



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE –
PPGMDS (DOUTORADO)

**A OFERTA DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE**

Rafaela Raulino Nogueira

João Pessoa/PB

2025

Rafaela Raulino Nogueira

**A OFERTA DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Doutora.

Orientadores:

Prof^a. Dr^a. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Prof^o. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho

João Pessoa/PB

2025

**Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação**

N778o Nogueira, Rafaela Raulino.

A oferta de cuidados à saúde das pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte / Rafaela Raulino Nogueira. - João Pessoa, 2025.

186 f. : il.

Orientação: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro,
Hemílio Fernandes Campos Coelho.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN.

1. Atenção primária à saúde. 2. Atenção à saúde. 3. Rede de cuidados à pessoa com deficiência. 4. Gestão em saúde. 5. Modelos estatísticos. I. Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva. II. Coelho, Hemílio Fernandes Campos. III. Título.

UFPB/BC

CDU 614-056.29(81)

Ata da Sessão Pública de Defesa da Tese de Doutorado de **RAFAELA RAULINO NOGUEIRA**, candidata ao Título de Doutora em Modelos de Decisão e Saúde, realizada em **28 de agosto de 2025**.

Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e cinco, às 09h00min, por meio de videoconferência, instalou-se a banca examinadora de tese de Doutorado da aluna RAFAELA RAULINO NOGUEIRA. A banca examinadora foi composta pelos professores Dr. ARTHUR DE ALMEIDA MEDEIROS, UFMS, e Dra. VERA LÚCIA DAMASCENO TOMAZELLA, UFSCAR, examinadores externos, Dra. CRISTINA KATYA TORRES TEIXEIRA MENDES, UFPB, e Dr. LUIZ MEDEIROS DE ARAÚJO LIMA FILHO, UFPB, examinadores internos, Dra. KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO, UFPB, como orientadora, e Dr. HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO, UFPB, como orientador e presidente da banca examinadora. Dando início aos trabalhos, o presidente da banca cumprimentou os presentes, comunicou aos mesmos a finalidade da reunião e passou a palavra a candidata para que se fizesse, oralmente, a exposição do trabalho de tese intitulado “A OFERTA DE CUIDADOS À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE”. Concluída a apresentação a candidata foi arguida pela Banca Examinadora que emitiu o parecer “**APROVADA**”. Sendo assim, após a candidata proceder às devidas correções exigidas pela Banca Examinadora no prazo máximo de **30 dias** e depositar as cópias finais da tese, deverá a Coordenação expedir uma declaração de conclusão do Programa e a Universidade Federal da Paraíba deverá expedir o respectivo diploma de Doutora em Modelos de Decisão e Saúde, na forma da lei. E, para constar, o Profa. Suellen Mary Marinho dos Santos Andrade, Sra. Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, lavrou a presente Ata, que vai assinada por ela e pelos demais membros da Banca Examinadora. João Pessoa, 28 de agosto de 2025.

Prof. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Orientador e Presidente



Documento assinado digitalmente

KATIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO
Data: 05/09/2025 13:54:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora

Profa. Cristina Katya Torres Teixeira Mendes
Examinadora Interna

Profa. Luiz Medeiros de Araújo Lima Filho
Examinador Interno

Prof. Vera Lúcia Damasceno Tomazella
Examinadora Externa à Instituição



Documento assinado digitalmente

ARTHUR DE ALMEIDA MEDEIROS
Data: 29/09/2025 19:07:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Arthur de Almeida Medeiros
Examinador Externo à Instituição

Emitido em 28/08/2025

ATA Nº 14/2025 - PPGMDS (11.01.14.54)
(Nº do Documento: 14)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 30/09/2025 16:34)
HEMILIO FERNANDES CAMPOS COELHO
COORDENADOR CURS/POS-GRADUACAO
1643224

(Assinado digitalmente em 30/09/2025 14:11)
LUIZ MEDEIROS DE ARAUJO LIMA FILHO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1724406

(Assinado digitalmente em 01/10/2025 14:19)
CRISTINA KATYA TORRES TEIXEIRA MENDES
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1165260

(Assinado digitalmente em 01/10/2025 13:46)
VERA LUCIA DAMASCENO TOMAZELLA
PROFESSOR MAGISTERIO SUPERIOR - VISITANTE
407221

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número:
14, ano: 2025, documento (espécie): ATA, data de emissão: 30/09/2025 e o código de verificação: 4c002e4f16

RESUMO

Esta tese teve como objetivo analisar a oferta de cuidados à saúde das pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte, respondendo à seguinte questão norteadora: de que forma esses municípios têm organizado o cuidado à pessoa com deficiência para atender às suas necessidades de saúde? Trata-se de um estudo de abordagem mista, com delineamento descritivo, exploratório e de corte transversal, desenvolvido a partir de dados do projeto “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil”, com abrangência nacional e participação de 50 municípios, distribuídos nas cinco regiões geográficas do país. Na etapa quantitativa, participaram 1.555 profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), por amostragem estratificada, os quais responderam a um questionário estruturado sobre ações em saúde voltadas às pessoas com deficiência. A consistência interna das questões relacionadas às ações específicas foi aferida por meio do Alfa de Cronbach ($\alpha=0,809$), originando o Escore de Ações da Atenção Primária à Saúde para às Pessoas com Deficiência (EAS/APS-PcD). A análise estatística incluiu testes comparativos e regressões lineares múltiplas, com estratificação segundo o porte populacional dos municípios. Os resultados revelaram que o conhecimento sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a percepção da adequação do atendimento às pessoas com deficiência, a composição da equipe e o número de serviços disponíveis apresentaram evidências estatísticas significativas de estarem relacionadas ao aumento do EAS/APS-PcD. Adicionalmente, identificou-se que municípios de pequeno e médio porte apresentaram desempenho superior na realização de ações, quando comparados aos de grande porte, apontando para a relevância de abordagens diferenciadas conforme as especificidades locais. A etapa qualitativa, realizada com 16 gestores (coordenadores da APS e secretários de saúde) de municípios com menor densidade de serviços de saúde, analisou as percepções e experiências relacionadas à organização da RCPD e ao cuidado às pessoas com deficiência, por meio de entrevistas e análise de conteúdo, sistematizada com uso da Matriz SWOT. As Forças identificadas incluíram acessibilidade física, estratégias de gestão e ações específicas da APS; as Fraquezas envolveram ausência de protocolos clínicos, estrutura inadequada e baixa capacitação profissional; entre as Oportunidades, destacaram-se o apoio estadual e a comunicação fortalecida nos pequenos municípios; enquanto as Ameaças se referiram ao subfinanciamento, instabilidade política, impactos da pandemia e limitações no acesso aos serviços especializados. Os achados demonstram que a qualificação das equipes, o conhecimento sobre a RCPD e o fortalecimento da estrutura e das ações na APS são elementos centrais para a efetivação do cuidado integral às pessoas com deficiência. A proposta final da tese incluiu modelos de apoio à decisão, sensível às particularidades territoriais, com potencial para orientar gestores e profissionais na construção de práticas mais resolutivas e equitativas no âmbito da APS.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Atenção à Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Gestão em Saúde. Modelos Estatísticos.

ABSTRACT

This thesis aimed to analyze the provision of health care for persons with disabilities in small- and medium-sized Brazilian municipalities, addressing the following guiding question: how have these municipalities organized care for persons with disabilities to meet their health needs? It is a mixed-method study with a descriptive, exploratory, and cross-sectional design, developed using data from the national project “Evaluation of the Comprehensive Care Network for Persons with Disabilities in the SUS – Redecin Brasil”, which covered 50 municipalities distributed across the five geographic regions of the country. In the quantitative stage, 1,555 Primary Health Care (PHC) professionals participated through stratified sampling, responding to a structured questionnaire on health actions aimed at persons with disabilities. The internal consistency of the questions related to specific actions was assessed using Cronbach’s Alpha ($\alpha = 0.809$), resulting in the Primary Health Care Action Score for Persons with Disabilities (EAS/PHC-PwD). Statistical analysis included comparative tests and multiple linear regressions, stratified according to the population size of the municipalities. The results revealed that knowledge about the Care Network for Persons with Disabilities (RCPD), perception of the adequacy of care provided to persons with disabilities, team composition, and the number of available services showed statistically significant evidence of being associated with an increase in the EAS/PHC-PwD. Additionally, small and medium-sized municipalities demonstrated better performance in implementing actions compared to large municipalities, highlighting the importance of differentiated approaches according to local specificities. The qualitative stage, conducted with 16 managers (PHC coordinators and municipal health secretaries) from municipalities with lower densities of health services, analyzed perceptions and experiences related to the organization of the RCPD and care for persons with disabilities through interviews and content analysis, systematized using the SWOT Matrix. Identified Strengths included physical accessibility, management strategies, and specific PHC actions; Weaknesses involved the absence of clinical protocols, inadequate infrastructure, and limited professional training; Opportunities were represented by state-level support and strengthened communication in small municipalities; while Threats referred to underfunding, political instability, pandemic impacts, and limited access to specialized services. The findings demonstrate that team qualification, knowledge of the RCPD, and the strengthening of PHC structure and actions are central elements for ensuring comprehensive care for persons with disabilities. The final proposal of the thesis included decision-support models sensitive to territorial particularities, with the potential to guide managers and professionals in developing more effective and equitable practices within the PHC context.

Keywords: Primary Health Care. Health Care. Care Network for Persons with Disabilities. Health Management. Statistical Models.

LISTA DE FIGURAS

Parte Inicial

Figura 1 -	Seleção das Regiões/Macrorregiões de Saúde da pesquisa majoritária Redecin Brasil.....	60
Figura 2 -	Representação dos subgrupos estruturados na presente pesquisa.....	64
Figura 3 -	Seleção do subgrupo da pesquisa para análise qualitativa.....	78
Figura 4 -	Distribuição da relação dos entrevistados incluídos no estudo segundo sua região brasileira e estado.....	82

Produto 2 (Cuidado às Pessoas com Deficiência na Atenção Primária em Municípios Brasileiros de Diferentes Portes Populacionais)

Figura 1 -	Representação dos grupos de estudo.....	105
-------------------	---	-----

Produto 3 (Fatores Associados ao Cuidado à Saúde das Pessoas com Deficiência na APS: uma Análise por Regressão Linear Múltipla segundo o Porte Populacional dos Municípios)

Figura 1 -	Resposta a suposição de normalidade dos resíduos através do histograma e gráfico Q-Q plot.....	122
-------------------	--	-----

Produto 4 (O Cuidado em Saúde às Pessoas com Deficiência em Municípios Brasileiros de Pequeno e Médio Porte: uma Análise SOWT)

Figura 1 -	Matriz SWOT do cuidado em saúde das pessoas com deficiência dos municípios participantes do estudo.....	138
-------------------	---	-----

LISTA DE QUADROS

Parte Inicial

Quadro 1 -	Principais documentos oficiais que apresentam os dois ciclos políticos de organização do sistema de saúde no Brasil.....	27
Quadro 2 -	Dimensões do cuidado referente à Qualidade da prestação dos serviços de saúde – Fundamento 1 da RAS.....	38
Quadro 3 -	Bases para análise do Acesso aos serviços de saúde pela população – Fundamento 1 da RAS.....	39
Quadro 4 -	Atributos essenciais para configuração da RAS.....	41
Quadro 5 -	Componentes da Estrutura Operacional da RAS.....	43
Quadro 6 -	Principais serviços que envolvem o terceiro componente da Estrutura Operacional da RAS: Sistema de Apoio.....	45
Quadro 7 -	Comparativo das Diretrizes da RCPD: Evoluções entre as Portarias de 2017 e 2023.....	48
Quadro 8 -	Etapas de operacionalização da RCPD segundo a Portaria GM/MS nº 1.526/2023.....	49
Quadro 9 -	Competências das esferas envolvidas no processo de estruturação da RCPD.....	52
Quadro 10 -	Definição utilizada para classificação do porte populacional dos municípios selecionados no estudo na segunda etapa de seleção.....	63
Quadro 11 -	Questões referentes à Seção B do instrumento quantitativo de coleta de dados aos profissionais da APS.....	66
Quadro 12 -	Hipóteses testadas segundo o estado, sexo e formação dos profissionais da APS e o EAS/APS - PcD.....	69
Quadro 13 -	Hipóteses testadas segundo Q07, Q08 e Q13 e o EAS/APS - PcD.....	70
Quadro 14 -	Hipóteses a serem testadas levando segundo subgrupos (PM1, G1, PM2 e G2) e o EAS/APS - PcD.....	71
Quadro 15 -	Municípios selecionados no estudo segundo a Região Brasileira pertencente, estado, quantidade de municípios e porte populacional.....	78
Quadro 16 -	Relação dos roteiros elaborados para os diferentes informantes-chaves participantes do estudo e suas principais questões.....	81

Produto 1 (Regionalização e Redes de Atenção à Saúde: uma Revisão Integrativa)

Quadro 1 -	Estudos incluídos na revisão integrativa.....	93
-------------------	---	----

Produto 4 (O Cuidado em Saúde às Pessoas com Deficiência em Municípios Brasileiros de Pequeno e Médio Porte: uma Análise Swot)

Quadro 1 -	Regra de decisão para cada fator da Matriz SWOT de acordo com o objetivo do estudo.....	135
Quadro 2 -	Caracterização dos serviços da RCPD nos municípios estudados por região e porte populacional.....	136

LISTA DE TABELAS

Parte Inicial

Tabela 1 -	Grupos e subgrupos incluídos na pesquisa segundo o quantitativo de serviços e porte populacional dos municípios.....	65
Tabela 2 -	Classificação da consistência interna de um instrumento segundo o <i>Alfa de Cronbach</i>	68
Tabela 3 -	Percentual de entrevistados por área de atuação.....	79
Tabela 4 -	Distribuição descritiva dos respondentes de acordo com os subgrupos e grupos gerais instituídos na pesquisa segundo o estado, sexo e formação profissional.....	84
Tabela 5 -	Estatísticas descritivas da variável “Idade” segundo subgrupos do estudo.....	86
Tabela 6 -	Estatísticas descritivas da variável “Tempo de experiência na atenção básica” segundo subgrupos do estudo.....	86
Tabela 7 -	Estatísticas descritivas da variável “Tempo de vínculo na atual equipe de atenção básica” segundo subgrupos do estudo.....	86
Tabela 8 -	Estatísticas descritivas e respectivos intervalos de confiança para a média dos escores de ações da Atenção Básica entre estados brasileiros, sexo e formação dos respondentes (n=1555).....	88

Produto 2 (Cuidado às Pessoas com Deficiência na Atenção Primária em Municípios Brasileiros de Diferentes Portes Populacionais)

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico dos respondentes de acordo com o porte populacional. Brasil, 2021.....	106
Tabela 2 -	Média e desvio-padrão das ações da APS segundo os grupos de estudo.....	107
Tabela 3 -	Comparação das medianas dos escores de ações da sobre o <i>conhecimento sobre a RCPD</i> do município, consideração sobre o <i>atendimento da equipe de saúde às necessidades e demandas das pessoas com deficiência e conhecimento das publicações do Ministério da Saúde</i> que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência.....	109
Tabela 4 -	Comparação das medianas dos escores de ações da APS segundo os grupos da pesquisa.....	110

Produto 3 (Fatores Associados ao Cuidado à Saúde das Pessoas com Deficiência na APS: uma Análise por Regressão Linear Múltipla segundo o Porte Populacional dos Municípios)

Tabela 1 -	Medidas de Ajustamento do Modelo Geral.....	119
Tabela 2 -	Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo.....	119
Tabela 3 -	Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão.....	121
Tabela 4 -	Resultado do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> aplicado aos resíduos da regressão.....	122
Tabela 5 -	Medidas de Ajustamento do Modelo PM.....	123
Tabela 6 -	Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo para os municípios de pequeno e médio porte populacional.....	123
Tabela 7 -	Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão em municípios de pequeno e médio porte.....	125
Tabela 8 -	Resultado do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> aplicado aos resíduos da regressão PM.....	125
Tabela 9 -	Medidas de Ajustamento do Modelo de municípios de grande porte.....	125
Tabela 10 -	Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo para os municípios de grande porte populacional.....	126
Tabela 11 -	Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão em municípios de grande porte.....	128
Tabela 12 -	Resultado do teste de <i>Kolmogorov-Smirnov</i> aplicado aos resíduos da regressão dos municípios de grande porte populacional.....	128

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CER – Centros Especializados em Reabilitação

CGR – Colegiados de Gestão Regional

CIB – Comissões Intergestores Bipartite

CIR – Comissões Intergestores Regionais

CIT – Comissões Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OPM – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PNAISPD – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PRI – Planejamento Regional Integrado

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 GERAL.....	17
2.2 ESPECÍFICOS.....	17
3 HIPÓTESE.....	18
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
4.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....	19
4.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	23
4.2.1 Ciclos Políticos de Organização do Sistema de Saúde no Brasil.....	24
4.2.2 Regionalização: conceito, contribuições e desafios no âmbito do SUS.....	32
4.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	37
4.3.1 Fundamentos e Atributos da RAS.....	39
4.3.2 Elementos Constitutivos da RAS.....	44
4.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	48
4.4.1 Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	55
5 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	60
5.1.1 Tipo de Estudo.....	60
5.1.2 Cenário Geral da Pesquisa: o projeto Redecin Brasil.....	61
5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
5.2.1 Delineamento do Estudo Quantitativo.....	63
5.2.1.1 População e Amostra.....	63
5.2.1.2 Instrumento para Coleta de Dados: quantitativo.....	65
5.2.1.2.1 <i>Análise da Consistência Interna do Instrumento</i>	67
5.2.1.3 Análise dos Dados Quantitativos.....	68
5.2.1.4 Modelagem Estatística.....	72
5.2.1.4.1 <i>Regressão Linear Múltipla</i>	72
5.2.2 Delineamento do Estudo Qualitativo.....	77
5.2.2.1 População e Amostra.....	77
5.2.2.2 Instrumentos para Coleta de Dados: qualitativo.....	80
5.2.2.3 Análise dos Dados Qualitativos.....	81
5.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	83
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	84
6.1 PRODUTO 1.....	90
6.2 PRODUTO 2.....	102
6.3 PRODUTO 3.....	115
6.4 PRODUTO 4.....	132
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	162
REFERÊNCIAS.....	164
ANEXOS.....	175
ANEXO 1.....	176
ANEXO 2.....	178
ANEXO 3.....	182
ANEXO 4.....	185

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos conseguimos enxergar o avanço na atenção à saúde da pessoa com deficiência, embora por muito tempo esse tema no Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido colocado em segundo plano, ou seja, de forma não prioritária. Tal afirmativa é pautada nas ações parceladas e pontuais antes realizadas, desalinhadas com os princípios norteadores desse sistema de saúde – integralidade, equidade e universalidade (Campos; Souza; Mendes; 2015).

Recentemente, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua (2022), estimaram 18,6 milhões de pessoas com 2 anos ou mais de idade no Brasil declararam possuir algum tipo de deficiência, o que corresponde a 8,9% da população dessa faixa etária. Ressalta-se que nesse cálculo não são incluídas as deficiências consideradas leves, embora essa parcela populacional também necessite de uma atenção integral à saúde que corresponda às suas necessidades específicas (IBGE, 2023).

A análise do documento publicado por regiões geográficas revela disparidades significativas. A Região Nordeste apresentou o maior percentual de pessoas com deficiência, atingindo 10,3% da população, o equivalente a 5,8 milhões de indivíduos. Nas demais regiões, os percentuais foram relativamente próximos entre si: no Sul, 8,8% da população declarou alguma deficiência; no Centro-Oeste, 8,6%; no Norte, 8,4%; e no Sudeste, 8,2% (IBGE, 2023).

