico 1: Escore categorizado (baixo, moderado ou alto) dos oito estados participantes da pesquisa e as duas equipes (AB e NASF).



Legenda: Dimensão 1: Paraíba (PB), Bahia (BA), Amazonas (AM); Mato Grosso do Sul (MS); São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES); e Rio Grande do Sul (RS); Dimensão 2: Escore categorizado baixo, moderado ou alto. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Ao observarmos o gráfico 1, percebemos que os estados na Dimensão 1: Bahia e Minas Gerais alcançaram escore baixo, os estados do Espírito Santo, do Rio Grande do Sul e da Paraíba alcançaram escore moderado, já o estado do Amazonas, São Paulo e Mato Grosso do Sul alcançaram escore elevado em relação a Dimensão 2 no escore categorizado das Equipes AB e NASF.

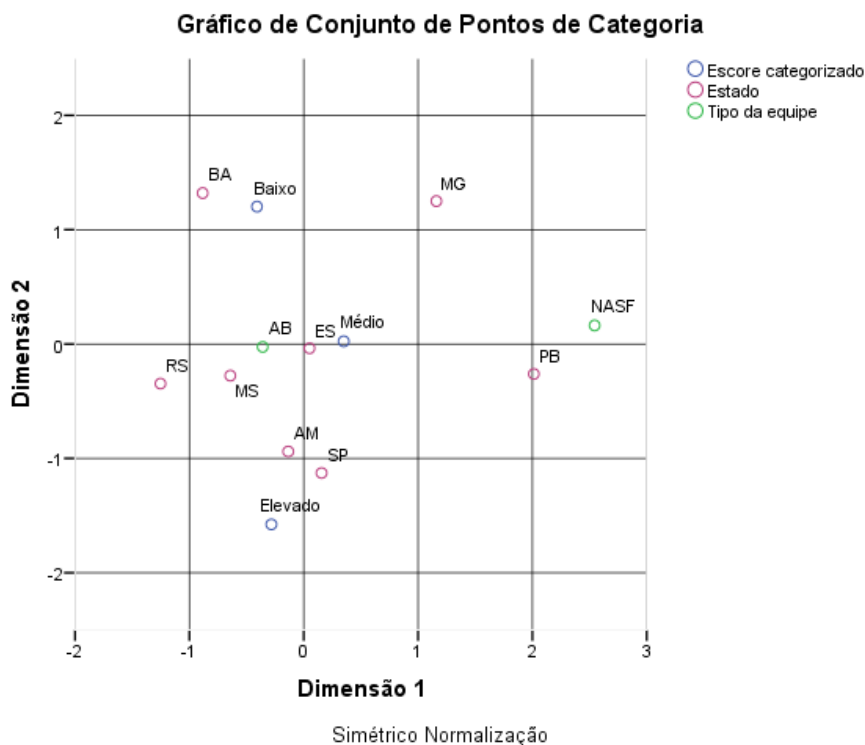
Gráfico 2: Escore categorizado (mensurações) dos estados participantes da pesquisa.



Legenda: Paraíba (PB), Bahia (BA), Amazonas (AM); Mato Grosso do Sul (MS); São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES); e Rio Grande do Sul (RS); Dimensão 2: Escore categorizado das equipes.

Já a solução no plano principal da Análise de Correspondência, realizada a partir do método de normalização simétrico que envolve o escore categorizado (baixo, moderado ou alto) os oito estados participantes da pesquisa e as duas equipes (AB e NASF), explica 81,1% do total da inércia, sendo a dimensão 1 mais explicativa, responsável por 41,6% do total, enquanto a dimensão 2 responde por 39,5%.

Gráfico 3: Escore categorizado (baixo, moderado ou alto) dos oito estados participantes da pesquisa e tipo das equipes (AB e NASF).



Legenda: Paraíba (PB), Bahia (BA), Amazonas (AM); Mato Grosso do Sul (MS); São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES); e Rio Grande do Sul (RS); Atenção Básica (AB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); Escore categorizado elevado e baixo. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2023.

Ao observar o gráfico 3, podemos evidenciar que as ações do NASF se distanciam das ações das equipes da Atenção Básica, estando as equipes do NASF com efeitos das ações nos itens avaliados abaixo das mesmas ações realizadas pelos demais profissionais da equipe de Atenção Básica. Chama atenção que no estado da Paraíba as ações do NASF superam os outros estados. As ações das equipes de Atenção Básica se destacam nos estados do Espírito Santo, Mato grosso do Sul e Rio Grande do Sul.