Desde a Constituição Federal de 1988 (Artigo 196) a saúde é estabelecida como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser ofertada através de um acesso universal e igualitário, tanto das ações como aos serviços visando à proteção, promoção e recuperação da saúde, com o propósito de redução do risco de doenças e outros agravos à saúde. Em específico sobre as pessoas com deficiência, a Constituição (Artigo 23) especifica como competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios o papel de cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia desse público (Brasil, 1988).

A consolidação desse direito universal à saúde se evidenciou após a instituição do SUS, através da Lei Nº 8.080/90, ressaltando a saúde como direito fundamental do ser humano e possibilitando a execução de estratégias e políticas públicas de saúde específicas para diversos públicos, inclusive para a população com deficiência (Brasil, 1990).

Embora o SUS tenha colocado a saúde como um direito universal, quando olhamos para o histórico do cuidado em saúde deste público em especial, enxergamos a constituição de serviços isolados e portarias específicas para algum tipo de deficiência, contribuindo para a fragmentação da atenção à saúde e demonstrando mais uma vez que a atenção à saúde da pessoa

com deficiência cursou linhas secundárias de prioridade durante largo período de tempo no SUS (Campos; Souza; Mendes, 2015; Silveira *et al.*, 2022).

Diante do panorama apresentado, o SUS possui o desafio de concretizar políticas públicas e estratégias capazes de responder de forma completa às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, com articulação dos níveis de atenção, buscando a integralidade da assistência através da ampliação do cuidado (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

O desafio do SUS vai além do suprimento das demandas específicas de determinado público, ele precisa vencer as discrepâncias regionais brasileiras de forma a alcançar a equidade territorial, concretizando assim sua diretriz de integralidade. Uma característica peculiar brasileira é o grande número de municípios de pequeno e médio porte, que em sua maioria não possuem uma rede completa de serviços de saúde que contemplem a atenção secundária e terciária, dependendo assim, da organização e do suporte de outros municípios para suprir tais demandas (Medeiros; Gerhardt, 2015; Louvison, 2019).

Dentro dessa perspectiva, uma das estratégias organizacionais adotadas pelo SUS é a regionalização da saúde, que busca em sua essência a divisão territorial e populacional em áreas fracionadas, mediante a adoção de critérios específicos que visem à melhor disposição, distribuição técnica e geográfica dos serviços de saúde. Tal divisão deve se dar de acordo com critérios administrativos, epidemiológicos, recursos de saúde disponíveis e particularidades territoriais diferenciadas que permitam o acesso e cobertura da população às ações de saúde com vistas para o alcance da integralidade do cuidado (Brasil, 2019; Cecílio; Reis, 2018).

A divisão territorial estabelecida chama-se Regiões de Saúde, podendo essas regiões serem organizadas em espaços ampliados denominados como Macrorregiões de Saúde. Atualmente, através da resolução da Comissão Intergestores Tripartite Nº 37/2018, foram redefinidos critérios para uma nova organização desse espaço regional ampliado, objetivando alcançar a organização dos serviços e cooperação entre os municípios (Brasil, 2018; Brasil, 2019).

Partindo do pressuposto da regionalização, a oferta de cuidado à saúde das pessoas com deficiência deve ser organizada e pensada na configuração de Redes de Atenção à Saúde (RAS). O cuidado em RAS permite que o mesmo seja prestado de acordo com a realidade do território e em função das necessidades da população, levando em consideração os arranjos territoriais pré-estabelecidos (Dubow; Garcia; Krug, 2018; Campos; Souza; Mendes, 2015; Pieter *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, com o propósito de ampliar

o cuidado e promover uma atenção à saúde pautada na integralidade. Para isso, estabeleceu-se como diretrizes a ampliação do acesso, a qualificação do atendimento e a articulação entre as pessoas com deficiência, suas famílias e os diferentes pontos de atenção à saúde nos territórios. Esses princípios foram mantidos em atualizações normativas posteriores, como a Portaria de Consolidação nº 3/2017 e a Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Brasil, 2023¹).

Para viabilizar a implementação da RCPD, houve a ampliação de sua estrutura a partir do aporte de recursos do Plano Viver sem Limite (2011), com destaque para a expansão dos serviços de reabilitação e das oficinas ortopédicas. Como resultado, foram, inicialmente, criados 117 Centros Especializados em Reabilitação (CER) e implementadas 23 oficinas ortopédicas, distribuídos entre os estados e regiões de saúde, contribuindo significativamente para o fortalecimento da rede de serviços (Brasil, 2023²). Nesse arranjo, a Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como ponto estratégico e central de comunicação da RCPD, tendo sido atribuídas a ela responsabilidades específicas no cuidado às pessoas com deficiência (Brasil, 2023¹).

Embora a organização da RCPD sob a lógica da regionalização tenha proporcionado avanços importantes na área da saúde e contribuído para a qualificação do SUS, persistem desafios significativos para sua efetiva consolidação. Entre os principais entraves, destacam-se as lacunas assistenciais, a insuficiência de financiamento público, o descompasso entre a oferta de serviços e as necessidades em saúde, além da pulverização dos serviços nos municípios. Esses fatores, em conjunto, contribuem para a manutenção de desigualdades territoriais e, frequentemente, inviabilizam a oferta de uma assistência integral às pessoas com deficiência (Brasil, 2010; Viana; Iozzi, 2019; Louvison, 2019).

Diante da diversidade dos contextos territoriais brasileiros, torna-se evidente a necessidade de fomentar pesquisas, debates e reflexões contínuas sobre a RCPD, com ênfase nos distintos arranjos presentes nos municípios de pequeno e médio porte. Tendo em vista a frequente dependência externa desses territórios para a oferta de determinados serviços especializados, é fundamental compreender se esses territórios conseguem, de fato, assegurar o atendimento às necessidades de saúde da população com deficiência, sobretudo no que se refere ao cuidado ofertado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nessa perspectiva, os equipamentos disponíveis nas regiões de saúde devem ser capazes de atender às demandas de cuidado das pessoas com deficiência. Nos municípios de pequeno e médio porte, a APS assume papel ainda mais relevante, uma vez que, na maioria dos casos, esses territórios contam apenas com esse nível de atenção e, eventualmente, com um único

serviço de reabilitação. Diante desse cenário, torna-se evidente a necessidade de uma APS fortalecida e integrada à RCPD. A partir disso, coloca-se a seguinte questão: de que forma os municípios de pequeno e médio porte têm organizado o cuidado à pessoa com deficiência, de modo a garantir a atenção às suas necessidades de saúde?

Com base no exposto, salienta-se a relevância de conhecer como esses municípios estão ofertando o cuidado à saúde das pessoas com deficiência, a fim de contribuir com o fortalecimento e a qualificação da assistência à população em questão de modo abrangente em todo o território.

A presente pesquisa integra o projeto nacional intitulado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil”, desenvolvido com o apoio do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

A presente tese está estruturada em diferentes seções. Inicialmente, são apresentados os objetivos, abrangendo o propósito geral e os específicos, seguidos da formulação da hipótese que orienta a investigação. Na sequência, desenvolve-se a fundamentação teórica, que aborda a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, a regionalização como estratégia organizacional do Sistema Único de Saúde, os fundamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, de modo particular, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Posteriormente, descreve-se a abordagem metodológica, com destaque para a caracterização do estudo, os procedimentos utilizados nas etapas quantitativa e qualitativa, bem como os aspectos éticos considerados. Em seguida, são apresentados e discutidos os resultados, organizados em quatro produtos no formato de artigos científicos. Por fim, são expostas as considerações finais, que reúnem as principais contribuições, limitações e perspectivas do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a oferta de cuidados à saúde para pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte, a fim de construir um modelo de decisão que apoie gestores municipais na melhoria do cuidado às pessoas com deficiência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência disponibilizados nos municípios de pequeno e médio porte participantes do estudo;
- Descrever as ações em saúde voltadas às pessoas com deficiência desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde nos municípios analisados;
- Avaliar as potencialidades e fragilidades existentes na oferta de cuidados às pessoas com deficiência no contexto investigado;
- Propor um modelo de apoio à decisão que contribua para o aprimoramento da oferta de cuidado às pessoas com deficiência no contexto da Atenção Primária à Saúde, segundo o porte populacional.

3 HIPÓTESE

Levanta-se a hipótese de que, embora o processo de regionalização tenha contribuído para a ampliação da oferta de cuidados às pessoas com deficiência no Brasil, os municípios de pequeno e médio porte ainda enfrentam importantes desafios relacionados à sua dependência intermunicipal e à limitada capacidade de articulação entre os níveis de atenção à saúde. Tais limitações comprometem a efetivação de um cuidado integral no âmbito da RCPD, especialmente no que se refere ao papel estratégico da APS.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Historicamente, a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil esteve centrada no modelo reabilitador e predominantemente vinculado ao nível terciário de atenção, muitas vezes sob responsabilidade de organizações da sociedade civil, como movimentos sociais, instituições filantrópicas, religiosas e associações beneficentes (Othero; Dalmaso, 2009).

Esse cenário começou a se transformar com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a priorizar estratégias de prevenção de deficiências, ações de assistência em nível primário e a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção. A consolidação de leis e portarias também contribuiu para promover uma abordagem mais integral à saúde das pessoas com deficiência, considerando seus determinantes biopsicossociais. Ainda assim, a inclusão desse público nas prioridades do SUS ocorreu de forma tardia e fragmentada (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Hoje, com uma maior atenção a esse público específico, informações estatísticas têm sido cada vez mais demandadas, tanto por instâncias governamentais quanto pela própria sociedade, que buscam compreender os diversos aspectos que influenciam essa população com deficiência, contribuindo para objetivos de não descriminalização, garantia de direitos e da igualdade de oportunidades para todos, inclusive em questões de saúde (Brasil, 2019).

Dados sobre as deficiências no Brasil, de forma oficial, antecedem a constituição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde algumas informações já se encontravam no primeiro recenseamento brasileiro realizado no ano de 1872. No entanto, apenas no ano de 1989 foi promulgada a Lei Nº 7.853 de outubro de 1989 – já sob a tutela do IBGE – que determinava a inclusão de questões concernentes às pessoas com deficiências nos censos demográficos brasileiros (Brasil, 1989).

O Censo de 2010 identificou 45.606.048 brasileiros com algum tipo de deficiência, visual, auditiva, motora ou intelectual, o que correspondeu a 23,9% da população à época. Desses, a maioria vivia em áreas urbanas (38,4 milhões), e o restante (7,1 milhões) em áreas rurais (Brasil, 2012). No recorte regional, o Nordeste apresentou a maior proporção de pessoas com deficiência (26,6%), seguido pelas regiões Norte (23,4%), Sudeste (23,0%), Centro-Oeste (22,5%) e Sul (22,5%). Vale destacar que os dados de 2010 se basearam em respostas subjetivas sobre o grau de dificuldade para realização de atividades, categorizadas como "alguma dificuldade", "muita dificuldade" e "não consegue de modo algum".

Em 2018, o IBGE revisou os dados do Censo 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, responsável por padronizar conceitos e metodologias internacionais sobre deficiência. A releitura, publicada na Nota Técnica 01/2018, considerou pessoas com deficiência apenas aquelas que relataram "muita dificuldade" ou "incapacidade total" para realizar determinadas atividades. Com esse novo critério, a estimativa foi reduzida para 12.748.663 pessoas com deficiência no Brasil, representando 6,7% da população total. Embora mais restrita, essa abordagem destacou a prevalência das deficiências severas, sem, contudo, excluir a necessidade de atenção às pessoas com deficiências leves e moderadas, que também requerem cuidados adequados e devem ser incluídas nas políticas públicas (IBGE, 2018).

Além dos censos demográficos, o IBGE também contempla a temática da deficiência na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), cuja primeira edição foi realizada em 2013. Esse inquérito incorporou um bloco específico sobre pessoas com deficiência, em parceria com o Ministério da Saúde, possibilitando análises mais aprofundadas e orientando decisões estratégicas no âmbito do SUS (IBGE, 2015).

Na edição mais recente, de 2019, a PNS estimou a existência de 17,3 milhões de pessoas com perda parcial grave ou total de uma ou mais funções corporais, o que corresponde a 8,4% da população com dois anos ou mais de idade. Desses, 14,4 milhões viviam em áreas urbanas e 2,9 milhões em áreas rurais. Novamente, a Região Nordeste apresentou o maior percentual (9,9%), seguida pelas regiões Sudeste (8,1%), Sul (8,0%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (7,1%) (IBGE, 2021).

Quanto ao tipo de deficiência, os dados da PNS de 2019 indicaram que 13,3 milhões de brasileiros (6,5%) apresentavam deficiência física, 7 milhões (3,4%) deficiência visual, 2,5 milhões (1,2%) deficiência intelectual e 2,3 milhões (1,1%) deficiência auditiva (IBGE, 2021). Tais informações reiteram a relevância de se considerar a diversidade e complexidade das deficiências na formulação de políticas públicas em saúde.

Mais recentemente, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua (2022) estimou que 18,6 milhões de pessoas com dois anos ou mais declararam possuir algum tipo de deficiência, representando 8,9% da população nessa faixa etária. A análise regional novamente evidenciou desigualdades: o Nordeste apresentou o maior percentual (10,3%), totalizando cerca de 5,8 milhões de pessoas; seguido das regiões Sul (8,8%), Centro-Oeste (8,6%), Norte (8,4%) e Sudeste (8,2%) (IBGE, 2023). Esses dados reforçam a persistência de disparidades territoriais na prevalência da deficiência e apontam para a necessidade de estratégias regionalizadas e intersetoriais que garantam o acesso equitativo à saúde e aos demais direitos dessa população.

Na perspectiva das pessoas com deficiência, a Constituição Federal de 1988 (Capítulo II – Da União/ Art. 23 e 24), já direcionava como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o papel de cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência, como também legislar corretamente sobre a proteção e integração social desse público específico (Brasil, 1988).

A instituição do SUS assegurou a saúde como direito fundamental do ser humano, determinando ao Estado o dever de execução de políticas econômicas e sociais que se propunham à redução de riscos de doenças e estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação de forma a garantir uma assistência integrada em todos os níveis de atenção à saúde. Em se tratando das pessoas com deficiência, os princípios e diretrizes norteadores visam igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990).

Outras propostas foram marcos importantes na assistência à saúde deste público específico, dentre eles: Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência em 1991, Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde – Planejamento e Organização de Serviços em 1993, Política de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência em 1999, Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência em 2002 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em 2010 (Brasil, 2006; Brasil, 2010).

Embora algumas políticas fossem colocadas de forma ampla para todos os tipos de deficiência, outras tantas eram exclusivas para determinado tipo, influenciando para um caráter fragmentado e sem articulação consistente com os pontos de atenção à saúde, sendo barreira para a prestação do cuidado integrado. Tais considerações demonstram que apesar dos avanços do SUS, inicialmente, a prestação da atenção à saúde no contexto da deficiência não era priorizada (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Os autores acima citados reforçam que com o progresso dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, uma visão internacional sobre essa população e uma agenda dos Direitos Humanos, o governo brasileiro foi incentivado a se preocupar com essa problemática, sendo transparecido de forma real através de um plano específico para esse público.

É importante mencionar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, da qual o Brasil é signatário desde 2007. A adesão a esse tratado internacional implicou o compromisso com a promoção dos direitos e da inclusão das pessoas com deficiência. Nesse sentido, as propostas posteriores para atenção à esse público são desdobramentos dos compromissos assumidos pelo país ao reconhecer a necessidade de políticas públicas integradas e voltadas à equidade (Brasil, 2009).

Com o objetivo de promover o exercício pleno das pessoas com deficiência por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, foi lançado o Decreto 7.612 de 17 de novembro de 2011 que instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, sob responsabilidade de execução pela União em associação com os Estados, Distrito Federal, Municípios e a sociedade (Brasil, 2011).

Essa publicação tornou o tema da pessoa com deficiência como uma prioridade de governo, colocando o Ministério da Saúde como um agente central do plano e as ações que anteriormente eram realizadas de forma fragmentada passaram a ser guiadas através de outro formato de cuidado em saúde, se tornando assim uma agenda estruturante no SUS (Campos; Souza; Mendes, 2015).

O Plano Viver sem Limite (2011) foi pautado em diretrizes como: garantia de um sistema educacional inclusivo e equipamentos públicos de educação, ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, como também ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde voltada para esse público. As diretrizes apresentadas no plano norteiam quatro eixos: (I) Acesso à Educação, (II) Inclusão Social, (III) Acessibilidade e (IV) Atenção à Saúde (Brasil, 2011).

No que tange ao último eixo, Atenção à Saúde, reafirma o direito à saúde como dever do Estado e busca a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência de qualquer natureza, cujo foco se dava na organização da rede e na atenção integral à saúde. Outras metas envolviam a identificação e intervenção precoce de deficiências, criação de diretrizes terapêuticas com o intuito de criar parâmetros clínicos e garantia à prescrição segura e o tratamento eficaz em todo território brasileiro. Também incluía a habilitação de centros especializados em reabilitação, aquisição de transportes para acesso à saúde e oficinas ortopédicas, além de uma atenção odontológica especializada (Brasil, 2011).

Como uma das propostas de concretude desse plano, foi instituída, no ano de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) com objetivo de implantação, qualificação e monitoramento das ações de saúde voltada para este público nos estados e municípios, buscando induzir a articulação dos serviços e oferta de cuidado integral, com estabelecimento de ações horizontais entre os pontos de atenção da rede (Brasil, 2012).

Embora o Plano Viver sem Limite tenha sido um direcionador na estruturação da RCPD, esta seguiu as diretrizes gerais das Redes de Atenção à Saúde – RAS (Portaria Nº 4.279/2010), sendo formalmente estabelecida por meio da Portaria Nº 793 de abril de 2012, posteriormente consolidada pela Portaria de Consolidação Nº 3 de setembro de 2017 e hoje atualizada pela

Portaria GM/MS Nº 1.526/2017, que também abordou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD).

A PNAISPD tem como objetivo promover o acesso ampliado e integral ao cuidado às pessoas com deficiência, integrando ações intersetoriais para garantir autonomia, qualidade de vida e inclusão social em todos os ciclos de vida. Baseada no modelo biopsicossocial, a política fundamenta-se em princípios como o direito à saúde, inclusão, equidade, acessibilidade e gestão participativa, e é estruturada por eixos estratégicos que contemplam a promoção da saúde, organização em RAS, formação profissional, articulação intersetorial, pesquisa, comunicação, sistemas de informação e participação social. Destaca-se o papel central da APS na coordenação do cuidado, o enfrentamento ao capacitismo, a promoção da acessibilidade, o fortalecimento das ações interdisciplinares e a garantia de tecnologias assistivas, visando à integralidade e humanização do atendimento às pessoas com deficiência no SUS (Brasil, 2023¹).

Nesse mesmo direcionamento, o Novo Plano Viver sem Limite foi lançado com o intuito de reforçar as políticas voltadas às pessoas com deficiência. Dentre seus eixos estruturantes, destaca-se o Eixo IV, intitulado “Promoção do direito à educação, à assistência social, à saúde e aos demais direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais”, que reafirma o compromisso do Governo Federal em ampliar as condições para o exercício pleno da cidadania por essa população em todas as dimensões da vida social. A nova versão do plano retoma diretrizes já consagradas em sua edição anterior, ao passo que incorpora ações inovadoras e expande as possibilidades de inclusão (Brasil, 2023²).

Considerando esse arcabouço normativo e político, torna-se evidente que a diversidade territorial brasileira impõe desafios expressivos à consolidação de um cuidado integral às pessoas com deficiência, especialmente quando se busca estruturá-lo sob a lógica das redes de atenção. Nessa perspectiva, a regionalização da saúde configura-se como uma diretriz essencial do SUS, orientando a organização e a articulação da RAS com o objetivo de assegurar o acesso equânime e a integralidade da atenção nos distintos contextos territoriais.

4.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA ORGANIZACIONAL DO SUS

A compreensão sobre a organização do SUS requer atenção aos contextos históricos e políticos que influenciaram sua estruturação ao longo do tempo. Para isso, faz-se necessário abordar os ciclos políticos que marcaram diferentes fases da construção do SUS, com destaque para os períodos em que predominaram as estratégias de descentralização e, posteriormente, de regionalização. A partir dessa análise, torna-se possível aprofundar a discussão sobre o conceito

de regionalização, suas contribuições e os desafios enfrentados para sua efetiva implementação no Brasil.

4.2.1 Ciclos Políticos de Organização do Sistema de Saúde no Brasil

O alicerce jurídico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é exposto no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, afirmando a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este direito deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de fornecer acesso igualitário às ações e serviços no intuito de promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira (Brasil, 1988).

O SUS é apoiado em bases estruturantes, que são os seus princípios e diretrizes, e se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universal do direito à saúde, buscando oferecer assistência sem desigualdade à população, oferecendo serviços em diferentes níveis de atenção à saúde (Viegas; Penna, 2013).

Os princípios de um sistema de saúde expressam a natureza do sistema que se pretende construir e conformar. No SUS, os princípios estabelecidos são a universalidade, equidade, integralidade e participação social. Já as diretrizes dizem respeito às formas organizativas e operacionais que direcionam como o sistema deve ser construído, bem como seu funcionamento e organização. É sabido que no SUS, as diretrizes elencadas são: a descentralização, hierarquização e regionalização (Teixeira *et al.*, 2014; Giovanella *et al.*, 2019).

A universalidade é um desafio a ser alcançado no SUS, pois para que o sistema seja universal é necessário dilatar a cobertura de ações e serviços, no intuito de torná-los acessíveis a toda a população, rompendo barreiras e desigualdades econômicas e socioculturais. Outro desafio apontado é a universalidade das condições de vida que possibilitem boas condições de saúde (Matta, 2007).

A determinação das desigualdades elencadas interage com o princípio da igualdade, demandando um atendimento para cada pessoa sem preconceitos os privilégios de qualquer espécie, embora esse princípio vise superar as iniquidades sociais e econômicas. As iniquidades apresentadas levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, a igualdade visa atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior (Matta, 2007; Barros; Sousa, 2016).

O princípio da integralidade diz respeito ao conjunto de ações de saúde voltadas para promoção, prevenção de riscos e agravos, recuperação e reabilitação, dispondo de serviços que

atendam a tais demandas, voltado à visão integral do sujeito. A integralidade também se refere à organização individual de cada nível de atenção à saúde, bem como sua forma articulada com os demais níveis, com referência e contrarreferência (Mattos, 2004; Mattos, 2009).

A despeito da conformação proposta pelo SUS ao longo da implementação dos princípios e diretrizes, o caminho se mostrou heterogêneo e percorreu passadas diferentes, implicando em desafios para a gestão do SUS. Alguns desses desafios são mais perceptíveis como a descentralização e a universalidade; e outros menos visíveis, como a participação social e a integralidade (Giovanella *et al.*, 2002).

Uma das diretrizes apresentadas é a descentralização, entendida como a repartição do poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal, ou seja, uma divisão da responsabilidade com o intuito de melhorar a efetividade da gestão pública através da “desconcentração” do poder da União (Guimarães; Giovanella, 2004; Matta, 2007).

Nesse contexto, é importante destacar dois principais ciclos políticos no contexto de organização do sistema de saúde do nosso país, onde cada ciclo foi marcado por diferentes cenários políticos, econômicos e sociais. O primeiro caracteriza-se pela prioridade da descentralização para os entes subnacionais, com ênfase nos municípios e delimitado no período de 1990 a 2000; e o segundo ciclo emerge com a constituição de Regiões de Saúde (regionalização), aliada com o surgimento das Redes de Atenção à Saúde, sendo referenciado entre o período de 2000 até os dias atuais (Viana; Iozzi, 2019; Viana *et al.*, 2018).

Na década de 1990 (primeiro ciclo), instaurado com a nova Constituição Federal de 1998, existia a predominância da descentralização dos serviços, profissionais e de algumas funções administrativas e de regulação para municípios brasileiros, ou seja, o foco do ciclo estava na descentralização municipalista (menor instância formal federativa), com participação limitada dos estados na gestão da saúde (Pereira *et al.*, 2018).

Nesse ciclo, surgiram os princípios e diretrizes de um novo sistema, com início de governos democráticos e uma agenda política social com foco na descentralização e pouca expressão da regionalização (Pereira *et al.*, 2018; Viana; Iozzi, 2019). Esse desenho inicial do SUS, ao priorizar a estratégia da descentralização sem uma articulação regional, gerou efeitos controversos, como a criação de vazios assistenciais devido à pulverização e fragmentação da oferta de serviços e fragilização na atuação dos governos estaduais em seus papéis de coordenação e regulação da rede. Isso resultou em sistemas locais isolados e muitos sem a capacidade de oferta de cuidados em todas as dimensões necessárias para viabilizar a

integralidade, gerando também uma disputa entre os municípios (Landim; Guimarães; Pereira, 2019; Viana; Lima; Pereira, 2010).

Embora a pouca expressão da regionalização nesse primeiro ciclo, a Constituição Federal já determinava que as ações e serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. A Lei Nº 8.080 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) também colocava posto a regionalização como princípio e eixo orientador do SUS (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Ainda na década de 1990, surgiram outras duas portarias que traziam a temática regionalização de forma superficial, a Portaria GM/MS Nº 545, de maio de 1993 (Norma Operacional Básica 01/93) que apresentava o processo de regionalização como articulação e mobilização municipal, com a criação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) e ampliação dos incentivos à descentralização dos serviços com condições de gestão para Estados e municípios; e também a Portaria GM/MS Nº 2.203, de maio de 1996 (Norma Operacional Básica 01/96) com a indução de um novo modelo de gestão, com ênfase na direção única e na construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços (Brasil, 1993; Brasil, 1996).

É perceptível que até então no primeiro ciclo político de organização do sistema de saúde a estratégia da regionalização não foi priorizada como a descentralização. Ainda que tratada de forma incipiente, permitiu de alguma forma perceber a necessidade de uma conformação de arranjo regionalizado das ações e serviços de saúde, condicionado pela participação de diferentes atores sociais em um mesmo espaço geográfico (Viana *et al.*, 2018; Santos, 2017).

Já o segundo ciclo, a partir dos anos 2000, houve retorno da temática regional nas agendas econômicas e sociais referentes ao processo de regionalização (instituição das regiões de saúde). Cerca de 10 anos depois o processo avançou através da portaria de instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na perspectiva de construção de sistemas integrados de saúde com foco na prestação de assistência integral à saúde no âmbito do SUS (Pereira *et al.*, 2018; Viana *et al.*, 2018).

Viana e Iozzi (2019) destacam que no período supracitado, a regionalização também era pauta em outros países, no entanto, cada um apresentava diferentes níveis de adesividade, distintos conceitos sobre o tema e graus diferentes relacionados à autonomia de gestão dos serviços e ações de saúde.

Dando início ao segundo ciclo, se destaca a Portaria GM/MS Nº 95, de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 - NOAS/2001), apontando a regionalização

como estratégia de superar os problemas enfrentados de fragmentação do cuidado, e destacando a necessidade de definição de território, planejamento, e capacidade técnica administrativa. Foram instituídas estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas com resgate do papel dos Estados na condução desse processo (Brasil, 2001; Giovanella *et al.*, 2002).

Na NOAS/2001 ainda foi proposta uma ferramenta – o Plano Diretor de Regionalização (PDR) – e com ele o conceito de Região de Saúde e microrregiões. O objetivo da ferramenta era viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção, seja no atendimento no seu município de residência ou mediante programações intermunicipais, com apoio dos Estados aos municípios para referências para média e alta complexidade (Brasil, 2001; Viana *et al.*, 2017).

Embora se tenha incentivado o planejamento regional dentro da perspectiva Estadual, críticas surgiram em virtude do excesso de normativas estabelecidas, o que gerou dificuldades para colocar em prática a gestão do cuidado nas redes, sendo também insuficiente para vencer as competições existentes entre os municípios (Viana *et al.*, 2017).

Em 2002, foi estabelecida a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 - NOAS/2002 (Portaria GM/MS Nº 373, de fevereiro de 2002), reforçando as ações propostas pela NOAS 01/2001 e explanando sobre as ações de média e alta complexidade, que deveriam ser organizadas de forma solidária entre os entes Federal e Estadual aos municípios. Foi instituído também para os municípios o “Termo de Compromisso de Garantia de Acesso”, visando garantir o atendimento à população referenciada nos municípios de uma mesma região (Brasil, 2002).

Ainda sobre a temática da regionalização e suas concepções, foi instituída a Portaria GM/MS Nº 399, de fevereiro de 2006 – Pacto pela Saúde (pela Vida, Gestão e em defesa do SUS), onde ampliou o conceito de regionalização, apontou que as regiões de saúde deveriam favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores, incentivou o fortalecimento do controle social e orientou que na construção de redes deveria haver pactuação entre os atores envolvidos. Portanto, o pacto elencou a regionalização como estratégia prioritária das políticas de gestão de cuidado nos territórios (Brasil, 2006¹; Viana; Lima; Ferreira, 2010).

O Pacto pela Saúde ainda foi marcado pela instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), propondo aos entes federados o papel de contribuição para o fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa para o alcance da integralidade. O CGR constituiu-se como um espaço de cogestão regional, com estratégias de negociação entre os municípios e os Estados (Viana; Lima; Ferreira, 2010).

Ainda no ano de 2006, foram publicadas outras duas portarias: (I) Portaria GM/MS Nº 699, de março de 2006, que regulamentou as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, elencando questões referentes à diretriz da regionalização e sua coordenação do processo de regionalização ao ente estadual; e a (II) Portaria GM/MS Nº 2.362, de dezembro de 2006, que tornou público o Termo de Compromisso de Gestão Federal, reforçando a regionalização como eixo prioritário, com articulação com os recursos humanos, tecnológico e financeiro às regiões de saúde, especialmente as mais vulneráveis (Brasil, 2006²; Brasil, 2006³).

Avançando para o ano de 2007, foram regulamentadas as condições de transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no SUS, por meio da Portaria GM/MS Nº 2.691, de outubro de 2007. Essa Portaria considerou que os gestores deveriam promover e apoiar a regionalização, disponibilizando de forma cooperativa recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários (Brasil, 2007). Posteriormente a Portaria foi revogada pela Nº 2.979/2011, que estabeleceu o incentivo financeiro destinado aos Estados e ao Distrito Federal para implantação, implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais – CIR (Brasil, 2011¹).

Em 2010, a organização do SUS foi marcada com a publicação da Portaria 4.279 de 30 de dezembro, que instituiu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, sendo esse modelo como uma estratégia para superar a fragmentação do cuidado e da gestão nas Regiões de Saúde. A portaria inicia com a justificativa do modelo de organização em RAS, seu conceito, seus fundamentos e atributos, os elementos constitutivos necessários, as principais ferramentas de microgestão de serviços, bem como algumas estratégias de implementação da rede (Brasil, 2010).

Pouco tempo depois da portaria de instituição da RAS, foi promulgado o Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei 8.080/90, deliberando sobre a organização do SUS (Capítulo II), o planejamento (Capítulo III) e assistência da saúde (Capítulo IV) e a articulação interfederativa (Capítulo V). No Decreto, foi lançado o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) no intuito de normatizar as relações entre os serviços de saúde entre as Regiões de Saúde através de colaboração entre os entes federativos, auxiliando na organização da rede interfederativa de atenção à saúde e na consolidação do processo de regionalização (Brasil, 2011²).

Publicações mais recentes, como as Resoluções CIT Nº 23 e Nº 37, de 2017 e 2018 respectivamente, estabelecem diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado de forma ascendente e sobre governanças da RAS no âmbito do SUS (CIT/Nº

23). Define, também, a disposição sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e organização de macrorregiões de saúde, ambas consolidadas por meio da Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021 (Brasil, 2017¹; Brasil, 2018; Brasil, 2021).

Diante do apanhado histórico de Leis, Portarias, Decretos e Resoluções referentes aos dois ciclos políticos de organização do sistema de saúde no Brasil, o Quadro 1 apresenta um resumo dos ciclos e os principais marcos encontrados que subsidiam o processo de organização do SUS dentro da perspectiva da Regionalização.

Quadro 1 – Principais documentos oficiais que apresentam os dois ciclos políticos de organização do sistema de saúde no Brasil.

Ciclos Políticos	Leis/Portarias/Decretos/Resoluções	Marcos Específicos
Primeiro Ciclo (1990 – 2000)	Constituição Federal de 1988	- Predominância da estratégia de descentralização; - Foco do papel municipalista; - Participação limitada dos Estados na gestão da saúde; - Pouca expressão da regionalização, embora falasse sobre redes regionalizadas e hierarquizadas para ações e serviços e serviços públicos de saúde.
	Lei Nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde	- Instituição da regionalização como princípio e eixo orientador do SUS.
	Portaria GM/MS Nº 545 – Norma Operacional Básica (NOB 01/93)	- Regionalização como articulação e mobilização municipal; - Criação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB); - Ampliação dos incentivos à descentralização.
	Portaria GM/MS Nº 2.203 – Norma Operacional Básica (NOB 01/96)	- Indução de um novo modelo de gestão, com ênfase à direção única, e na construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.

Segundo Ciclo (2000 – Atual)	Portaria GM/MS Nº 95 – Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001 (NOAS/2001)	- A regionalização é indicada como estratégia de superar os problemas enfrentados de fragmentação do cuidado; - Foi avaliada a necessidade de definição de território; - Instituição de estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas; - Resgate do papel dos Estados; - Proposta do Plano Diretor de Regionalização (PDR).
	Portaria GM/MS Nº 373 – Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS/2002)	- Foi instituído para os municípios o “Termo de Compromisso de Garantia de Acesso”; - Organização solidária ao acesso da atenção de média e alta complexidade.
	Portaria GM/MS Nº 399/2006 – Pacto pela Saúde	- Ampliação do conceito de regionalização; - Favorecimento das ações cooperativas e solidárias entre os gestores através da delimitação das regiões de saúde; - Apresentou a regionalização como estratégia prioritária das políticas de gestão de cuidado nos territórios; - Instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR).
	Portaria GM/MS Nº 699/2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão	- Traz algumas considerações sobre a diretriz da regionalização; - Coloca a competência de coordenação do processo de regionalização ao ente estadual.
	Portaria GM/MS Nº 2.362/2006 – Termo de Compromisso de Gestão Federal	- Torna público o “Termo de Compromisso de Gestão Federal”, onde este incentiva a articulação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros às regiões de saúde.
	Portaria GM/MS Nº 2.691/2007 – Repasses financeiros federais para apoio das ações de regionalização	- Transferência de recursos financeiros federais como apoio às ações de regionalização; - Revogada pela Portaria Nº 2.979/2011
	Portaria 4.279/2010 – Redes de Atenção à Saúde (RAS)	- Estratégia para superar a fragmentação do cuidado e da gestão nas Regiões de Saúde; - Modelo de aperfeiçoamento do modelo político-institucional do SUS, para

		assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de sua necessidade; - Estabelecimento dos fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS; - Organização dos serviços de saúde em rede para alcance da integralidade do cuidado.
	Decreto 7.508/2011 – Regulamentação da Lei 8.080/90	- Deliberação sobre organização do SUS, planejamento e assistência da saúde e articulação interfederativa; - Lançado o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).
	Resolução CIT Nº 23/2017 —	- Diretrizes elaboradas para o processo de regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança da RAS.
	Resolução CIT Nº 37/2018 —	- Alinhamento sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI) e organização das macrorregiões de saúde; - Estabelece a coordenação do processo aos Estados.
	Resolução de Consolidação CIT Nº 1/2021	- Consolidação das Resoluções da CIT; - Aspectos operacionais operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada; - Diretrizes a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde; - Diretrizes sobre a integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (1998), Brasil (1990), Brasil (1993), Brasil (1996), Brasil (2001), Brasil (2002), Brasil (2006¹), Brasil (2006²), Brasil (2006³), Brasil (2007), Brasil (2010), Brasil (2011), Brasil (2017¹), Brasil (2018) e Brasil (2021).

Diante do panorama histórico delineado e da relevância crescente atribuída à atenção integral à saúde das pessoas com deficiência no âmbito do SUS, torna-se necessário aprofundar a compreensão sobre o processo de regionalização da saúde enquanto diretriz estruturante desse sistema. Nesse sentido, a próxima seção abordará a análise conceitual da regionalização, destacando suas implicações práticas para a organização da RAS, bem como apontando suas potencialidades para a qualificação da assistência e os principais entraves enfrentados para sua efetiva implementação, sobretudo em municípios de pequeno e médio porte.

4.2.2 Regionalização: conceito, contribuições e desafios no âmbito do SUS

Como apresentado no tópico anterior, o apanhado histórico dos ciclos políticos no contexto de organização do sistema de saúde no Brasil, possibilitou perceber que o protagonismo Estadual ganha ênfase após a instituição do Pacto pela Saúde em 2006 e que diante da diversidade territorial brasileira a regionalização se torna uma potente ferramenta para o alcance da integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2006¹).

O Pacto pela Saúde elencou uma série de garantias com a diretriz da regionalização, tais como: (I) Acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde; (II) Direito à saúde, redução das desigualdades sociais e territoriais e promoção da equidade; (III) Integralidade na atenção à saúde com garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde; (IV) Racionalização dos gastos e otimização dos recursos, possibilitando ganhos em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional, entre outras garantias (Brasil, 2006¹).

Em 2019, foi lançado o Documento Técnico sobre Regionalização da Saúde: posicionamentos e orientações, sendo este elaborado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Este documento apresenta uma revisão das observações e reflexões da gestão municipal em diversos temas de políticas de saúde, dentre eles a regionalização como princípio fundamental para a organização das RAS.

Sob este aspecto de organização política do SUS, salienta-se que, nas últimas décadas, a regionalização tem norteado essa organização através de arranjos de cooperação e ação coletiva na organização de serviços regionalizados (Silva *et al.*, 2020). Mas, o que seria a regionalização?

Segundo o documento técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (2019), a regionalização em saúde pode ser entendida como a busca da melhor disposição e distribuição técnica e geográfica dos serviços de saúde, no intuito de cobertura e acesso da população às ações de saúde, de modo a garantir a integralidade do cuidado, melhores condições de saúde, redução de riscos e agravos à saúde, considerando o âmbito coletivo e individual da população.

Brasil (2019) ainda acrescenta que a subdivisão de um universo espacial e populacional deve levar em consideração critérios administrativos e epidemiológicos, além da observação dos recursos de saúde disponíveis e os necessários para todos os níveis de atenção à saúde. Esse detalhamento gera eficiência, garantia de acesso e impacto positivo nas condições de saúde e real funcionamento da RAS.

A regionalização se assume com o objetivo funcional de compor as Regiões de Saúde, através de recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, definidos pelos gestores municipais e estaduais de acordo com critérios determinantes e relevantes que subsidiem esse recorte (Brasil, 2006¹; Brasil, 2019).

De forma mais detalhada uma Região de Saúde pode ser entendida como um espaço geográfico formado por um grupo de municípios limítrofes, delimitado a partir de características socioeconômicas, culturais e de redes de comunicação ou infraestrutura de forma compartilhada, no intuito de promover a organização, o planejamento e o exercício de ações e serviços de saúde. São espaços onde acontece de forma concreta o complexo processo de negociação para fins da regionalização (Brasil, 2011²; Moreira *et al.*, 2017).