8 DISCUSSÃO

8.1 O conhecimento sobre a RCPD

A implantação da RCPD, lançada em 2012, remete a uma proposta de integração de equipes para atuar de forma articulada, entretanto, é notório que os profissionais de saúde desconhecem a Rede e pouco acompanham sua implementação (Martins et al., 2023), o que coincide com a afirmação de Lino et al (2020) de que os profissionais da AB têm pouco conhecimento sobre políticas direcionadas às pessoas com deficiência. Ainda que a proposta seja formulada de forma clara nos marcos normativos da RCPD, esta política carece de mais

atenção por parte dos profissionais e investimento a fim de garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência (Machado et al., 2018).

O conhecimento sobre a Rede é fundamental para que o profissional oriente o usuário em relação ao fluxo e o encaminhe conforme suas necessidades. Paixão (2019) assinala que a falta de conhecimento do fluxo dos usuários nos serviços especializados das redes de saúde é uma deficiência no sistema de referência e contrarreferência, devendo as equipes de saúde estarem preparadas para escuta e classificação dos usuários, bem como para as relações e comunicação em todos os aspectos dos cuidados de saúde das pessoas com deficiência.

Além disso, a AB é a principal coordenadora dos fluxos das RAS, sua desorganização em relação à articulação entre os componentes da rede pode desfavorecer o tratamento correto para pessoas com deficiências (Sulino, 2019). Embora o NASF esteja vinculado às equipes de AB, não possui acesso direto como principal porta de entrada, não sendo responsabilizado pelo acompanhamento longitudinal à população adstrita (Moreira et al., 2021). Esse papel cabe às equipes de atenção básica.

As estratégias de encaminhamento fazem parte das ações das equipes da AB realizadas de acordo com as portarias das RAS, sendo realizadas pelas equipes mínimas e pelo NASF de forma complementar, para garantia de qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários. No que diz respeito às pessoas com deficiência essa articulação requer mais fundamentos, caracterizar e identificar o encaminhamento é relevante com intuito de obter resultados positivos na qualidade dos cuidados para as mesmas (Sedlmaier et al., 2020).

As pessoas com deficiência também enfrentam dificuldades ao marcar uma consulta, entrar e utilizar as instalações das unidades de saúde bem como receber um padrão razoável de atendimento (Oliver et al., 2022). Pesquisas anteriores salientam as barreiras ao cuidado de pessoas com deficiência na atenção primária, incluindo barreiras físicas, atitudinais, de conhecimento especializado e sistêmico (Santos et al., 2020).

Almeida (2019) relata que as pessoas com deficiência têm menos condições de ter acesso aos cuidados primários quando necessários. Essa dificuldade de acesso é potencializada pelas barreiras arquitetônicas e atitudinais. O papel da comunicação clara e respeitosa entre o pessoal e os usuários é um elemento-chave na prestação de cuidados de excelência às pessoas com deficiência na atenção básica (Condessa et al., 2020).

8.2 As ações realizadas pelas equipes de AB e NASF

Considerando as ações das equipes AB e do NASF voltadas às pessoas com deficiência, compreende-se que este nível de atenção é responsável, especialmente, pelas atividades desenvolvidas no nível domiciliar, devendo prestar cuidados, realizando atividades voltadas à

reabilitação de pessoas com deficiências permanentes, temporárias ou persistentes até que as mesmas possam receber serviços de reabilitação na atenção especializada (Machado et al., 2018; Brasil, 2017).

As visitas domiciliares devem ser realizadas mensalmente como busca ativa para crianças com deficiência, as atividades da AB incluem a visita domiciliar que ocorre junto dos familiares, sendo está uma importante oportunidade para compreender as particularidades das crianças, fornecer orientação e condutas de acordo com cada especificidade, de modo a favorecer o acolhimento dos familiares pelos profissionais (Lino et al., 2020). Em conformidade com o presente estudo a AB com (47,5%) sempre apoia e orienta as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência com mostrando um dado satisfatório de cuidado com a saúde destas pessoas.