O Decreto Nº 7.508/2011 apresenta em seu Art. 5º, que para ser instituído como Região de Saúde, o espaço geográfico deveria conter, no mínimo, um conjunto de ações e serviços, compostos por pontos de atenção à saúde em nível primário, de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar, e vigilância em saúde. Acrescenta, ainda, que as RAS deveriam ser compreendidas no âmbito de uma ou mais Regiões de Saúde (Brasil, 2011²).

Atualmente, o Brasil encontra-se organizado em 456 Regiões de Saúde e 117 Macrorregiões de Saúde¹. Essa divisão se apresenta como estratégia político-territorial e como base para o planejamento das RAS em seus diferentes níveis de atenção e distintas capacidades de oferta de ações e serviços, atribuindo responsabilidades na regionalização aos municípios, estados, ao Distrito Federal e União (Brasil, 2021).

Os entes federativos definiram elementos em relação às Regiões de Saúde: (I) limites geográficos; (II) população usuária das ações e serviços; (III) rol de ações e serviços ofertados; e (IV) definição de responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala de conformação dos serviços.

As Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR) passaram a ser responsáveis pela organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. São responsáveis, também, pela pactuação em aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, responsabilidades dos entes federativos na RAS e referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde (Brasil, 2011²).

¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite Nº 37/2018, dispôs sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e também determinou uma reconfiguração do espaço regional ampliado com novos critérios para o estabelecimento das macrorregiões de saúde. Sobre o PRI, o mesmo teria como responsável o Estado em articulação com os municípios e também a participação da União, levando em consideração as divisões das regiões de saúde definidas pela CIB.

As orientações dispostas na resolução incubem ao PRI a definição das responsabilidades dos gestores de saúde e diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio de organização da RAS. Aponta, também, que a definição deve partir das regiões de saúde e como forma de alcance da resolubilidade da atenção à saúde a mesma deve ser organizada em um espaço regional ampliado. Os parâmetros que devem ser seguidos são espaciais e temporais, que permitam assegurar que os serviços de saúde estão distribuídos adequadamente no território, garantindo assim um melhor atendimento e melhor proporção na tríade estrutura/proporção/território (Brasil, 2018).

As macrorregiões de saúde são entendidas como um espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/CIR e seus respectivos municípios, que garanta a resolubilidade da RAS no sentido da capacidade de resolução mais ampla possível de média e alta complexidade, em que possa garantir um acesso adequado com vistas à economia de escala, regulação e logística adequada. Fica determinado que se alguma região não possui todos os pontos de atenção necessários, ela deve fazer parte de uma macrorregião maior que ofereça esse suporte. As macrorregiões de saúde devem ser instituídas pela CIB dentro do processo do PRI e tendo sua configuração a partir das regiões de saúde já existentes (Brasil, 2018; Brasil, 2019).

Sendo assim, a regionalização da saúde como uma diretriz organizacional do SUS deve levar em consideração o estabelecimento de uma rede hierarquizada de serviços de serviços de saúde, a existência de um Planejamento Regional Integrado (PRI), garantia de acesso a todos os níveis de atenção com resolubilidade e adequação dos recursos. É necessário, portanto, que as ações de saúde sejam compatíveis com as características populacionais, respondendo de forma adequada às necessidades de saúde no contexto individual quanto coletivo, com eficiência e impacto positivo nas condições de saúde, com garantia de cobertura e acesso (Brasil, 2019).

A regionalização possui atributos considerados essenciais, dentre os quais podemos citar: menor custo, financiamento com equidade, pactuações (alocação de recursos, organização dos serviços em rede, modelo de atenção a partir do cuidado integral, governança da RAS e protocolos de regulação com a participação da APS). Considera primordial o foco no usuário

no âmbito da regulação, logística do transporte sanitário e acolhimento em todos os serviços de saúde (Brasil, 2019).

Diante dos seus atributos, o processo de regionalização torna-se um inibidor da fragmentação da rede de serviços, pois em seu processo operacional busca o equilíbrio na distribuição de recursos aos diversos pontos de atenção, evitando privilegiar aqueles serviços de maior densidade tecnológica. Assume, ainda, o papel de impulsionador de políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas diante das desigualdades territoriais (Viana; Iozzi, 2019).

No entanto, a garantia da regionalização envolve e depende da ação coletiva e cooperação entre os diversos agentes envolvidos no processo, seja local, regional, micro e macrorregional, estadual, interestadual e nacional. Portanto, é condicionada por diversos fatores de cunho administrativo e político, que se traduzem pela necessidade de organizar redes de atenção à saúde em diferentes territórios (Brasil, 2017¹; Silva *et al.*, 2020).

Ao se pensar em regionalização, é necessário reconhecer que o princípio da descentralização também é acoplado, onde a distribuição de competências e responsabilidades está entre as três esferas de governo – União, Estados e Municípios –, que embora autônomas, precisam se articular entre si e internamente em cada uma delas, com capacidade político-legislativa e priorização dos níveis regionais e locais (Brasil, 2019).

Silva *et al.* (2020), acrescentam que a ação coletiva regionalizada favorece a melhores resultados e menor custo aos serviços de saúde, pois permite a otimização de recursos e utilização solidária entre municípios, ampliando o acesso e garantindo melhor rentabilidade aqueles municípios com maior capacidade de atendimento.

Embora o favorecimento da ação coletiva, sistemas de saúde formados por princípios igualitários, descentralizados e regionalizados, como o SUS, implica em processos necessariamente lentos e negociados, uma vez que envolvem jogos de cooperação e negociação, acordos e vetos entre os entes federados (Silva *et al.*, 2020). Viana e Iozzi (2019) acrescentam que a regionalização precisa superar impasses e dilemas que envolvem questões territoriais e as particularidades de cada local.

No Brasil o processo de regionalização se diferencia dos países desenvolvidos. Enquanto nesses países a organização dos sistemas de saúde é pautada na centralidade do usuário, no nosso país, o que direciona essa organização são as circunstâncias estruturais, de equipamentos e especialidades (recursos humanos e tecnológicos) pelo território, tornando-se esse o principal desafio para concretização da integralidade do cuidado no SUS (Viana; Iozzi, 2019).

Os autores supracitados enfatizam que a organização do sistema de saúde pautado na centralidade do usuário, oferece respostas positivas tanto aos desafios epidemiológicos quanto ao melhor desempenho dos serviços de saúde.

Aspectos que sobrecarregam o processo de regionalização no Brasil envolvem diversas questões, tais como: (I) Contratualização e empresariamento da oferta de serviços de saúde; (II) Contexto epidemiológico; (III) Estrutura de recursos; e (IV) Assimetrias Federativas (Shimizu *et al.*, 2021; Viana; Iozzi, 2019).

A contratualização e empresariamento da oferta de serviços de saúde, que vem se difundindo pelo país, são retratados como formas jurídicas de contratos para gestão de equipamentos, com o intuito de abranger diferentes níveis de atenção à saúde. Os segmentos privados apresentaram maior crescimento entre os anos de 2005 a 2013, sugerindo que a gestão local no país também é caracterizada pela presença de agentes privados no manuseio de determinadas políticas. A relação público-privado é o principal desafio da contratualização e empresariamento, já que envolve outros agentes na consolidação das regiões de saúde e das RAS (Viana; Iozzi, 2019).

O desafio do contexto do perfil epidemiológico brasileiro é destacado por diferenças entre as macrorregiões, distintos perfis demográficos, desiguais condições socioeconômicas que favorecem a existência de desigualdades em grande parte das regiões de saúde com pouco provimento na oferta de serviços e dificuldade de articulação entre os níveis de atenção à saúde em diferentes redes temáticas (Brasil, 2010).

Estudos recentes sobre regionalização no Brasil indicam uma forte concentração de serviços e recursos em municípios-polo, onde a maior parte de serviços e tecnologias se fixam na faixa territorial atlântica, que compreende o litoral das regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Nesse contexto, fica clara a necessidade de construção de novos elementos (variáveis e critérios) para um planejamento territorial adequado (Shimizu *et al.*, 2021).

O terceiro aspecto de sobrecarga ao processo de regionalização é a estrutura de recursos, que abrangem insumos de ordem física, financeira e de recursos humanos, onde a ausência destes culminam em vazios assistenciais pelo país. A constituição das regiões e redes de saúde é diretamente prejudicada pela ineficiente capacidade de oferta e disponibilização de infraestrutura, recursos, serviços e ações, portanto, o alinhamento entre o financiamento e a política de regionalização é irrefutável (Viana; Iozzi, 2019; Viana *et al.*, 2018).

As assimetrias federativas se constituem como outro gargalo no processo de regionalização e fundamenta-se no baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre instâncias do SUS. Essas não-relações impulsionam conflitos que interferem no

fortalecimento de um sistema de saúde integrado, ferindo um dos principais componentes da regionalização, o planejamento regional do SUS. O caminho inverso a essa assimetria pode produzir fortalecimento dos estados e suas respectivas instâncias regionais, através de mútuo trabalho, auxiliando na solidificação de governança regional do SUS (Santos, 2011).

Os autores Shimizu *et al.* (2021), expressam que pouco protagonismo regional se enxerga na articulação de serviços da rede básica municipal e da rede especializada regional, sendo a responsabilidade por inatividade da CIR.

A despeito dos desafios elencados, a regionalização da saúde busca em sua essência promover a integralidade do cuidado aos usuários do SUS e se torna a base essencial para a estruturação das RAS.

4.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Ao longo desses mais de 35 anos de instituição do SUS é inegável o avanço desse sistema e sua busca constante em superar a dificuldade decorrente da fragmentação das ações e serviços de saúde. O desafio posto é ofertar a população um cuidado integral à saúde, se distanciando cada vez mais do modelo fundamentado apenas em ações curativas e médico centrado (Brasil, 2010; Paim, 2018).

Como debatido nos tópicos anteriores, o cenário brasileiro é caracterizado por uma diversidade de contextos regionais, que são marcados por diferenças sociais, econômicas e de necessidades de saúde entre as regiões. Esse cenário traz para o SUS uma complexidade e dificuldade de instituir estratégias que sejam adequadas para todos os contextos, além de contar com outros desafios como acesso, escala, qualidade, custo e efetividade (Cecílio; Reis, 2018).

Essa complexidade de constituição de um sistema unificado e integrado, associado com desafios inerentes ao processo de prestação de saúde traz reflexos negativos, tais como: lacunas assistenciais relevantes, insuficiência de financiamento público, incoerência entre oferta de serviços e necessidade de atenção, pulverização dos serviços nos municípios, entre outros. Tais dificuldades exigem do SUS a instituição de meios que auxiliem na superação dos desafios e que sejam a força motriz na qualificação da atenção à saúde (Brasil, 2010).

O princípio da integralidade do cuidado não é um produto simples de ser alcançado, como, por exemplo, em um pequeno município isolado. Logo, a utilização de estratégias de cooperação e compartilhamento se tornam indispensáveis, auxiliando na otimização dos recursos físicos, financeiros e humanos para prevenção e solução de problemas de saúde, permitindo, muitas vezes, um acesso mais ampliado e no formato integral (Fernandes, 2017).

No Brasil, análise dos dados demográficos evidencia que a maioria dos municípios brasileiros é composta por localidades de pequeno porte. Segundo o Censo de 2010, aproximadamente 70% dos municípios possuíam população inferior a 20 mil habitantes (IBGE, 2010). Esse cenário se manteve no Censo de 2022, que mostrou que, dos 5.570 municípios existentes no Brasil, 69,3% têm até 20 mil habitantes, 25,0% possuem entre 20 mil e 100 mil habitantes, apenas 5,0% concentram entre 100 mil e 500 mil habitantes, e somente 0,7% apresentam mais de 500 mil habitantes, indicando uma forte concentração populacional em poucos centros urbanos (IBGE, 2023).

Essa configuração territorial impõe importantes desafios à organização dos serviços de saúde. Isso ocorre, sobretudo, nos pequenos municípios, que frequentemente enfrentam limitações na oferta de serviços, restrições orçamentárias, baixa capacidade de gestão e autonomia reduzida, além de poder decisório limitado por parte dos gestores municipais, dificultando, assim, a efetivação de uma atenção à saúde adequada e integral (Pinafo *et al.*, 2020).

Diante do exposto, e com base na diretriz da regionalização, uma das estratégias lançadas para inovar o processo de organização do sistema de saúde, na busca da garantia da qualidade da atenção prestada, ampliação do acesso, produção de impactos positivos nos indicadores de saúde da população e principalmente superar a fragmentação do cuidado, foi o estabelecimento da RAS (Peiter *et al.*, 2019).

A RAS foi estabelecida com o propósito de lapidar a dinâmica político-institucional do SUS, visando à integração sistêmica das ações e serviços de saúde (Landim; Guimarães; Pereira, 2020). É importante destacar que há evidências positivas sanitárias e econômicas do sistema de saúde em outros países que se utilizam do modelo de organização em RAS, como ressalta Mendes (2011).

Em seu contexto, a RAS é considerada um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde em todas as suas densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio: técnico, logístico e de gestão. Sua instituição foi através da Portaria Nº 4.279 de dezembro de 2010, onde se estabeleceram diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS, resguardada posteriormente através da Portaria de Consolidação Nº 3 de setembro de 2017, onde as normas das redes foram reiteradas (Brasil, 2010; Brasil, 2017²).

De acordo com as portarias citadas, a instituição da RAS é protagonizada através de uma atenção sistêmica, que busca envolver ações e serviços providos de uma atenção contínua, com qualidade, responsabilidade e de caráter humanizado, favorecendo também ao desenvolvimento de potencialidades do SUS no que tange ao acesso e equidade, além de eficiência econômica.

A RAS se caracteriza por relações no plano horizontal entre os espaços onde são ofertados determinados serviços de saúde, denominados pontos de atenção à saúde. Essa articulação entre os pontos deve ser realizada de forma direta com a Atenção Primária à Saúde – APS, de forma a nortear o cuidado centrado nas necessidades em saúde de determinada população, com atenção contínua e integral através do cuidado multiprofissional, além de objetivos comuns e compromissos com os resultados sanitários e econômicos positivos (Mendes, 2011).

Outro aspecto destacado por Mendes (2011) é que pontos de atenção que estruturam a rede devem ser distribuídos espacialmente de forma ótima, ou seja, alcançar todos os que necessitem de sua utilização, evitando formas de desvantagens ou discrepâncias territoriais que geram injustiças regionais.

Neste sentido, é necessário o reconhecimento da APS como o primeiro nível de atenção, para que possa realizar o seu papel de resolubilidade dos problemas comuns de saúde. A atenção primária está colocada como coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, mostrando-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, tanto em relação à organização interna quanto à capacidade de superar os desafios sociais, econômicos, demográficos e epidemiológicos (Brasil, 2017; Peiter *et al.*, 2019).

Embora o foco na atenção primária, é importante destacar que ela por si só não consegue colocar em prática a RAS, ou seja, todos os demais pontos de atenção à saúde, de todas as densidades tecnológicas, são de igual importância para que se cumpram os objetivos propostos pela RAS, devendo estes pontos estar interligados para evitar a fragmentação do cuidado à saúde da população (Mendes, 2011).

Neste sentido, Nakata *et al.* (2020) apontam que serviços de saúde articulados resultam em melhor qualidade de saúde prestada, bem como auxiliam na redução de desperdício de recursos físicos, materiais e de profissionais, concebendo uma maior eficiência na saúde e satisfação dos usuários ao serviço.

4.3.1 Fundamentos e Atributos da RAS

Para assegurar a resolutividade da RAS e sua organização de forma efetiva, eficiente e com qualidade, cinco fundamentos são elencados e que devem ser considerados em sua estruturação: (1) Economia de escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de recursos; (2) Integração vertical e horizontal; (3) Processos de substituição; (4) Região de Saúde ou abrangência; e (5) Níveis de atenção (Brasil, 2010; Brasil, 2017²; Mendes, 2011).

Em relação ao primeiro fundamento da organização das RAS, destaca-se que, conforme disposto na Portaria nº 4.279/2010 e na Portaria de Consolidação nº 3/2017, três elementos são

considerados essenciais para a estruturação racional das redes: a economia de escala, a qualidade e o acesso. Esses componentes formam uma tríade fundamental que orienta a lógica organizacional da RAS, sendo cada um deles explorado nos parágrafos subsequentes, conforme proposto por Mendes (2011).

A Economia de Escala almeja a concentração de serviços em determinado local no intuito de diminuição de gastos, otimização dos resultados e/ou quando não seja possível a colocação desses serviços em cada município de forma isolada, sendo este um grande desafio na gestão estadual em organizar uma rede de serviços de saúde que supere ou evite os vazios assistenciais (Santos, 2018).

O sentido da tríade baseia-se na lógica da dispersão ou convergência dos serviços de saúde: (I) se os serviços se beneficiam menos de economia de escala, possuem recursos suficientes e a distância é agente fundamental para a acessibilidade, então o mesmo deve ser ofertado de modo disperso; e (II) se os serviços se beneficiam de economias de escala, os recursos são mais escassos e a distância possui menor interferência sobre o acesso, então os serviços devem ser mais concentrados (Mendes, 2011).

Mendes (2011) descreve que a Economia de Escala ocorre quando a longo prazo os custos médios diminuem à medida que aumenta o quantitativo das atividades, sendo mais fácil de ocorrer quando os custos fixos são altos em relação aos custos de variáveis de produção. É importante destacar que o grau de escassez de recursos, sejam eles de natureza humana ou física, interferem no desenvolvimento da RAS, por esse motivo, recursos mais escassos devem ser concentrados.

O segundo elemento – Qualidade – se refere ao grau de excelência da prestação dos serviços de saúde, sendo compreendida em 06 dimensões do cuidado, de acordo com Brasil (2010) e Brasil (2017²):

Quadro 2 – Dimensões do cuidado referente à Qualidade da prestação dos serviços de saúde – Fundamento 1 da RAS.

Dimensões do Cuidado	Descrição
Segurança	Prevenção de situações que possam gerar danos, com diagnóstico e tratamento em tempo hábil.
Efetividade	Constituição de ações que gerem benefícios aos usuários.
Centralidade na Pessoa	Respeito aos usuários em seus valores e expectativas, colocando-os pró-ativos no cuidado à sua saúde.
Pontualidade	Cuidado prestado antes de possíveis agravos na saúde da população.
Eficiência	Foco em ações necessárias e efetivas, evitando desperdícios.

Equidade	Prestação da atenção à saúde sem levar em consideração características pessoais, evitando desigualdades no cuidado.
----------	---

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2010) e Brasil (2017²).

A Qualidade de um serviço de saúde possui um estreito laço com a economia de escala e é um dos objetivos essenciais dos sistemas que prestam essa assistência. Pode ser classificada de acordo com fatores que expressam ou não essa qualidade, tais como: níveis de estrutura, resposta adequada às necessidades das pessoas, tempo oportuno de oferta, segurança para o profissional e para a população e atuam de forma equitativa (Mendes, 2011; Brasil, 2017²).

Como último elemento da tríade, o Acesso, prevê a ausência dos diversos tipos de barreiras que impedem a oferta do cuidado integral, sejam elas de ordem geográficas, financeiras, organizacionais, sociais, culturais, étnicas e de gênero. Alguns pontos são colocados como base de análise para o Acesso (Brasil, 2017²), como apresenta o Quadro 3:

Quadro 3 – Bases para análise do Acesso aos serviços de saúde pela população – Fundamento 1 da RAS.

Análise do Acesso	Descrição
Disponibilidade	Alcance da atenção necessária ao usuário e sua família.
Comodidade	Adequação ao tempo de espera do atendimento, conveniência de horários, conforto dos ambientes para atendimento, entre outros exemplos.
Aceitabilidade	Satisfação dos usuários quanto à localização, a aparência do serviço, tipo de atendimento dispensado e responsabilidade profissional.
Disponibilidade de Recursos	Adequação dos recursos de acordo com seu quantitativo: recursos escassos devem ser concentrados e menos escassos desconcentrados.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2010) e Brasil (2017²).