Constatou-se no presente estudo que a atuação do NASF foi evidente que a AB no acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar foi realizada de forma sistemática com (38,9%) dos participantes, corroborando com Monteiro (2021) esse achado aponta a oferta do cuidado a este público, considerando que as equipes NASF são incluídas no Programa Melhor em Casa como equipes de atenção domiciliar na modalidade 1 (AD1), cabendo-lhes desenvolver o cuidado e fortalecer essa prática de saúde nesta proposta de rede.

Araújo (2022) remete a importância da visita domiciliar das equipes multiprofissionais, o qual destaca o profissional de Fisioterapia do NASF como essencial para garantir os cuidados em pessoas com mobilidade reduzidas.

Outrossim, refere-se ao papel relevante da AB como coordenadora do cuidado, no qual o pré-natal faz parte da continuidade e a longitudinalidade da atenção, importante fator relacionado à prevenção e detecção precoce de deficiência na infância, obtendo os cuidados corretos como uso de medicações e exames preventivos, assegura o cuidado para mãe o bebê (Neves et al., 2019; Cunha et al., 2019). A ausência desse acompanhamento de forma sistemática pode acarretar importantes prejuízos para o desenvolvimento da criança.

Com relação às ações realizadas pelo NASF, o presente estudo considera que a maioria das vezes realizam com (45,6%) a identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância. É importante ressaltar que está ação do NASF são realizadas em conjunto com AB, sendo um meio importante para fortalecer o cuidado das pessoas (Brito et al., 2022).

Embora, as equipes AB e do NASF não realizam o acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, o tratamento adequado das crianças

diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades. Entretanto os profissionais de saúde principalmente a AB têm a responsabilidade de prestar atendimento humanizado e apoio às crianças e suas famílias, dados encontrados durante a puericultura, identificando e intervindo nas necessidades e vulnerabilidades por meio do cuidado (Souza et al., 2020).

Todas as formas de reabilitar são válidas principalmente quando utiliza meios acessíveis aos usuários, neste estudo os dados referentes às ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade são executadas na maioria das vezes com (32,3% dos entrevistados). Barros (2020) corrobora que as equipes do NASF desempenham essas ações mais do que outras para promover a reabilitação e regulação de acordo com as normas e diretrizes do SUS.

As estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência são realizadas na maioria das vezes e sempre pela AB no presente estudo, evidenciando sua ação neste processo, sendo importante enfatizar que envolve não só o atendimento, mas a qualidade desse acolhimento é um importante fator para continuidade do processo de trabalho das equipes (Silva et al., 2019)

Sobre a ocorrência e prevenção de quedas na literatura encontra-se dados referente apenas a quedas em idosos, mesmo assim confirma uma ação reiteradamente implementado mais frequente para o NASF, salienta a importância do adequado preparo e conhecimento dos profissionais da equipe AB e do NASF (Nogueira; Silva; Baldissera, 2019).

Quanto ao envolvimento na criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam nortear o cuidado à pessoa com deficiência, observou-se que a equipe do NASF esteve mais envolvida do que a equipe da AB, mesmo não atuando diretamente na portaria. Há expectativa de que os profissionais estejam preparados, para isto compreender as publicações do Ministério da Saúde e colocar as orientações em prática é fundamental para garantir um atendimento competente (Souza; Pletsh, 2017).

O presente estudo apresentou um dado preocupante para as ações executadas do NASF e da AB, verificando que são raramente realizadas no Programa Saúde na Escola. De acordo com o disposto na Portaria 793/2012 e Portaria de Consolidação nº 03/2017, os profissionais dos serviços de atenção primária devem desenvolver ações no sentido de apoiar a escola, por meio do Programa Saúde na Escola, no tocante à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. A não realização dessas ações pode comprometer o processo de inclusão escolar das crianças com deficiência.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde disponibiliza cartilhas de educação em saúde para que os profissionais possam aprimorar-se na prevenção e diagnóstico de agravos à saúde (Brasil 2017).

Além disso, as limitações são evidentes entre os sujeitos que não apresenta interesse nas atividades em educação permanente em saúde bem como as estruturas das unidades inadequadas do serviço e pouco envolvimento dos profissionais para educação em rede da pessoa com deficiência (Dubow et al., 2021; Wachs et al., 2022).