Portanto, o Fundamento 1 da RAS conforma-se em desenhos que conciliam concentração e dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e que prestem uma assistência de qualidade, contudo, esses elementos precisam levar em consideração o critério de acesso aos serviços, devendo permanecer em constante equilíbrio (Mendes, 2011; Barbosa; Najberg, 2016).

Sobre o acesso, a Portaria de Consolidação da RAS deixa claro que em situações de populações dispersas de baixa densidade populacional e com pouca oferta de serviços, devem ficar estabelecidas alternativas específicas que garantam o acesso à saúde dessa população em conformidade com a integralidade do cuidado (Brasil, 2017²).

O Fundamento 2 da rede – Integração vertical e horizontal – se distingue em função dos níveis de atenção de integração do sistema de saúde. A vertical visa à articulação de organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, ou seja, de distintos níveis do sistema. Já a relação horizontal, se refere na articulação ou fusão de serviços de saúde que possuem mesma natureza ou especialidade, no intuito de otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e eficiência econômica, favorecendo a redução dos custos e aumento do rol de ações da unidade (Almeida *et al.*, 2018).

Os Processos de Substituição (Fundamento 3) objetiva-se na exploração de melhores soluções e menores custos para as demandas e necessidades da população através de reagrupamentos contínuos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, fazendo com que esses processos auxiliem a RAS na prestação certa de atenção à saúde em três esferas: lugar, custo e tempo (Brasil, 2010; Brasil, 2017²; Mendes, 2011).

É importante destacar que os processos de substituição dentro da RAS podem gerar resultados econômicos e sanitários positivos, permitindo, por exemplo, reorganizações de unidades de saúde, equipes profissionais e dimensões da localização (Mendes, 2011).

O Fundamento 4 (Região de Saúde) se refere a uma exigência da RAS que é a definição das regiões de saúde, ou seja, delimitação do espaço geográfico, sua população e seu rol de estabelecimentos de ações e serviços disponíveis nesta região de saúde delimitada. A definição adequada de região de saúde é primordial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, levando em conta os pactos entre estado e município para o processo de regionalização e referência de escala e acesso (Brasil, 2017²).

Como último Fundamento descrito nas portarias da RAS, está o Nível de Atenção, onde são estruturados para que haja um uso racional dos recursos e para estabelecer o foco da governança da RAS. Os Níveis de Atenção são configurados em três densidades tecnológicas diferentes: Atenção Primária à saúde – nível de menor densidade; Atenção Secundária à saúde – intermediária densidade tecnológica; e Atenção Terciária à saúde – maior densidade tecnológica (Mendes, 2011).

Na portaria de instituição da RAS, ressalta-se que não é possível montar um modelo organizacional único visto a diversidade encontrada no Brasil, no entanto, apresentam um conjunto de atributos considerados essenciais para seu funcionamento (Brasil, 2010). Observe o Quadro 4 abaixo:

Quadro 4 – Atributos essenciais para a configuração da RAS.

Atributos da RAS	
População e territórios	- Devem ser definidos; - A oferta de serviços de saúde deve ser baseada no conhecimento das necessidades populacionais e suas preferências.
Estabelecimentos de Saúde	- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que atuem na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação, cuidados paliativos; - Integração dos programas voltados para doenças ou populações específicas; - Serviços de saúde individuais e coletivos.
Atenção Primária à Saúde	- Primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema que deve cobrir toda a população; - Constituída equipe multidisciplinar; - Responsável por integrar, coordenar o cuidado e atender às necessidades populacionais de saúde.
Serviços Especializados	- Prestação em lugar adequado.
Mecanismos de Apoio	- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial.
Atenção à Saúde	- Centrada no indivíduo, na família e na comunidade; - Questões culturais, gênero e outras diversidades da população devem ser levados em consideração.
Sistema de Governança	- Deve ser único para toda a rede; - Criação de missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; - Definição de objetivos e metas, bem como seus prazos de realizações (curto, médio e longo prazo); - Articulação com as políticas institucionais; - Gestão capaz de planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e organizações.
Participação Social	- Deve ser fortalecida e de atuação ampla.
Gestão Integrada	- Os sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico devem ter uma gestão integrada.
Recursos Humanos	- Devem ser suficientes, competentes, comprometidos; - Existência de incentivos pelo alcance de metas da rede.
Sistema de Informação Integrado	- Vinculação de todos os membros da rede, com identificação de informações necessárias (sexo, idade, lugar de residência, entre outras).
Financiamento Tripartite	- Garantido e suficiente, em concordância com as metas da rede.
Ações em Saúde	- Baseadas na intersetorialidade, nos determinantes da saúde e com equidade.
Gestão	- Baseada em resultado.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2010) e Brasil (2017²).

Os atributos essenciais destacados são importantes para promover a integração. A integração é um meio para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, configurada em graus

diferentes, que vai desde a fragmentação absoluta até a integração total. Sendo assim, maiores níveis de integração indicam melhor resultado do sistema de saúde, indicando haver serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com menor custo-benefício e com maior satisfação dos usuários (Brasil, 2010; Brasil, 2017²; Mendes, 2011).

Dentro da portaria da RAS são descritas algumas ferramentas de Microgestão dos Serviços, como as Diretrizes Clínicas que norteiam decisões assistenciais no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde; as Linhas de Cuidado; Gestão da Condição de Saúde, entre outras ferramentas destacadas.

4.3.2 Elementos Constitutivos da RAS

A composição da RAS se dá através da interlocução de três elementos constitutivos, sendo eles: população e regiões de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema logístico de funcionamento (Brasil, 2010; Brasil, 2017²; Mendes 2010; Mendes, 2011).

Partindo do primeiro elemento constitutivo descrito, a RAS deve ter a capacidade de claramente identificar quem é a sua população e sua área geográfica, partindo do pressuposto das regiões de saúde. Sendo um dos objetivos da RAS responder positivamente às necessidades de saúde a determinada população, podemos afirmar que a população se torna a razão de ser da RAS, uma vez que a sua essência e estruturação dependem das características populacionais (Mendes, 2010).

Sendo o SUS um sistema público de saúde, a construção da RAS exige a divisão territorial adequada através da consolidação das regiões de saúde (Mendes, 2011). Como debatido nos tópicos anteriores, as regiões de saúde são espaços territoriais complexos, que se estruturam a partir de identidades culturais, econômicas e sociais semelhantes em um mesmo território, devendo ser bem definida e bem distribuída territorialmente, assegurando resposta em tempo adequado e boa viabilidade operacional dos serviços no território, na perspectiva de promover o cuidado integral (Brasil, 2017²).

O segundo elemento constitutivo da RAS é a Estrutura Operacional, sendo composta pelos diferentes serviços de atenção à saúde (nós da rede) e pelos elos que os comunicam (Brasil, 2010).

A Estrutura Operacional da RAS é integrada por cinco componentes: Atenção Primária à Saúde (APS); Pontos de Atenção Secundários e Terciários; e os três sistemas – Apoio, Logístico e de Governança. Mendes (2010) classifica como nós da rede a APS e os Pontos de Atenção à saúde (secundários e terciários); como elos entre os nós os Sistemas de Apoio e

Logístico; e aponta o Sistema de Governança como o componente que dirige as relações entre os quatro primeiros.

O Quadro 5 adiante apresenta os cinco componentes descritos no parágrafo anterior, explicitando informações relevantes que delineiam seu papel dentro da RAS.

Quadro 5 – Componentes da Estrutura Operacional da RAS.

ESTRUTURA OPERACIONAL DA RAS	
- Parte 1: Nós da Rede	
Atenção Primária à Saúde	- Centro de comunicação; - Reconhecida como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado; - Nível fundamental de um sistema de saúde, primeiro elemento de um processo contínuo de atenção; - Deve desenvolver ações no âmbito individual e coletivo (promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde); - Integrar verticalmente os serviços; - Se estruturar com base nos sete atributos (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária) e três funções (resolução, organização e responsabilização).
Pontos de Atenção Secundários e Terciários	- Pontos de diferentes densidades tecnológicas; - Devem ser complementares aos serviços de APS para realização de ações especializadas, no lugar e tempo coerentes.
- Parte 2: Elos entre os nós da Rede	
Sistemas de Apoio	- Lugares institucionais da rede que prestam serviços a todos os serviços de saúde; - Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação em saúde.
Sistemas Logísticos	- São soluções em saúde, ancoradas nas tecnologias de informação e apoiadas pela integração vertical; - Sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas, trocas de produtos e informações dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, ou seja, promovem a integração entre os pontos de atenção à saúde; - São exemplos: centrais de regulação, registro eletrônico, sistemas de transportes sanitários, entre outros.
- Parte 3: Governa as relações entre os quatro primeiros componentes da Rede	
Sistema de Governança	- A governança é a capacidade de intervenção envolvendo atores, mecanismos e procedimentos diferentes para cada gestão regional de determinada rede; - São utilizados alguns instrumentos e natureza operacional: roteiro de diagnósticos, planejamento, sistemas de informação, entre outros.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2010), Brasil (2017²) e Mendes (2010).

Sabe-se que o caminho para implantação da rede idealizada é um processo complexo e contínuo, que deve contar com o apoio de estratégias de integração que facilitem o desenvolvimento de seus atributos e alcancem um sistema de saúde organizado em rede.

Ao ser instituída a Portaria da RAS em 2010, algumas diretrizes orientadoras foram especificadas para o processo de implementação da RAS, bem como a descrição de algumas estratégias para alcançar essas diretrizes. Dentre as diretrizes propostas, o fortalecimento da APS para realização do seu papel enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede foi colocado em questão.

As principais estratégias elencadas para o alcance da diretriz acima foram: realização de oficinas macrorregionais sobre RAS e a importância da APS, no intuito de ampliar a compreensão sobre o tema e qualificar a atenção primária; criar condições de valorização dos profissionais de saúde; incentivar a organização da porta de entrada do sistema; incorporar a prática da gestão da clínica; organização das linhas de cuidado, entre outras estratégias descritas (Brasil, 2010; Brasil, 2017²).

O papel da atenção primária para o desenvolvimento da RAS é essencial, por esse motivo a mesma deve ser fortalecida diante das suas funções, compreendendo que é o nó de intercâmbio, é agente coordenador dos fluxos e contrafluxos dos pontos de atenção à saúde. Portanto, o desenvolvimento da RAS depende de uma APS qualificada e robusta (Mendes, 2011).

Os sistemas de saúde que são orientados pela atenção primária se tornam mais adequados por se organizarem de acordo com as demandas de saúde da população, sendo assim, se tornam mais efetivos, por levar em consideração a situação epidemiológica; mais eficientes, pela redução dos custos mais altos; de maior qualidade, através de ações com foco na promoção da saúde; e mais igualitário, pois atentam regiões ou grupos que necessitem de uma maior atenção à saúde (Mendes, 2010).

Embora a atenção primária tenha um papel fundamental na RAS, é importante esclarecer que sua relação com os demais nós da rede não se adequa ao formato de subordinação ou insubordinação, pois todos os nós são de igual importância para se alcançar os objetivos comuns da rede (Mendes, 2011).

Os pontos de atenção secundária e terciária à saúde, como nós da rede, são caracterizados por serviços especializados e possuem como fator determinante de diferença o grau de densidade tecnológica que se enquadra. Os pontos considerados mais densos tecnologicamente se enquadram na atenção terciária, sendo assim, esses serviços levam em

consideração a economia de escala, e, muitas vezes, tendem a ser mais concentrados (Mendes, 2010).

O terceiro componente da Estrutura Operacional da rede (Sistemas de Apoio), são classificados como espaços institucionais que oferecem serviço comuns aos diversos pontos de atenção à saúde, classificados em três principais: (1) Apoio Diagnóstico e Terapêutico; (2) Assistência Farmacêutica; e (3) Sistemas de Informação (Mendes, 2010). No Quadro 6 a seguir estão descritos os principais serviços que envolvem os Sistemas de Apoio.

Quadro 6 – Principais serviços que envolvem o terceiro componente da Estrutura Operacional da RAS: Sistema de Apoio.

Estrutura Operacional da RAS: Sistemas de Apoio	
Apoio Diagnóstico e Terapêutico	- Envolve serviços: de diagnóstico por imagem, medicina nuclear diagnóstica, eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, endoscopias, hemodinâmica e a patologia clínica.
Assistência Farmacêutica	- Organização complexa para atividades que envolvem medicamentos; - Etapas concernentes: apoio às ações de saúde advindas por uma população, intervenções logísticas (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos), ações assistenciais da farmácia clínica (formulário terapêutico, dispensação, adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e vigilância).
Sistemas de Informação	- Devem ofertar informações de qualidade para gerar bons resultados; - Envolvem todas as informações pertinentes em saúde, tais como: insumos, infraestrutura sanitária, recursos humanos, financeiros, mortalidade, morbidade, entre outras informações; - Informação prestada com qualidade auxiliam em tomadas de decisões em saúde eficazes.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Mendes (2010) e Mendes (2011).

Os Sistemas Logísticos (quarto componente da estrutura operacional) são aportes de alternativas tecnológicas que garantem referências e contrarreferências de informações, produtos e pessoas nas redes, sendo imprescindível para este, informações advindas dos sistemas de informação. Destaques para os sistemas logísticos são os centros de regulação e os sistemas de transporte em saúde (Mendes, 2010; Mendes, 2011).

O último componente, o Sistema de Governança, atua como uma organização que permite gerir todos os componentes da RAS, tornando-se então, um tipo de governança de caráter sistêmico e não fragmentada. Como meio de relações, a governança da RAS no SUS se

vincula aos meios de arranjos interfederativos, onde se destacam a governança institucional através da Comissão Intergestores Tripartite/CIT (âmbito nacional), Comissão Intergestores Bipartite/CIB (âmbito estadual) e Comissão Intergestores Regional/CIR (âmbito das regiões de saúde); a governança gerencial através dos grupos condutores e comitês gestores; e a governança financeira através dos Planos de Ação, como descrevem Brasil (2019) e Mendes (2011).

A portaria de instituição da RAS (2010) é base para a construção das redes temáticas do SUS, uma delas é a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) que foi instituída através da Portaria Nº 793 de abril de 2012. Os princípios dessa rede foram mantidos em atualizações normativas posteriores, como a Portaria de Consolidação nº 3/2017 e a Portaria GM/MS nº 1.526/2023 (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Brasil, 2023^a).

4.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

Atualmente, a RCPD encontra-se em seu 13º ano de instituição, consolidando-se como uma política pública integrativa voltada à promoção do cuidado integral à saúde dessa população. Ao longo desse período, a RCPD tem enfrentado desafios significativos impostos pelo contexto brasileiro, especialmente no que se refere à superação das desigualdades territoriais, à ampliação do acesso e à articulação efetiva entre os pontos de atenção da rede. Ainda assim, permanece em constante construção e aprimoramento, buscando cumprir seus objetivos de garantir a integralidade do cuidado no âmbito do SUS (Santos; Friche; Lemos, 2021).

A instituição da RCPD foi um marco para a população com deficiência, se tornando uma agenda estruturante no SUS na condição de uma rede prioritária de saúde. Inicialmente, o percurso de implementação da rede contou com a participação do Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação Geral da Pessoa com Deficiência, onde através de viagens pelo Brasil e debates com gestores, profissionais da saúde, movimentos sociais e pesquisadores, buscaram desenvolver materiais, orientações, normativas e instrutivos de referência que subsidiassem sua estruturação no território brasileiro (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Foram três marcos estruturantes para a rede em questão, sua instituição através da Portaria Nº 793 de abril de 2012, seguida pela Portaria de Consolidação nº 3/2017 e, atualmente, pela Portaria GM/MS nº 1.526/2023, onde essa última tratou em conjunto com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD). As normativas bases da rede reforçam sua instituição para todos os tipos de deficiências, através da criação,

ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde do SUS (Brasil, 2012; Brasil, 2017²; Brasil, 2023¹).

A portaria atual (Brasil, 2023¹) considera pessoa com deficiência aquela que possui impedimentos de longo prazo, sejam eles de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, ao interagirem com barreiras sociais e ambientais, podem dificultar ou restringir sua participação plena e efetiva na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas (Brasil, 2023¹).

O Artigo 2º da referida norma estabelece diretrizes fundamentais voltadas à garantia do acesso universal e equitativo aos cuidados em saúde, com ênfase na promoção do respeito às diferenças e no enfrentamento de estigmas, preconceitos, práticas capacitistas e todas as formas de violência. Destaca-se, ainda, a importância da participação ativa das pessoas com deficiência e de seus familiares nos processos de formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Ademais, recomenda a diversificação das estratégias de cuidado, ancoradas na clínica ampliada, com vistas ao desenvolvimento de habilidades e potencialidades em múltiplas dimensões da vida, assegurando qualidade e efetividade no atendimento. Incluem-se também diretrizes voltadas à atenção humanizada, centrada nas necessidades específicas das pessoas com deficiência, bem como à organização regionalizada e integrada dos serviços de saúde no âmbito da rede (Brasil, 2023¹).

A RCPD evidenciou seus objetivos gerais que trilham a ampliação do acesso e qualificação da prestação do atendimento a esse público específico, promoção do vínculo entre os pontos de atenção à saúde e as pessoas com deficiência e suas famílias, bem como a garantia da articulação e integração dos serviços de saúde no território para qualificação do cuidado (Dias; Friche; Lemos, 2019).

É importante destacar que o reconhecimento do perfil demográfico e epidemiológico da população se torna essencial para o processo de implantação da rede assistencial, driblando apenas os interesses administrativos e na capacidade estabelecida de profissionais nos serviços (Santos; Friche; Lemos, 2021).

Diferentemente das portarias de 2012 e 2017, a normativa mais recente que regulamenta a RCPD estabelece, em seu artigo 3º, que o principal objetivo da RCPD é a oferta de ações e serviços de saúde voltados ao cuidado integral das pessoas com deficiência, estruturados de forma articulada no contexto das RAS, em conformidade com as diretrizes do Planejamento Regional Integrado – PRI (Brasil, 2023¹).

A análise comparativa entre as versões normativas da RCPD, especialmente entre as portarias de 2017 e 2023, evidencia mudanças significativas na concepção, estrutura e objetivos

da política. A nova portaria incorpora avanços conceituais e normativos ao alinhar-se aos marcos dos direitos humanos e ao modelo biopsicossocial da deficiência, promovendo uma abordagem mais ampla, integrada e centrada na pessoa. Nesse sentido, o Quadro 7 a seguir apresenta as principais diferenças entre os dois documentos.

Quadro 7 – Comparativo das Diretrizes da RCPD: Evoluções entre as Portarias de 2017 e 2023.

Conteúdo Geral	Principais Diferenças	
	2017	2023
Abordagem e linguagem normativa	Estrutura os objetivos em duas categorias (gerais e específicos) com foco operacional e assistencialista, centrado na ampliação do acesso, reabilitação e oferta de recursos como órteses e próteses. A linguagem é mais técnica e voltada à organização da assistência (Art. 3º e Art. 4º).	Apresenta um texto mais robusto, com linguagem mais alinhada aos direitos humanos, ao modelo biopsicossocial e aos marcos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. A estrutura foi unificada e expandida, reunindo os objetivos de forma integrada (Art. 4º).
Enfoque do cuidado	Foco majoritariamente na reabilitação, com menções a cuidados específicos (auditivo, físico, intelectual, visual, etc.) e ações pontuais como prevenção na infância ou ampliação de OPM (Art. 4º/Inciso I, II e III).	Amplia-se o escopo para cuidado integral, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos, refletindo uma perspectiva mais ampla da atenção à saúde (Incisos I e II).
Inclusão social e cidadania	Tentativa de integração com áreas como trabalho, renda e moradia, mas com menos detalhamento conceitual (Art. 4º/Inciso IV).	Reforça a autonomia, independência e inclusão social como objetivos centrais, com forte articulação intersetorial, indo além da saúde para considerar a participação social plena (Incisos IV, VI e VIII).
Produção e disseminação de informações	Foca na produção de materiais informativos como cadernos, cartilhas e manuais (Art. 4º/Inciso VII).	Amplia para orientações sobre direitos, defesa da saúde e enfrentamento ao capacitismo, com destaque para a promoção da cultura de paz (Inciso IX).
Educação e formação profissional	Menciona a importância da formação de profissionais (Art. 4º/Inciso V).	Avança ao tratar de formação, qualificação e educação permanente, com mais ênfase na articulação interinstitucional e no modelo biopsicossocial (Inciso VII).
Monitoramento e avaliação	Destaca a construção de indicadores (Art. 4º/Inciso IX).	Fomenta propostas de ferramentas de avaliação da qualidade e resolutividade, com uma visão mais sistêmica da gestão dos serviços (Inciso XI).

Inclusão de temas contemporâneos	Não apresenta	Aborda explicitamente o enfrentamento ao capacitismo e às violências visíveis e invisíveis, refletindo avanços na compreensão das múltiplas formas de exclusão vividas pelas pessoas com deficiência (Inciso XII).
----------------------------------	---------------	--

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2017²) e Brasil (2023¹).

Como observado, em ambas as portarias, diversas responsabilidades são impostas aos profissionais atuantes nos pontos de atenção à saúde da rede. No entanto, é importante destacar que as instituições gestoras precisam incentivar a qualificação profissional para o aperfeiçoamento das práticas através de processos educativos que permitam tais profissionais estarem preparados para prestar assistência adequada aos diferentes públicos, inclusive para as pessoas com deficiência (Krug *et al.*, 2021).

Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.526/2023, a implantação da RCPD está estruturada em quatro fases sequenciais que visam organizar, planejar e implementar, de forma coordenada, os serviços e ações voltados ao cuidado integral das pessoas com deficiência no âmbito do SUS. Essas fases refletem um avanço na sistematização da política, ao articular aspectos de governança, planejamento regional, pactuação federativa e monitoramento. O Quadro 8 a seguir, descreve sinteticamente cada fase operacional, seus componentes e descrição de suas respectivas atribuições, responsáveis e fundamentos normativos.

Quadro 8 – Etapas de operacionalização da RCPD segundo a Portaria GM/MS nº 1.526/2023.

Fase	Componentes	Descrição
Fase I – Criação do Grupo Condutor da RCPD	Objetivo	Instituir instância de governança para coordenação da RCPD.
	Composição	Representantes da Secretaria de Saúde estadual/distrital (coordenação), COSEMS e Ministério da Saúde.
	Atribuições	Coordenar diagnóstico e plano de ação; acompanhar implantação; realizar monitoramento e avaliação; fomentar controle social; estimular fóruns regionais de participação.
	Normas específicas	Aprovação da composição na CIB ou CGSES/DF; não recomendada a coordenação por profissionais que já exerçam funções técnico-gerenciais.
	Instâncias locais	Podem ser criadas e pactuadas com o Grupo Condutor, homologadas pela CIB/CGSES.
	Artigos de referência	Art. 5º, I; Art. 6º; Art. 7º.

Fase II – Diagnóstico da Situação de Saúde e Formulação do Plano de Ação	Objetivo	Subsidiar o planejamento e organização regional da RCPD.
	Elementos do diagnóstico	Análise da situação de saúde (dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais e epidemiológicos).
	Caracterização da rede	Levantamento da força de trabalho, oferta e demanda dos serviços e equipamentos intersetoriais no território.
	Desenho regional da RCPD	Deve seguir as diretrizes de regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI).
	Coordenação	Sob responsabilidade do Grupo Condutor.
	Artigos de referência	Art. 5º, II; Art. 6º, I e II; Art. 8º.
Fase III – Adesão à RCPD pelo ente federativo	Objetivo	Formalizar o compromisso dos entes federativos com a implantação da RCPD.
	Etapas da adesão	Pactuação e homologação do Plano de Ação na CIR e na CIB/CGSES; apresentação ao Ministério da Saúde; formalização nos sistemas oficiais.
	Responsabilidades	Definição das responsabilidades dos entes quanto ao financiamento e execução das ações.
	Artigos de referência	Art. 5º, III; Art. 9º.
Fase IV – Implantação e Acompanhamento da RCPD	Objetivo	Executar o Plano de Ação e consolidar a Rede no território.
	Ações principais	Implementação dos Planos de Ação; contratualização dos pontos de atenção; articulação com equipamentos intersetoriais.
	Gestão e avaliação	Definição de instrumentos e indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação da RCPD.
	Coordenação	Sob responsabilidade do Grupo Condutor, com apoio das instâncias locais (quando existentes).
	Artigos de referência	Art. 5º, IV; Art. 6º, III e IV; Art. 10.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2023¹).

Diante do exposto, podemos verificar as diferenças entre os Artigos 5º das portarias da RCPD, nas versões de 2012/2017 e de 2023, onde houveram mudanças na forma de organização e condução do processo de implantação da rede. Na portaria de 2012, mantida em 2017, a operacionalização da RCPD está estruturada em quatro fases: (I) Diagnóstico e desenho regional da rede; (II) Adesão à rede; (III) Contratualização de serviços; e (IV) Implantação e acompanhamento do Grupo Condutor Estadual da rede (Brasil, 2012; Brasil, 2017²). Essas portarias priorizam a lógica técnica e operativa da implementação, com foco na formalização dos serviços e no desenho territorial da rede.

Em contrapartida, a portaria de 2023 reorganiza essas etapas, conferindo protagonismo à governança desde o início do processo, ao estabelecer como primeira etapa a criação do Grupo

Condutor da RCPD. Em seguida, preconiza a realização do diagnóstico e a formulação do Plano de Ação, a adesão dos entes federativos e, por fim, a implantação e o acompanhamento da rede. Essa nova estrutura amplia a ênfase no planejamento integrado e na articulação interinstitucional, além de reforçar a importância da coordenação política e da participação social na construção da rede, refletindo uma perspectiva mais estratégica, participativa e alinhada ao modelo biopsicossocial da deficiência (Brasil, 2023¹).

Na primeira fase, destacam-se as atribuições do Grupo Condutor da RCPD, competindo-lhe coordenar a elaboração do diagnóstico situacional e a formulação do Plano de Ação em nível estadual ou distrital, além de incentivar a construção dos planos regionais em conformidade com o Planejamento Regional Integrado (PRI) e outros instrumentos de gestão. Também é de sua responsabilidade acompanhar, monitorar e avaliar a implantação da RCPD, promover a participação das pessoas com deficiência nos espaços de controle social e estimular a criação de fóruns que favoreçam espaços coletivos, diversos e democráticos de participação cidadã no processo de implementação da rede (Brasil, 2023¹).

A segunda fase de operacionalização da rede – Diagnóstico da Situação de Saúde e Formulação do Plano de Ação – foi pautada em ações principais e primordiais, sendo elas: coordenar a elaboração do diagnóstico situacional e do Plano de Ação Estadual ou Distrital, além de estimular a construção dos planos regionais em conformidade com o PRI e demais instrumentos de gestão. Também lhe cabe acompanhar, monitorar e avaliar a implantação da rede, bem como fomentar a participação das pessoas com deficiência nos espaços de controle social e incentivar a criação de fóruns voltados à construção de espaços coletivos e plurais de participação cidadã no processo de implementação da RCPD (Brasil, 2023¹).

Destaca-se que o conhecimento das necessidades populacionais permite a produção de ações mais efetivas nos serviços de saúde e como resposta exercem forte atuação na resolubilidade, eficiência e integralidade do cuidado (Santos; Friche; Lemos, 2021).

A terceira fase indica que a adesão dos entes federativos à RCPD ocorre por meio da pactuação e homologação do Plano de Ação, seja em nível estadual, distrital ou regional, nas instâncias intergestoras competentes, com definição das prioridades e das responsabilidades quanto ao financiamento compartilhado entre os entes federados. Após essa etapa, os planos devem ser apresentados ao Ministério da Saúde conforme as orientações técnicas disponíveis, sendo necessário, ainda, formalizar as solicitações de implantação e implementação da rede nos sistemas oficiais do órgão federal (Brasil, 2023¹).

Por fim, a implantação e o acompanhamento da RCPD no território envolvem a execução dos Planos de Ação pactuados em âmbito estadual, distrital ou regional, incluindo a

contratualização dos pontos de atenção sob responsabilidade dos entes federativos. Esse processo requer, ainda, a articulação entre os serviços de saúde e os equipamentos intersetoriais presentes no território, além da definição de instrumentos e indicadores que possibilitem o planejamento, monitoramento e avaliação contínua da rede (Brasil, 2023¹).

Os processos avaliativos da rede são um forte potencial para tomada de decisões corretas, uma vez que se esclarecendo as falhas, condutas errôneas e demais nós críticos, pode-se sugerir mudanças com impactos positivos. No contexto brasileiro, existe uma tensão constante entre os diversos atores envolvidos nas RAS já que convivem com a discussão cooperação-competição entre os entes federados e entre estes e os prestadores de serviços (Medeiros; Gerhardt, 2015; Dias; Friche; Lemos, 2020).

O Artigo 10 – A da Portaria GM/MS nº 1.526/2023 estabelece as competências para cada uma das esferas envolvidas no processo de operacionalização da RCPD. O Quadro 9 abaixo descreve tais responsabilidades:

Quadro 9 – Competências das esferas envolvidas no processo de operacionalização da RCPD.

Esferas	Competências
Município por meio da Secretaria de Saúde Municipal	- Implementar e coordenar as ações da RCPD no âmbito municipal; - Realizar a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob gestão municipal, incluindo a responsabilidade pelo financiamento e observando as pactuações estabelecidas nas instâncias intergestores; - Regular o acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, conforme pactuação na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando aplicável, e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); - Promover a articulação e integração entre os pontos de atenção à saúde e os demais equipamentos sociais presentes no território; - Realizar o monitoramento e a avaliação da Rede no contexto municipal.
Estado por meio da Secretaria de Saúde Estadual	- Designar membros titular e suplente para a coordenação do Grupo Condutor da RCPD; - Coordenar o Grupo Condutor, conforme diretrizes do art. 7º da portaria; - Garantir os meios necessários para o funcionamento do Grupo Condutor; - Contratualizar os pontos de atenção à saúde sob gestão estadual, com financiamento e pactuação intergestores; - Articular e integrar os pontos de atenção à saúde com os demais equipamentos sociais; - Realizar o monitoramento e a avaliação da RCPD no território estadual, de forma regionalizada; - Implementar e financiar os pontos de atenção sob gestão estadual;

	- Oferecer apoio técnico e institucional aos municípios e regiões de saúde nos processos de gestão, planejamento, execução, financiamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde; - Regular o acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos e estratificação de risco, pactuados nas instâncias intergestoras (CIR, CIB ou CGSES/DF).
União por meio do Ministério da Saúde	- Apoiar financeiramente os pontos de atenção sob gestão municipal, estadual e distrital para a implantação e implementação da RCPD; - Oferecer suporte técnico e institucional aos Grupos Condutores da RCPD no cumprimento de suas atribuições; - Realizar o monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo o território nacional; - Desenvolver e implementar Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado, Protocolos Clínicos, Diretrizes Terapêuticas e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas voltadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Brasil (2023^a).

Diante do exposto, percebe-se que a construção da RCPD depende da ação coletiva de diversos atores que constituem diferentes instâncias e que possuem distintas responsabilidades. Isso exige que a RCPD seja planejada e articulada de forma a proporcionar a distribuição igualitária dos serviços de saúde, financiamento adequado e integração com os demais pontos de atenção, garantindo a integralidade da assistência às pessoas com deficiência (Medeiros; Gerhardt, 2015).

4.4.1 Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Por muito tempo, a visão que se tinha sobre a pessoa com deficiência era que suas necessidades de saúde eram voltadas para a reabilitação, restringindo, muitas vezes, o seu cuidado em outros níveis de atenção à saúde. A proposta da rede vem romper esse paradigma, uma vez que coloca o cuidado à saúde da pessoa com deficiência sob a responsabilidade de todos os pontos de atenção à saúde, compreendo que as necessidades de saúde destes vão além das específicas da sua própria condição (Campos; Souza; Mendes, 2015; Santos; Friche; Lemos, 2021).

Diferente dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, o modelo em rede deve prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida, através da organização de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde que estabeleçam os processos e os fluxos do cuidado (Mendes, 2011; Campos; Souza; Mendes, 2015).

Diante do exposto, é preconizado que a organização da RCPD se estabeleça através de três componentes principais de níveis de atenção à saúde, sendo eles: Atenção Primária à Saúde

(APS), Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência (Brasil, 2023¹).

Embora organizados em níveis distintos, é importante destacar que os componentes descritos acima devem ser articulados em si e entre si, no intuito de favorecer ao acesso articulado e regulado aos serviços, com garantia da equidade na atenção à saúde, culminando assim, no cuidado integral ao usuário da rede (Machado *et al.*, 2018).

Para favorecer ainda mais o cuidado na saúde, é necessário que os serviços estejam atentos às especificidades dos seus usuários, em específico ao público com deficiência, garantindo a acessibilidade, a comunicação adequada, manejo clínico, medidas de prevenção de perda funcional, como também medidas de compensação da função perdida e manutenção da função atual (Brasil, 2012; Dias; Friche; Lemos, 2019).

O primeiro componente da RCPD – APS – é referido pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com o: acesso a cuidados de saúde abrangentes; vigilância em saúde; promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos; e assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos, por meio de atenção integral e cuidado multiprofissional (Brasil, 2023¹).

Esse primeiro ponto de atenção da rede possui papel fundamental, visto que a alta qualidade dos serviços de APS auxilia no alcance de uma maior eficiência e equidade de atenção, favorecendo a melhores resultados em saúde. Essa alta qualidade envolve reorganizações nos serviços de saúde pautadas nas necessidades e preferência das pessoas, tornando-os mais adequados socialmente, mais responsivos, capazes de produzir melhores resultados sanitários (Mendes, 2011; Rodrigues *et al.*, 2021).

No Brasil, a APS executa papel central na RAS como porta de entrada da rede e centro regulador (ordenação de fluxos e contrafluxos dos usuários, produtos e componentes da rede), no entanto, esse papel a ser desempenhado deve ser orientado em seus princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2017²; Mendes, 2011; Pereira; Machado, 2016).

Na RCPD as responsabilidades da APS são direcionadas através de ações estratégicas para disseminação do acesso e qualificação da atenção à pessoa com deficiência com vistas ao alcance da integralidade do cuidado. Entre suas atribuições, destacam-se a identificação e o registro das pessoas com deficiência no território, a detecção precoce de deficiências por meio da qualificação do pré-natal e da atenção à primeira infância, bem como o acompanhamento de recém-nascidos de alto risco até os dois anos de idade. Além disso, compete à APS oferecer suporte às famílias, desenvolver ações de educação em saúde com foco na prevenção de agravos

e no letramento anticapacitista, implantar linhas de cuidado e protocolos clínicos, e promover programas comunitários voltados à inclusão e à melhoria da qualidade de vida (Brasil, 2023¹).

A despeito das ações estratégicas propostas, alguns desafios podem ser elencados para a prestação do cuidado adequado para a pessoa com deficiência, como a falta de qualificação profissional, falta de infraestrutura nas unidades, sobrecarga de trabalho diária, não-conhecimento da rede específica, número reduzido de serviços de saúde em outros níveis de atenção para referência, entre outros (Amorim; Liberali; Medeiros *neta*, 2018).

Quando associamos tais desafios a particularidades territoriais de alguns municípios, como por exemplo, de pequeno e médio porte, à prestação do cuidado em saúde à pessoa com deficiência pode apresentar ainda maiores dificuldades e fragmentação. Esses municípios podem apresentar desequilíbrios relacionados com a disponibilidade de serviços e profissionais da saúde, ficando na dependência externa de municípios maiores para suprir demandas ausentes em seu território (Medeiros; Gerhardt, 2015).

Neste contexto, ao refletir sobre o cuidado prestado desse nível de atenção à saúde ao público com deficiência, em suas práticas de promoção à saúde e assistência, surgem dúvidas sobre a real efetivação desse cuidado, se existem barreiras o impedem de ser concretizado de forma integral e se a divisão territorial garante sua integralidade (Amorim; Liberali; Medeiros *Neta*, 2018; Rodrigues, *et al.*, 2021).

O segundo componente – Atenção Especializada Ambulatorial – possui como pontos de atenção os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas. Esse arcabouço de serviços voltados para atenção especializada é fundamental para proporcionar ao indivíduo o cuidado integral, possibilitando o tratamento adequado e visando novas habilidades, manutenção e retardamento de danos em saúde, favorecendo ao enfrentamento dos obstáculos cotidianos (Machado *et al.*, 2018).

Esses serviços, no âmbito da RCPD, devem atuar como referência regulada para o cuidado às pessoas com diferentes tipos de deficiência, se consolidando como espaços centrais nos processos de habilitação e reabilitação, estendendo o cuidado também aos familiares, cuidadores e acompanhantes. Compete a esses pontos de atenção a construção compartilhada, junto à pessoa com deficiência e à APS, de Projetos Terapêuticos Singulares, fundamentados em avaliações multidisciplinares e centrados na funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Também devem atuar na articulação de fluxos e protocolos de cuidado contínuo e coordenado entre os diferentes pontos da rede (Brasil, 2023¹).

Destaca-se que esse componente contará com transporte sanitário adaptado, visando assegurar o deslocamento das pessoas com deficiência, acompanhadas por familiar, cuidador ou acompanhante, até os pontos de atenção da rede, especialmente nos casos em que não há condições de mobilidade ou acessibilidade pelos meios de transporte convencionais (Brasil, 2023¹). A garantia dos sistemas de transportes em saúde são respostas logísticas necessárias para o acesso aos pontos de atenção à saúde dentro das RAS, onde sua ausência suscita uma importante barreira aos cuidados em saúde (Santos; Friche; Lemos, 2021).

Embora a constituição das diretrizes e estratégias da rede para os serviços especializados, um desafio exposto é referente à constituição e estabilidade das equipes multiprofissionais. A permanência dessas equipes pode ser afetada devido à vulnerabilidade dos vínculos empregatícios, baixa remuneração, restrições financeiras dos municípios e até mesmo as concorrências regionais na busca por contratação de profissionais da saúde para suprir demandas populacionais, tornando-se um gargalo para os gestores do SUS (Santos; Friche; Lemos, 2021).

Além dos componentes citados, destacam-se os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, sendo unidades ambulatoriais especializadas, podendo atuar em uma única modalidade de reabilitação ou como Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente com Transtorno do Espectro Autista. Inicialmente, essa habilitação se aplica às unidades já existentes na data de publicação da portaria, sendo permitida a inclusão de novos serviços apenas de forma excepcional, desde que prevista no Planejamento Regional Integrado (PRI), pactuada no Plano de Ação da RCPD e aprovada nas instâncias intergestores e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2023¹).

Já os CER, são serviços responsáveis por realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, configurando-se como referências regionais. Esses centros podem ser categorizados de acordo com a quantidade de modalidades de reabilitação ofertadas: o CER II, com duas modalidades; o CER III, com três; e o CER IV, que contempla as quatro modalidades — auditiva, física, intelectual e visual (Brasil, 2023¹).

Sendo assim, o CER se tornou ponto estratégico na qualificação, regulação e padrões essenciais para a prestação da assistência à saúde das pessoas com deficiência, favorecendo o acolhimento de diferenças e humanização dos cuidados (Campos; Souza; Mendes, 2015).