AC serve para expressar a proporcionalidade das atividades realizadas entre as equipes NASF e AB, das ações relacionadas a RCPD para políticas implementadas no nível primário em saúde (Infantosi et al., 2014), é importante mencionar que a infraestrutura influencia no atendimento dos usuários do SUS de acordo com Kashiwakura (2021), em seu estudo mostrando a relação pela AC.

É importante ressaltar que a atuação do NASF e da AB são necessárias para prestar assistência às pessoas com deficiências, suas atividades visam dar o suporte com o intuito de organização dos serviços de forma conjunta, fazem parte deste processo a interação entre as equipes principalmente na região Nordeste, o que enfatiza a ação mais frequente do NASF nesta região (Silva et al., 2021; Lopes, 2020).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar ações realizadas pelos profissionais das equipes identificamos que na Atenção Básica no contexto da Política Pública para Pessoa com Deficiência são realizadas, assim como é sua rotina de trabalho no nível primário em saúde, o NASF é composto por uma equipe multiprofissional a fim de qualificar o atendimento para os usuários do SUS, sua atuação foi evidenciada de acordo com sua conduta no SUS.

As ações elaboradas com competência pelas duas equipes AB e do NASF foi a orientação às pessoas com deficiências e apoio a suas famílias. As ações de educação em saúde deixam a desejar, mas é preciso, bem como o Ministério da Saúde disponibiliza cursos e capacitações para estes profissionais. É notório que se faz necessário aumentar o acesso aos cuidados primários de qualidade para pessoas com deficiência, dotando os profissionais de saúde com os conhecimentos e competências necessários para satisfazer as necessidades específicas das pessoas com deficiência.

Neste sentido as ações realizadas pelas equipes AB e NASF promovem e colaboram com os pacientes e as partes interessadas, sendo assim, é relevante continuar e avançar em um sistema de saúde mais inclusivo que garanta cuidados iguais para todos. As pessoas com deficiência devem receber a mesma qualidade de cuidados que as pessoas sem deficiência. Portanto, os resultados deste estudo realçaram a importância de uma comunicação clara e respeitosa entre os profissionais, os pacientes e a necessidade de uma melhor formação dos prestadores de cuidados primários no tratamento de pessoas com deficiência.

10 PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO E IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DA PESQUISA

Participação de Bancas examinadoras (ouvinte)

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
23.09.2021	Defesa de dissertação	PPGMDS
NOME DO CANDIDATO		
MARIA LETÍCIA DE MELO LIMA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
19.11.2021	Defesa de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
MAYANE LAÍS VELOSO FERRER		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
29.11.2021	Defesa de tese	PPGMDS
NOME DO CANDIDATO		
NUNO RICARDO TIENE LIMA MOREIRA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
30.11.2021	Defesa de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
FELICIA FERREIRA DA MOTA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
18.01.2022	Defesa de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
ANGELA MARIA BARROS SILVA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
27.01.2022	Qualificação de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
MARIA ALESSANDRA SIPRIANO DA SILVA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
28.03.2022	Qualificação de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
RAFAEL MEDEIROS DA SILVA		

DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
10.03.2022	Qualificação de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		
LUANNY BERNARDO DE MEDEIROS		
28.11.2022	Defesa de dissertação	PPGFIS
NOME DO CANDIDATO		

RAFAEL MEDEIROS DA SILVA		
DATA	TIPO DE EXAME	IES/PROGRAMA/LOCAL
09.03.2023	Qualificação de dissertação	
NOME DO CANDIDATO		
LETÍCIA MYLENA GUEDES SOUZA		

Produção Intelectual 2021-2023

TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA AURICULOTERAPIA EM UMA UNIDADE INTEGRADA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA	Capítulo de livro
AUTORES	CPF autores
JERSSICA MAYARA AGUSTINHO DA SILVA	09701431413
PERIÓDICO/EDITORIA	
EDITORIA CCTA/UFPB 2021	

TÍTULO	TIPO DE PRODUÇÃO
POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA OFERTA DE REABILITAÇÃO PARA OS USUÁRIOS COM SEQUELAS DA COVID-19 NO NÍVEL PRIMÁRIO	Outro
AUTORES	CPF autores
Jerssica Mayara Agustinho da silva	09701431413
PERIÓDICO/EDITORIA	
Revista Multidisciplinar em Saúde (ISSN: 2675-8008) no seu Volume 2, número 4	