É preconizado na portaria que os atendimentos realizados pelo CER sejam direcionados de forma articulada com os demais pontos de atenção. Entretanto, a realidade brasileira dos serviços de reabilitação é muitas vezes caracterizada pela fragmentação e descontinuidade assistencial devido algumas fragilidades encontradas, tais como: debilidade na articulação entre

as instâncias gestoras, ausência da visão integral do profissional e usuário, falta de um sistema de informação efetivo que proporcione tomadas de decisões corretas, entre outras (Machado *et al.*, 2018; Ribeiro *et al.*, 2010).

Diante da condição de saúde bucal das pessoas com deficiência, verificou-se a necessidade de adequação dos serviços públicos de saúde no Brasil e ampliação do seu acesso, uma vez que se apresentava como uma prestação de assistência falha devido a não qualificação dos profissionais, espaço inadequado para o atendimento e por questões sociais embaladas pelas condições financeiras desse público, foi pensado dentro da RCPD os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO (Condessa *et al.*, 2020).

Como resposta a situação supracitada, o CEO, enquanto estabelecimento voltado ao atendimento odontológico especializado, tem como atribuição, no contexto da RCPD, qualificar, ampliar e fortalecer o cuidado às pessoas com deficiência, considerando suas especificidades e necessidades nas especialidades ofertadas, conforme previsto nas normativas vigentes do Ministério da Saúde (Brasil, 2023¹).

Embora haja um direcionamento qualificado para saúde bucal, Machado *et al.*, (2018) colocam como fator preocupante as dificuldades diárias encontradas pelas equipes dos CEO em prestar atendimento adequado ao público com deficiência. Tal questão se deve ao fato de que muitos serviços não apresentam estrutura adequada, à carência de materiais e indisponibilidade de alguns equipamentos de alta complexidade, o que impossibilita a resolução de alguns problemas e à sobrecarga ao serviço hospitalar para atender estas demandas.

As dificuldades apresentadas induzem ao desgaste das famílias e das pessoas com deficiência que buscam o atendimento e muitas vezes permanecem sem solução dentro da rede, indo e vindo sem conseguir o tratamento odontológico que necessitam (Machado *et al.*, 2018).

O último componente da atenção especializada ambulatorial, as Oficinas Ortopédicas são serviços destinados a garantir o acesso das pessoas com deficiência às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), podendo ser estruturadas de forma fixa ou itinerante. As unidades itinerantes, que podem operar por via terrestre ou fluvial, são adaptadas para realizar atividades de confecção, adaptação, manutenção e entrega de OPM, preferencialmente vinculadas a oficinas fixas. Tais oficinas devem estar articuladas a serviços de reabilitação física, seja em modalidade única ou como parte de um CER, com o objetivo de ampliar o acesso à tecnologia assistiva (Brasil, 2023¹).

Como debatido no início do subtópico, embora cada serviço da atenção especializada ambulatorial tenha suas atividades a serem desempenhadas é imprescindível que os mesmos sejam articulados entre si e entre os demais componentes da rede, garantindo a integralidade do

cuidado e apoio qualificado às demandas das pessoas com deficiência (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Por fim, no último componente da RCPD, a Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência, destacam-se responsabilidades como a instituição de equipes de referência em reabilitação para a identificação e intervenção precoce das deficiências, bem como a promoção da alta responsável, qualificada e articulada com os demais pontos da rede. Além disso, são diretrizes o fortalecimento do acesso a leitos de reabilitação hospitalar, a ampliação do atendimento regulado em hospitais especializados em reabilitação, e a qualificação da atenção odontológica em situações de urgência e emergência, inclusive com estrutura adequada para procedimentos sob sedação ou anestesia geral. Também se incluem esforços para evitar ou abreviar internações por meio da atuação das equipes de Atenção Domiciliar, sempre que disponíveis (Brasil, 2017²; Brasil, 2023¹).

É importante destacar a necessidade deste ponto de atenção à saúde conhecer os demais serviços e se reconhecer como parte integrante da rede, pois o desconhecimento pode comprometer a prestação da assistência no formato integral ao usuário com deficiência, não assumindo o seu papel dentro da RCPD (Machado *et al.*, 2018).

Por fim, a nova regulamentação da RCPD estabelece critérios claros para o financiamento das ações no âmbito da atenção especializada ambulatorial. Foram definidos valores mensais específicos para custeio de serviços como os CER, Oficinas Ortopédicas, CEO, Núcleos para TEA e transporte sanitário adaptado. Além disso, a Portaria prevê recursos de investimento destinados à construção, reforma e aquisição de equipamentos, condicionados à pactuação nos Planos de Ação e ao cumprimento de requisitos técnicos. Essas medidas visam ampliar o acesso, garantir a qualidade do cuidado e fortalecer a estrutura da RCPD nos territórios (Brasil, 2023¹).

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

5.1.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, realizado em paralelo com uma investigação qualitativa com base nas informações manifestas dos atores envolvidos e uma

análise documental. Sendo assim, configurou-se como uma abordagem mista, com aspectos tanto quantitativos quanto qualitativos (Ribeiro *et al.*, 2021).

É importante destacar que o uso de métodos e técnicas de pesquisas combinados visa à interação e complementaridade dos resultados, invalidando suas oposições. Dessa forma, lacunas podem ser preenchidas e a coleta de informações em determinada área pode ser ampliada (Minayo, 2010).

5.1.2 Cenário Geral da Pesquisa: o projeto Redecin Brasil

Esta tese foi elaborada a partir dos dados de um projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil”. O projeto mencionado foi contemplado na Chamada do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na Linha 1 - Estudos sobre grau de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD N° 35/2018.

O estudo contou com a representatividade das 05 regiões geográficas do Brasil, sendo partícipes os estados: da Paraíba e Bahia (região Nordeste); do Amazonas (região Norte); Mato Grosso do Sul (Centro-oeste); de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo (região Sudeste); e do Rio Grande do Sul (região Sul).

Durante o processo de construção metodológica, foi possível perceber entre as regiões brasileiras, algumas diferenças sobre a definição organizativa do espaço territorial para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para alguns o espaço territorial era definido como regiões de saúde e outros como macrorregião de saúde, sendo assim, foi respeitado em cada área a sua definição.

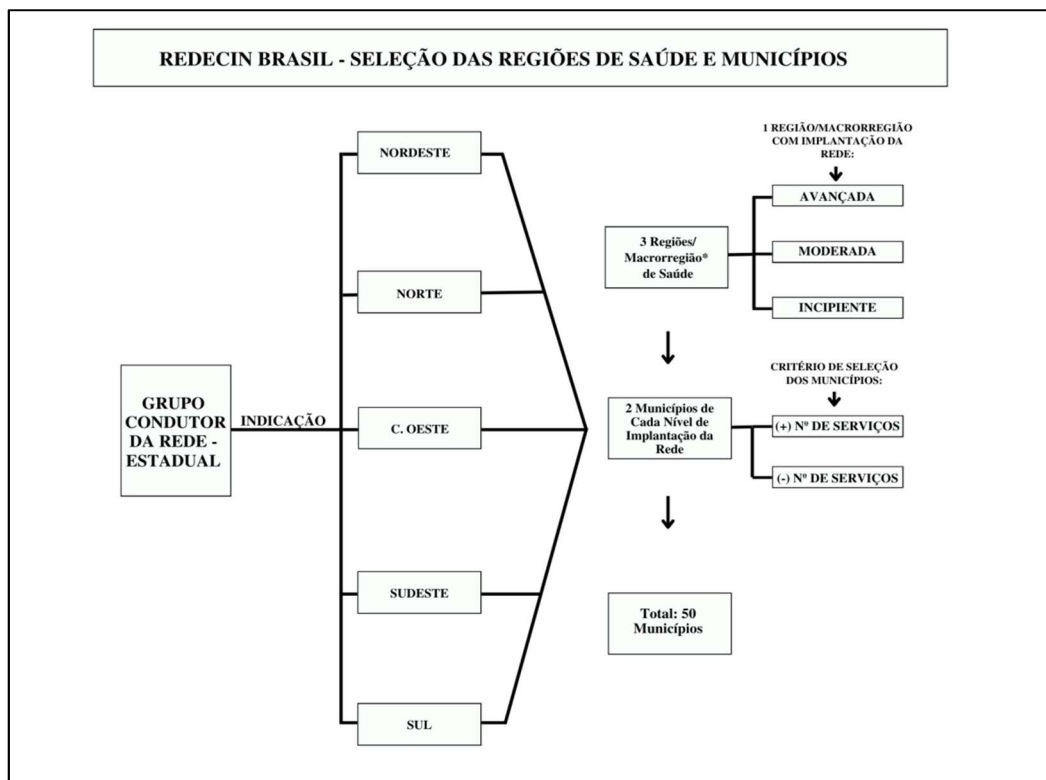
Reconhecendo a importância do Grupo Condutor da RCPD nos Estados e seu maior conhecimento atual sobre o funcionamento da rede, foi solicitado que o grupo indicasse três regiões/macrorregiões que poderiam fazer parte da coleta de dados, no entanto, foram orientados, na perspectiva de alcançar uma maior diversidade nas informações sobre a rede temática em foco, que as regiões/macrorregiões escolhidas dentro de cada estado fossem, de acordo com a percepção dos mesmos, de diferentes níveis de implantação: incipiente, moderada e avançada.

Em cada uma das regiões/macrorregiões de saúde indicadas, os Grupos Condutores Estaduais da rede realizaram a escolha de dois municípios em cada uma de acordo com o

critério: (I) um município com maior concentração de pontos de atenção à saúde de acordo com a portaria da RCPD e (II) outro com uma menor quantidade desses pontos. Além dessas considerações, foi definido também que umas das regiões/macrorregiões escolhidas deveriam contemplar a capital de cada estado participante.

De acordo com os critérios estabelecidos, foram incluídos em cada Estado seis municípios indicados pelos Grupos Condutores Estaduais da RCPD, exceto na Região Centro-Oeste, onde a coleta foi realizada nas quatro regiões de saúde existentes, adicionando mais dois municípios na amostra. Sendo assim, o estudo macro contou com a participação total de 50 municípios brasileiros, como apresenta a Figura 1.

Figura 1 – Seleção das Regiões/Macrorregiões de Saúde da pesquisa majoritária Redecin Brasil.



Fonte: Elaboração Própria, segundo Ribeiro *et al.* (2021).

**Região Centro-oeste contou com a participação de 04 Regiões de Saúde.*

A coleta dos dados da pesquisa Redecin Brasil incluiu questionários aplicados com profissionais/gerentes da Atenção Primária à Saúde (APS) e de Centros Especializados em Reabilitação (CER), além de entrevistas com atores chaves da rede específica e responsáveis dos pontos de atenção à saúde incluídos na RCPD, sendo eles: Integrantes dos Grupos Condutores Estaduais e Municipais da rede em questão, Área Técnica da Pessoa com

Deficiência, Coordenadores Municipais da APS, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, e Serviços de Saúde Bucal.

Para a obtenção dos dados quantitativos referentes à aplicação dos questionários aos trabalhadores da APS, utilizou-se de um plano de amostragem estratificada por estado. O conjunto escolhido para o sorteio foi constituído por oito estratos, representando o quantitativo de Estados envolvidos na pesquisa.

A seleção da amostra foi realizada 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). Portanto, foi necessário considerar a seguinte notação:

- $N \rightarrow$ Número total de profissionais da população-alvo;
- $H \rightarrow$ Número de estratos (este estudo, $H=8$);
- $N_h \rightarrow$ Número de profissionais no estrato h ;
- $W_h = \frac{N_h}{N} \rightarrow$ Peso ou proporção do estrato h na população total;
- $n_h \rightarrow$ Número de profissionais a serem selecionados do estrato h (tamanho da amostra no estrato h);
- $p_h \rightarrow$ Percentual referente ao número de habitantes do estrato h ;
- $d \rightarrow$ Margem de erro considerada na estimação de percentuais. Para esta pesquisa foi definida uma margem de erro igual a 1,5% (0,015), para mais ou para menos;
- $z \rightarrow$ Valor tabelado da distribuição normal considerando o nível de confiança. Neste trabalho utilizou-se um nível de confiança de 95%, logo $z = 1,96$.

Para o cálculo da amostra, foi necessário elencar duas informações dos estratos: (I) Número de profissionais cadastrados nos municípios; e (II) Número de habitantes dos estados e municípios de interesse. Informações sobre o tamanho populacional dos Estados foi referenciada através do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o quantitativo de profissionais através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Dessa forma, o tamanho da amostra para toda a população foi calculado da seguinte forma:

$$n = \frac{A}{B},$$

Em que:

$$A = \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) p_h(1 - p_h) \quad B' = \frac{d^2}{z^2} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) p_h(1 - p_h)$$

Com o cálculo do tamanho da amostra para toda a população, calculou-se posteriormente o tamanho da amostra para cada estrato de interesse e para cada município baseando-se na alocação proporcional segundo o tamanho dos estratos, sendo dado através da seguinte expressão numérica:

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N},$$

Com o tamanho da amostra proporcional, foi realizado um levantamento das Unidades Básicas de Saúde dos municípios e conferida uma amostragem aleatória simples. Caso houvesse algum problema na coleta em determinado local de saúde, era realizado um novo sorteio para compor o rol de unidades selecionadas para coleta.

Através do cálculo amostral e considerando a população residente nos estratos, foi definido um total de 1.709 profissionais respondentes, com margem de erro de 1,5% e 95% de nível de confiança (Ribeiro *et al.*, 2021). Na pesquisa geral, a amostra alcançada foi de 1.555 profissionais da atenção básica, pois o período de coleta envolveu desafios ocasionados pela pandemia de COVID-19, representando cerca de 91% da amostra projetada.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a descrição dos procedimentos metodológicos adotados neste estudo, destaca-se, para a presente tese, a utilização de dados provenientes de questionários aplicados aos profissionais da APS na análise quantitativa. Já a análise qualitativa baseou-se nas entrevistas aos gestores conduzidas nos municípios selecionados conforme o escopo da pesquisa. Os detalhes específicos de cada abordagem são apresentados nos subitens a seguir, sendo esses utilizados para as propostas dos artigos elaborados com base na tese.

5.2.1 Delineamento do Estudo Quantitativo

5.2.1.1 População e Amostra

A partir dos 50 municípios selecionados na pesquisa Redecin Brasil, levou-se em consideração para o presente estudo a divisão de municípios em relação ao primeiro indicativo de seleção do Grupo Condutor Estadual da RCPD: o quantitativo dos pontos de atenção à saúde da RCPD. Com base nesse critério os municípios foram agrupados da seguinte forma: municípios com menor quantidade de pontos de atenção à saúde, totalizando metade da amostra; e pelos municípios com o maior quantitativo de pontos de atenção à saúde, compreendendo 25 municípios.

Com a formação dos grupos, os municípios pertencentes a cada grupo passaram por um processo de classificação, de acordo com seu porte populacional (número total de habitantes).

Para a classificação dos municípios segundo o porte populacional, o presente estudo optou por seguir uma abordagem similar conforme os autores Calvo *et al.* (2016) e Willemann *et al.* (2019), que em suas pesquisas de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho da saúde classificaram os municípios selecionados de acordo com o Quadro 9:

Quadro 10 – Definição utilizada para classificação do porte populacional dos municípios selecionados no estudo na segunda etapa de seleção.

Porte Populacional	Número de Habitantes
Pequeno Porte	Menos de 25 mil
Médio Porte	Entre 25 mil e 100 mil
Grande Porte	Mais de 100 mil

Fonte: (Calvo *et al.*, 2016; Willemann *et al.*, 2019).

Em virtude dos municípios de pequeno e médio porte serem o alvo principal do estudo e possuírem um pequeno quantitativo de profissionais respondentes devido ao processo de amostragem ter levado em consideração o porte populacional, optou-se no presente estudo realizar a junção dessas duas subamostras. Sendo assim, as classificações consideradas foram: Pequeno e Médio (PM) e Grande (G).

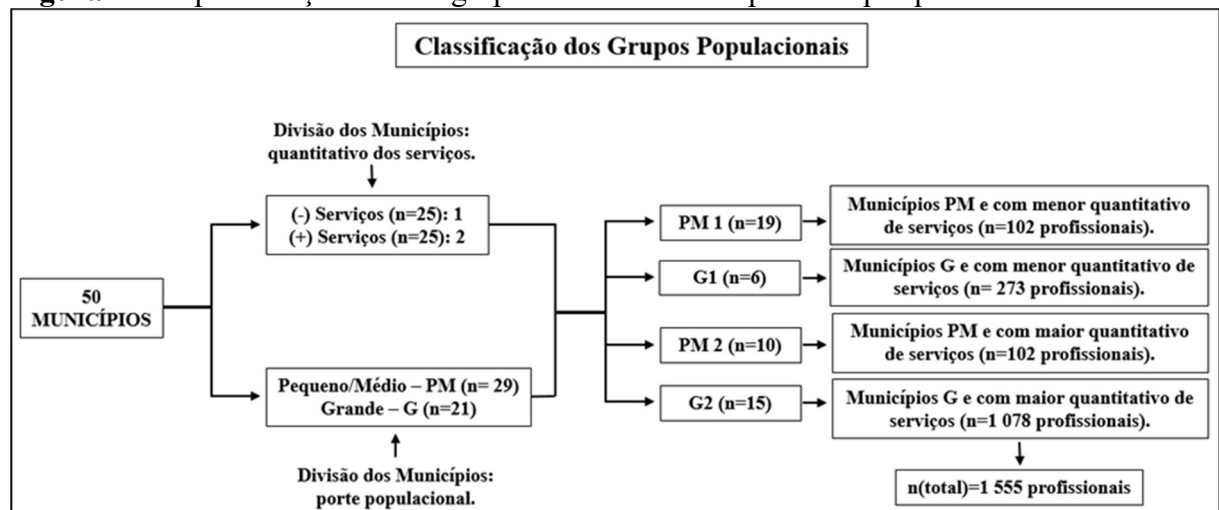
É importante ressaltar que as informações referentes ao número de habitantes nos municípios do estudo partiram dos dados divulgados no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação ao ano de 2010, os quais também subsidiaram o processo de amostragem do projeto Redecin Brasil.

Quando adotado o critério de classificação por porte populacional, dos dois grupos principais surgiram quatro subgrupos de classificação: dois subgrupos (PM1 e G1) pertencentes aos municípios com menor quantitativo de serviços e dois subgrupos (PM2 e G2) pertencentes aos municípios com maior quantitativo de serviços.

Dos 25 municípios pertencentes à menor quantidade de pontos de atenção à saúde, 76,0% se enquadram em municípios de PM1 (n=19) e 24,0% foram classificados como G1 (n=6). Em relação aos municípios com o maior quantitativo de pontos de atenção à saúde, os percentuais passaram a ser: 40,0% municípios de PM2 (n=10) e 60,0% municípios de G2 (n=15).

As informações acima citadas, sobre os subgrupos instituídos no estudo podem ser observadas na Figura 2.

Figura 2 – Representação dos subgrupos estruturados na presente pesquisa.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

A Tabela 1 de referência cruzada apresenta a divisão dos subgrupos de municípios considerados no estudo segundo o quantitativo de pontos de atenção à saúde e o porte populacional (PM e G) com seus respectivos percentuais na amostra.

Tabela 1 – Grupos e subgrupos incluídos na pesquisa segundo o quantitativo de serviços e porte populacional dos municípios.

Quantitativo de Pontos de Atenção à Saúde	Classificação dos Municípios		Total/n
	PM	G	
Menor quantitativo de pontos	19 (76%)/ PM1 ^a	6 (24%)/ G1 ^b	25 (50%)
Maior quantitativo de pontos	10 (40%)/ PM2 ^c	15 (60%)/ G2 ^d	25 (50%)
Total/n	29 (58%)	21 (42%)	50 (100%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

a. PM1= Municípios de pequeno e médio porte com menor quantitativo de serviços;

b. G1= Municípios de grande porte com menor quantitativo de serviços;

c. PM2= Municípios pequeno e médio porte com maior quantitativo de serviços;

d. G2= Municípios de grande porte com maior quantitativo de serviços.