Participação em Eventos

TÍTULO DO EVENTO	COM APRESENTAÇÃO DE TRABALHO?
I Congresso Brasileiro de Saúde Pública	☒ SIM ☐ NÃO
PERÍODO	LOCAL
6 a 9 de dezembro 2021	On-line
	INSTITUIÇÃO PROMOTORA
	IME

TÍTULO DO EVENTO	COM APRESENTAÇÃO DE TRABALHO?
Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia	☒ SIM ☐ NÃO
PERÍODO	LOCAL
24 a 26 de agosto 2022	Pernambuco - Recife
	INSTITUIÇÃO PROMOTORA
	UFPE

TÍTULO DO EVENTO	COM APRESENTAÇÃO DE TRABALHO?
XIII Fórum Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Fisioterapia	☒ SIM ☐ NÃO
PERÍODO	LOCAL
07 a 09 de novembro	João Pessoa - PB
	INSTITUIÇÃO PROMOTORA
	UFPB PPGFIS

Outras Atividades

Reunião Grupo de Orientando	2
DESCRIÇÃO SUCINTA DOS OBJETIVOS	
Discussão e contribuição de pesquisa dos membros	
DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES REALIZADAS	
Realizamos encontros com discussão de temas relevantes para nossa pesquisa entre eles tipos de pesquisas e pesquisas qualitativas e quantitativas e métodos de triangulação.	

Curto prazo contribuiu para adquirir conhecimento sobre a área de estudo. Médio prazo contribuirá para guiar para elaborar currículo para o doutorado e longo prazo contribuirá para ingressar no doutorado dar continuidade aos estudos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. H. de M. et al. Organização e sistematização de dados de pessoas com deficiência: apoio para o cuidado em rede. **O Mundo da Saúde**, v. 43, n. 03, p. 713-731, 2019.

ARAÚJO, Y. F. de L. et al. Acessibilidade da pessoa com deficiência física às unidades básicas de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022.

BARROS, H. M. de F. et al. Percepção dos usuários com deficiência física assistidos pelo NASF-AB acerca de suas condições de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e209108170-e209108170, 2020.

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

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 10 de fev. 2023.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário oficial da União, v. 183, n. 1, p. 68-68, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 de set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 23 de fev. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica Brasília**, DF, n. 39, 2014. Acesso em: 13 de maio. 2023.

BRASIL. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. 17 out. 2009.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view>. Acesso em: 10 Dez. 2023.

BRITO, G. E. G. de et al. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2495-2508, 2022.

CARVALHO, B. L. S. et al. Reabilitação e atenção à pessoa com deficiência na atenção primária à saúde no Brasil: dados do 2º e 3º ciclos do Programa de Avaliação da Qualidade a Atenção Básica. **Acta Fisiátrica**, v. 29, n. 4, p. 268-275, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/189811>. Acesso em: 13 de fev. 2023.

CAMPO-ARIAS, A.; OVIEDO, H. C. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. **Revista de salud pública**, v. 10, p. 831-839, 2008.

CLEMENTE, K. A. P. et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2022.v56/64/pt/>. Acesso em: 12 de fev. 2023.

CONDESSA, A. M. et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

Cochran, William. **Sampling Techniques**, 3rd Edition. Wiley Series (1977).

CUNHA, A. C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 447-458, 2019.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 455-467, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n117/455-467/>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

FIGUEREDO, R. C. de. et al. Evaluation of primary health care in Brazil: main characteristics, limitations and potential between PMAQ and PCATool . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e29311124395, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.24395. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24395>. Acesso em: 13 fev. 2023.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo – SP. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [S. l.], v. 32, n. 1-3, p. e205241, 2022. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3pe205241. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/205241>. Acesso em: 13 fev. 2023.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1361-1374, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>. Acesso em: 11 de fev. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. da G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. de. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 473-486, 2014.

JÚNIOR, F. F. G.; JORGE, M. S. B. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: desafios teóricos e práticos na perspectiva de gestores e enfermeiros. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 02, p. 54134-54141. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/archive/202212>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

KRUG, S. B. F. et al. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310131, 2021.

KASHIWAKURA, Helder Kiyoshi et al. Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3397-3408, 2021.

LINO, I. G. T. et al. Desafios para o cuidado às famílias de crianças com deficiência na atenção primária à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2020.

LOPES, Lavinia Mabel Viana. **Percepção dos profissionais do NASF-AB sobre o processo de trabalho, seus avanços e desafios**. 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>. Acesso em: 13 de fev. 2023.

MARTINS, C. F. et al. Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33062, 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MONTEIRO, P. N.; PÍCOLI, R. P.; DE SOUZA, G. R. M. Escopo de práticas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF): perspectiva dos profissionais do Nasf e da Estratégia Saúde da Família. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 55005-55023, 2021.

MOREIRA, D. C. et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00031420, 2021.

NEVES, E. T. et al. Acesso de crianças com necessidades especiais de saúde à rede de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 65-71, 2019.

NOGUEIRA, I. S.; SILVA, G. A. da; BALDISSERA, V. D. A. Saberes e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre prevenção de quedas em idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 339-359, 2019. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i4p339-359. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/49983>. Acesso em: 10 nov. 2023

NUNNALLY, J. C., & BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill.1994.

OLIVER, F. C. et al. Acesso de pessoas com deficiência a serviços públicos de saúde: contribuições de um estudo na região do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 32, n. 1-3, p. e205129-e205129, 2022.

OLIVEIRA, N. R. C. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. UNA SUS, UFMA). **UDUUFMA: São Luiz**; 2016. Disponível em: https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes01.pdf. Acesso em: 23 de mar. 2023.

SEDLMAIER, B. M. G. et al. Assistência e cuidado da pessoa com deficiência na atenção básica. **Revista Ciência em Extensão**, v. 16, p. 69-83, 2020.

SILVA, L. A. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 742-754, 2019.

SILVA, L. A. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 742-754, 2019.

SOUSA, W. E. A. et al. Estratégia de acompanhamento de crianças menores de dois anos na atenção primária à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 69443-69453, 2020.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, p. 15-28, 2020.

PAIXÃO, T. M. et al. Coordenação da atenção primária: limites e possibilidades para a integração do cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. 42655, 2019.

TIMMERMAN, T. A. R; BRITES, L. S.; ROCHA, C. M. F. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: análise de uma década da produção normativa do Ministério da Saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31020270, 2023.

TORRES, K. R. B. de O. et al. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 30, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4769-4782, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

SANTOS, M. L. de M. dos. et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

SOUZA, F. F. de; PLETSCHE, M. D. A relação entre as diretrizes do Sistema das Nações Unidas (ONU) e as políticas de Educação Inclusiva no Brasil. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 25, p. 831-853, 2017.

SOUZA, A. C. de; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. de B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 26, p. 649-659, 2017.

SILVA, Gladston Thalles da et al. Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciencia & saúde coletiva**, v. 26, p. 1749-1755, 2021.

SULINO, M. C. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: a produção do cuidado nos serviços de Atenção Primária à Saúde. 2019. **Mestrado (Enfermagem em Saúde Pública)**. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples. **1st Edition, Statistical for Social and Behavioral Sciences**. Springer (2013).

WACHS, L. S. et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00231021, 2022.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS DA AB e NASF

Prezado (a),

Peço o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado. A Universidade Federal da Paraíba junto ao programa de Mestrado em Fisioterapia, está realizando uma pesquisa sobre: **“AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO BÁSICA COMO COMPONENTE DA REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA”** que tem como pesquisadora responsável Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar comparativamente as ações de reabilitação realizadas pela AB voltadas a pessoas com deficiência à luz do que preconiza a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no SUS na perspectiva de gerentes e profissionais das equipes de atenção básica.

Caso decida participar deste estudo, você deverá responder um breve questionário com questões de múltipla escolha e leva em média 10 minutos para ser respondido. Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos, como constrangimento, estresse ou dor de cabeça por olhar na tela do computador ou celular. Para diminuir estes riscos, preencha o questionário quando estiver num ambiente tranquilo e iluminado para não sentir dor de cabeça. O preenchimento do formulário é individual e você poderá escolher o local e horário que sentir mais à vontade.

A sua participação é muito importante, pois permitirá conhecer os cuidados de saúde oferecidos pelos serviços de atenção básica aos indivíduos com deficiência. Não será registrado seu nome ou solicitado qualquer informação que permita sua identificação, sendo garantido o sigilo das informações. Além disso você pode optar por não participar do estudo ou desistir em qualquer fase desta pesquisa sem nenhum tipo de prejuízo. Se ainda tiver alguma dúvida, ou quiser saber mais informações sobre o estudo, por favor ligue para a pesquisadora responsável Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro número (83) 9 8893- 2909 ou no endereço: Campus I da Universidade Federal da Paraíba, prédio de Pós-graduação em fisioterapia e educação física, 3º andar, Conj. Pres. Castelo Branco III, João Pessoa - PB, 58033- 455.

Caso deseje, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br Campus I – Fone: 32167964. Horário do Expediente: 8h às 12h e 13h às 17h.

Os comitês de ética em pesquisa são responsáveis pela avaliação ética dos projetos; acompanham o andamento dos estudos, buscam pela proteção, integridade, dignidade, respeito para aos participantes, e ainda para que a pesquisa esteja amparada nas legislações vigentes.

Antes de assinar este termo, faça perguntas se ainda tiver alguma dúvida; a equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o projeto). Este documento foi elaborado em duas vias, uma via será entregue a você.

A outra via ficará em posse do pesquisador responsável.

Atenciosamente, _____

Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro - Pesquisadora responsável/CPF: 428.107.014-15

Declaro que li e concordo em participar da pesquisa,

_____Participante da pesquisa/responsável legal

Impressão dactiloscópica

Local e data

APENDICÊ B

(QUESTIONÁRIO COMPLETO)

Avaliação do Profissional atuante na Atenção Básica sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Perfil Sócio-Demográfico do profissional
Q1) Sexo: 1.(☐) Masculino 2.(☐) Feminino
Q2) Data de nascimento:
Q3) Qual a sua formação profissional? 1.(☐) Médico 2.(☐) Enfermeiro 3.(☐) Cirurgião dentista 4.(☐) Nutricionista 5.(☐) Fisioterapeuta 6.(☐) Terapeuta Ocupacional 7.(☐) Fonoaudiólogo 8.(☐) Psicólogo 9.(☐) Farmacêutico 10.(☐) Assistente Social 11.(☐) Educador Físico 12.(☐) Outra. Especificar: _____
Q4) Você atua em qual tipo de equipe da atenção básica? Pode assinalar mais de uma alternativa 1. (☐) Equipe da Atenção Básica Modelo Tradicional 2. (☐) Equipe de Saúde da Família 3. (☐) Equipe de Saúde Bucal 4. (☐) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) 5. (☐) Outras formas de equipe ampliada, porém não formalizadas como Nasf-AB 6. (☐) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) 7. (☐) Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) 8. (☐) Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) 9. (☐) Equipe de Consultório na Rua (eCR) 10. (☐) Equipe de Atenção Básica Prisional (ABP) 11. (☐) Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) 12. (☐) Outros. Especificar: _____
Q5) Possui quanto tempo de experiência na Atenção Básica (em anos completos)?
Q6) Há quanto tempo está vinculado a essa equipe da Atenção Básica (em anos completos)?
Avaliação do Equipamento de Saúde (Unidade Básica de Saúde):
Q7) Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município? 1.(☐) Conheço totalmente; 2.(☐) Conheço parcialmente; 3.(☐) Conheço superficialmente; 4.(☐) Não conheço.;
Q8) Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público? 1.(☐) Sempre; 2.(☐) Na maioria das vezes; 3.(☐) Raramente; 4.(☐) Nunca;

Q9) Você realiza a identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca 5.() Não se aplica;
Q10) Você realiza acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca 5.() Não se aplica
11) Você realiza ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca
Q12) Você participa da criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q13) Você conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência? 1.() Sim, conheço e li; 2.() Sim, mas apenas vi; 3.() Sim, mas não li; 4.() Não conheço; para os que responderem NÃO levar para Q14
Para aqueles que responderam “sim” à questão 13 Q13.1) Você aplica as diretrizes das publicações no seu cuidado ao usuário com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q14) Você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q15) Você implementa em sua rotina de trabalho estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q16) Você realiza acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q17) Você apoia e orienta as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;
Q18) Você apoia e orienta, por meio do Programa Saúde na Escola, os educadores, as famílias e a comunidade escolar, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência? 1.() Sempre; 2.() Na maioria das vezes; 3.() Raramente; 4.() Nunca;