Considerando-se a amostra total do estudo, observou-se que 102 profissionais da APS foram classificados no PM1; 273 respondentes enquadraram-se no G1; outros 102 compuseram o subgrupo PM2; e, por fim, 1.078 profissionais integraram o G2, conforme os critérios previamente estabelecidos para categorização dos participantes.

A coleta de dados referente a aplicação dos questionários aos trabalhadores da APS foi realizada no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021 sendo solicitado aos respondentes a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme as normas descritas na Resolução N° 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 1).

5.2.1.2 Instrumento para Coleta de Dados: quantitativo

O instrumento elaborado para a coleta de dados da pesquisa geral foi elaborado com base nas atribuições estabelecidas para a APS pela Portaria GM/MS n° 793/2012, posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação n°. 03/2017, no atendimento a esse público em específico. Para alcance dos dados quantitativos referentes às ações realizadas às pessoas com deficiência pelos profissionais de nível superior da APS foi elaborado um questionário estruturado, autoaplicável, onde grande parte das respostas foram estruturadas em uma Escala de Likert (Anexo 2), visando mensurar a frequência com que as ações preconizadas para o cuidado à saúde das pessoas com deficiência eram realizadas.

É importante salientar que a elaboração do instrumento seguiu as recomendações descritas na literatura, buscando redigir questões claras, neutras e adequadas para a população

de estudo escolhida, solidificando a veracidade das informações coletadas (Cummings; Stewart; Hulley, 2003).

O questionário estruturado exclusivamente para os trabalhadores da APS possuiu como objetivo caracterizar o perfil demográfico, de formação e atuação profissional, avaliar do conhecimento sobre a RCPD por parte destes profissionais de saúde, destacando as ações preconizadas na portaria da rede temática em questão a serem realizadas pela APS (Ribeiro *et al.*, 2021).

O questionário (Anexo 2) foi estruturado em duas seções principais: (A) Perfil do profissional e (B) Avaliação do equipamento de saúde. A Seção A reuniu dados relativos ao sexo, data de nascimento, formação profissional, tipo de equipe da APS em que o profissional atua, tempo de experiência nessa esfera de atenção e tempo de vinculação à unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada. A Seção B contemplou questões relacionadas ao conhecimento sobre a RCPD, bem como às ações de saúde desenvolvidas pela equipe da APS direcionadas às pessoas com deficiência no município, conforme apresentado no Quadro 11.

Quadro 11 – Questões referentes à Seção B do instrumento quantitativo de coleta de dados aos profissionais da APS.

Descrição da Questão	Alternativas Indicadas (pontuação)
Q7 - Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município?	Conheço totalmente (4); Conheço parcialmente (3); Conheço superficialmente (2); Não conheço (1).
Q8 - Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q9 - Você realiza a identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
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?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q11 - Você realiza ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q12 - Você participa da criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2);

que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência?	Nunca (1).
Q13 - Você conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência?	Sim, conheço e li (4); Sim, mas apenas vi (3); Sim, mas não li (2); Não conheço (1).
Q14 - Você incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q15 - Você implementa em sua rotina de trabalho estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q16 - Você realiza acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
Q17 - Você apoia e orienta as famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).
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?	Sempre (4); Na maioria das vezes (3); Raramente (2); Nunca (1).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

5.2.1.2.1 Análise da Consistência Interna do Instrumento

Diante da extensa quantidade de questões contidas na Seção B do instrumento, optou-se, neste estudo, pela organização das questões para surgimento de uma única dimensão de ações específicas no cuidado em saúde à pessoa com deficiência.

Para a inclusão ou não das questões na respectiva dimensão de ações em saúde, foram considerados dois critérios principais: (1) a uniformidade das categorias de resposta, que deveriam seguir o mesmo padrão da escala de Likert adotada na maioria das questões, e (2) a pertinência do conteúdo da pergunta, especialmente se o seu contexto envolvia a descrição de uma ação em saúde (prestação e/ou prevenção).

Sendo assim, os itens excluídos da dimensão foram: Q07, Q08, Q12 e Q13. As demais questões da Seção B formaram a dimensão de ações específicas no cuidado em saúde à pessoa com deficiência.

A partir da delimitação das questões do instrumento, foi necessário avaliar a consistência interna do instrumento através do *Alfa de Cronbach*, no intuito de verificar se os conjuntos de questões da dimensão refletem a mesma característica ao qual foi correlacionada, apontando assim a homogeneidade e confiabilidade do instrumento.

O coeficiente chamado *Alfa de Cronbach* é o mais utilizado pelos pesquisadores e reflete o grau de covariância entre os itens de um instrumento, ou seja, quanto maior a soma mais consistente se considera o instrumento. Os resultados do *Alfa de Cronbach* estão situados em valores entre 0 e 1, onde são considerados valores ideais aqueles superiores a 0,70, no entanto, outros autores afirmam que valores entre 0,60 e 0,70 já são considerados satisfatórios (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Hair Junior *et al.*, 2006; Hair Junior *et al.*, 2009).

A Tabela 2 abaixo apresenta classificações quanto aos valores do Alfa, observe:

Tabela 2 – Classificação da consistência interna de um instrumento segundo o *Alfa de Cronbach*.

Valor do Alfa de Cronbach	Classificação da Consistência Interna
Maior que 0,80	Quase perfeito
De 0,80 a 0,61	Substancial
De 0,60 a 0,41	Moderado
De 0,40 a 0,21	Razoável
Menor que 0,21	Pequeno

Fonte: Elaboração própria, segundo Landis e Koch (1977).

Quando calculado o coeficiente *Alfa de Cronbach* para avaliar a consistência interna do instrumento referente à dimensão proposta - ações de saúde voltadas às pessoas com deficiência - o resultado alcançado foi $\alpha=0,809$. De acordo com o valor apresentado, o instrumento alcançou resultado satisfatório, indicando uma boa consistência interna para a dimensão.

5.2.1.3 Análise dos Dados Quantitativos

A amostra foi caracterizada por meio de estatísticas: (I) percentuais para o caso das variáveis qualitativas (estado, sexo do respondente e formação profissional); e (II) estatísticas descritivas para as variáveis quantitativas (média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação e amplitude interquartil).

As informações iniciais apresentadas no tópico Resultados e Discussão foram referentes aos quatro subgrupos (PM1, G1, PM2 e G2) instituídos no estudo conforme apresentado na Figura 2 (p.63).

Para análise das ações em saúde realizadas pela APS, foi calculado um escore referente ao cumprimento das ações a partir da média aritmética simples da pontuação da dimensão avaliada através do *Alfa de Cronbach* (Q9, Q10, Q11, Q14, Q15, Q16, Q17 e Q18), podendo ser a pontuação máxima de 4 pontos e a mínima de 1 ponto. O escore de ações em saúde às pessoas com deficiência realizadas pela APS passou a ser chamado EAS/APS - PcD.

Após a caracterização das variáveis qualitativas e quantitativas, foram testadas inicialmente hipóteses para toda a amostra do estudo, ou seja, sem levar em consideração os subgrupos instituídos. As hipóteses levantadas no primeiro momento envolveram as variáveis qualitativas independentes (estado e formação profissional) e a variável dependente EAS/APS - PcD, conforme apresenta o Quadro 12:

Quadro 12 – Hipóteses testadas segundo o estado, sexo e formação dos profissionais da APS e o EAS/APS - PcD.

Questões Norteadoras	Hipóteses Testadas ^a
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo o estado? VI*: Estados (08 categorias). VD**: EAS/APS - PcD	$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots \mu_8$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \dots \mu_8$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo a formação profissional? VI*: Formação profissional (mais de dois tipos de profissão). VD**: EAS/APS - PcD	$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots \mu_{12}$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \dots \mu_{12}$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. Legenda: ^aForam testadas as medianas entre os grupos.

*VI: Variável independente;

**VD: Variável dependente.

Seguindo a mesma proposta inicial, foram realizados testes estatísticos para verificar se existe diferença no EAS/APS - PcD segundo três questões do instrumento: Q7 (Você conhece a RCPD do seu município?), Q8 (Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza a pessoa com deficiência atende as necessidades e demandas deste público?) e Q13 (Você

conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência). Observe no Quadro 13.

Quadro 13 – Hipóteses testadas segundo Q07, Q08 e Q13 e o EAS/APS - PcD.

Questões Norteadoras	Hipóteses Testadas*
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo Q07? VI*: Q07 (4 categorias de respostas). VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo Q08? VI*: Q08 (4 categorias de respostas). VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo Q13? VI*: Q13 (4 categorias de respostas). VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$ $H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \mu_4$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. Legenda: ^aForam testadas as medianas entre os grupos.

*VI: Variável independente;

**VD: Variável dependente.

Por fim, testes estatísticos específicos foram aplicados levando em consideração os subgrupos instituídos no estudo (PM1, G1, PM2 e G2) e o EAS/APS - PcD, conforme apresenta o Quadro 14. Destaca-se que os resultados das inferenciais dos Quadros 12 e 13 foram descritos no subitem 6.2 (Produto 2 – Cuidado às pessoas com deficiência na APS em municípios brasileiros de diferentes portes populacionais).

Quadro 14 – Hipóteses a serem testadas levando segundo subgrupos (PM1, G1, PM2 e G2) e o EAS/APS - PcD.

Questões Norteadoras	Hipóteses Testadas*
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência entre os subgrupos do estudo? VI*: Subgrupos (PM1, G1, PM2 e G2). VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_{PM1} = \mu_{G1} = \mu_{PM2} = \mu_{G2}$ $H_1: \mu_{PM1} \neq \mu_{G1} \neq \mu_{PM2} \neq \mu_{G2}$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: ANOVA unifatorial (<i>post hoc</i> com Teste t); - Normalidade rejeitada: Teste de Kruskal-Wallis (<i>post hoc</i> com Mann-Whitney).
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência segundo o quantitativo de pontos de atenção à saúde? VI*: Pontos de atenção à saúde (mais ou menos) VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_+ - \mu_- = 0$ $H_1: \mu_+ - \mu_- \neq 0$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: Teste t; - Normalidade rejeitada: Teste de Mann-Whitney.
Existe diferença na realização das ações da APS às pessoas com deficiência em função do porte populacional? VI*: Porte populacional (P/M e G) VD**: EAS/APS - PcD.	$H_0: \mu_{PP/MP} - \mu_{GP} = 0$ $H_1: \mu_{PP/MP} - \mu_{GP} \neq 0$ Teste a ser utilizado (dependerá do resultado de teste de normalidade dos dados): - Normalidade não rejeitada: Teste t; - Normalidade rejeitada: Teste de Mann-Whitney.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. Legenda: ^aForam testadas as medianas entre os grupos.

*VI: Variável independente;

**VD: Variável dependente.

Com base nas informações evidenciadas e buscando responder de forma efetiva o objetivo geral do estudo, optou-se pela proposta de estimação de três modelos de regressão linear múltipla, sendo um modelo geral e dois modelos seguindo o porte populacional estudado (P/M e G). Espera-se que cada modelo proposto funcione como referencial orientador para a análise do desempenho das ações de saúde voltadas às pessoas com deficiência realizadas pela APS, sendo tal desempenho examinado sob três perspectivas distintas.

Os dados coletados foram organizados, importados e analisados por meio do *software Jamovi*, versão 2.6.26, sendo essa uma ferramenta estatística gratuita em meio acadêmico e profissional. Por contar com uma interface acessível e recursos para análises estatísticas, o *Jamovi* permitiu a visualização dos resultados por meio de tabelas e gráficos (que foram

organizados e apresentados no tópico de resultados e discussão), o que contribuiu para uma melhor compreensão e interpretação dos dados resultantes dos testes estatísticos e das regressões lineares múltiplas estabelecidas.

5.2.1.4 Modelagem Estatística

A tomada de decisão pode ser definida como o processo de escolha de uma ação entre várias alternativas disponíveis, com o objetivo de resolver ou prevenir um problema. Esse processo requer uma análise detalhada da situação, levando em consideração todas as possibilidades e avaliando os riscos associados a cada uma delas. A tomada de decisão eficaz depende da capacidade de identificar corretamente o problema, bem como de compreender suas causas e os objetivos a serem alcançados (Morais, 2009).

Morais (2009) destaca que o modelo racional de tomada de decisão organiza-se em quatro etapas principais, que orientam o processo decisório de forma lógica e sistemática. Inicialmente, realiza-se a análise da situação, definem-se o problema e os objetivos, e procede-se ao diagnóstico das causas. Em seguida, são formuladas as alternativas possíveis, buscando-se diferentes opções de solução. A terceira etapa envolve a avaliação das alternativas e a seleção daquela que apresenta melhor adequação às necessidades identificadas. Por fim, a decisão é implementada e monitorada continuamente, permitindo ajustes conforme a evolução dos resultados.

A utilização de modelos de tomada de decisão possibilita aos gestores uma melhor compreensão da estrutura organizacional, bem como das complexas interações presentes nos processos desenvolvidos nesse contexto. Tais modelos oferecem suporte à análise sistêmica das dinâmicas organizacionais, contribuindo para decisões mais fundamentadas e coerentes com os objetivos institucionais. Nesse sentido, torna-se cada vez mais relevante a investigação e o desenvolvimento de modelos que favoreçam a aplicação eficaz de métodos e técnicas voltados à tomada de decisão nas organizações ou serviços (Lousada; Pomim Valentim, 2011).

5.2.1.4.1 Regressão Linear Múltipla

A análise de regressão é uma técnica estatística amplamente utilizada para estimar os valores de uma variável dependente, previamente selecionada pelo pesquisador, com base em valores conhecidos de variáveis independentes. Essa abordagem tem como objetivo identificar

e quantificar a existência de uma relação de dependência estatística entre a variável dependente e uma ou mais variáveis explicativas (Corrar; Paulo; Dias Filho, 2011).

Nesse contexto, a regressão linear múltipla permite examinar a relação entre uma única variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, viabilizando a realização de projeções fundamentadas nessa relação. Para a aplicação adequada dessa técnica, é necessário que a variável dependente seja do tipo métrico e que a relação entre as variáveis seja linear (Corrar; Paulo; Dias Filho, 2011).

Segundo Montgomery, Peck e Vining (2006), o modelo estatístico da regressão linear múltipla com k variáveis independentes pode ser expresso da seguinte forma:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \cdots + \beta_k X_k + \varepsilon_i$$

Em que:

β_0 = é o intercepto de Y (reta de regressão);

β_j = representa os coeficientes de regressão, para $j = 1, \dots, k$, onde k é o número de variáveis explicativas;

ε_i = é o erro aleatório em Y associado à observação i .

Portanto, Y representa a variável dependente, $X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$ são as variáveis independentes, β_j são os parâmetros a serem estimados e ε_i é o termo que representa o resíduo ou erro da regressão. No presente estudo, a variável dependente analisada foi “EAS/APS - PcD”.

O primeiro passo na aplicação do modelo consistiu na seleção e identificação das variáveis como dependente ou independentes, etapa correspondente à especificação do modelo de regressão. A estimação dos parâmetros foi realizada por meio do Método dos Mínimos Quadrados (MMQ), que busca minimizar a diferença entre os valores observados e os valores estimados pelo modelo.

Montgomery, Peck e Vining (2006) descrevem o processo de estimação assumindo $n > k$ observações, em que y_i denota a i -ésima resposta observada, e x_{ij} , denota a i -ésima observação do regressor x_j . Considerando $E(\varepsilon) = 0$, $Var(\varepsilon) = \sigma^2$ e os erros não correlacionados, o valor médio da variável dependente é uma função linear das variáveis explicativas:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \beta_3 x_{i3} + \cdots + \beta_k x_{ik} + \varepsilon_i$$

O objetivo do MMQ é minimizar a Soma dos Quadrados do Resíduos (SQR), dada pela seguinte expressão:

$$SQR = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y})^2$$

Sabendo que:

$$\hat{y}_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \beta_3 x_{i3} + \cdots + \beta_k x_{ik}$$

A expressão da SQR pode ser escrita em função dos coeficientes $\hat{\beta}_j$:

$$SQR = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{\beta}_0 - \hat{\beta}_1 x_{i1} - \hat{\beta}_2 x_{i2} - \hat{\beta}_3 x_{i3} - \cdots - \hat{\beta}_k x_{ik})^2$$

Assim, busca-se encontrar os valores dos parâmetros $\hat{\beta}_0, \hat{\beta}_1, \dots, \hat{\beta}_k$ que minimizam essa soma. De acordo com a literatura da área de regressão, a solução ótima pode ser expressa em notação matricial como:

$$\hat{\beta} = (X'X)^{-1}X'Y$$

Em que $y' = (\gamma_1, \gamma_2, \dots, \gamma_n)$ é o vetor das observações da variável dependente e X é a matriz de ordem $n \times k$ composta pelas observações das variáveis explicativas:

$$X = \begin{bmatrix} 1 & x_{11} & x_{21} & \cdots & x_{k1} \\ 1 & x_{12} & x_{22} & \cdots & x_{k2} \\ 1 & x_{13} & x_{23} & \cdots & x_{k3} \\ 1 & x_{14} & x_{24} & \cdots & x_{k4} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 1 & x_{1n} & x_{2n} & \cdots & x_{kn} \\ 1 & x_{1n} & x_{2n} & \cdots & x_{kn} \end{bmatrix}$$

O resíduo $e_i = y_i - \hat{y}_i$ representa a diferença entre o valor observado y_i e o valor ajustado $\hat{y}_i$. Em notação matricial:

$$e = y - \hat{y}$$

A avaliação da qualidade do ajuste do modelo pode ser realizada por meio de três indicadores, conforme Levine *et al.* (2008): o coeficiente de determinação múltipla (r^2), o r^2 ajustado e o teste F .

O coeficiente de determinação múltipla é definido como a razão entre a soma dos quadrados da regressão ($SQReg$) e a soma total dos quadrados ($SQTot$):

$$r^2 = \frac{SQReg}{SQTot}$$

Esse coeficiente indica a proporção da variação em Y explicada pelas variáveis independentes.

Já o r^2 ajustado leva em consideração o número de variáveis independentes no modelo e o tamanho da amostra, sendo calculado por:

$$r^2 = 1 - \left[(1 - r^2) \frac{n - 1}{n - k - 1} \right]$$

Onde k representa o número de variáveis independentes no modelo.

A significância global do modelo é testada por meio do teste F , cuja estatística é dada pela razão entre a média dos quadrados de regressão ($MQReg$) e a média dos quadrados dos resíduos ($MQRes$).

$$F = \frac{MQReg}{MQRes}$$

Em que:

F = estatística do teste, a partir de uma distribuição F com k e $n - k - 1$ graus de liberdade;

k = é o número de variáveis independentes.

As hipóteses para F são:

$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_k = 0$, não há relação linear entre a variável dependente e as variáveis independentes.

H_1 : Ao menos um $\beta_j \neq 0$, para $j = 1, 2, \dots, k$, existe relação linear entre a variável dependente e ao menos uma das variáveis independentes.

A decisão é tomada com base no nível de significância α : rejeita-se H_0 se $F > F_{S(k, n-k-1)}$, ou se o p – valor for inferior a α . Caso contrário, não se rejeita H_0 (Levine *et al.*, 2008).

É necessário, a partir da estimação do modelo, verificar os pressupostos do modelo de regressão, visto sua importância na garantia que os resultados do modelo sejam válidos e confiáveis. Destacam-se como pressupostos da regressão linear múltipla: (I) linearidade, (II) independência dos resíduos, (III) homocedasticidade e (IV) normalidade dos resíduos.

O pressuposto da (I) linearidade afirma que a relação entre a variável dependente Y (escore de ações) e cada variável independente X deve ser linear, ou seja, o efeito X sobre Y deve ser constante. Para verificação desse pressuposto, pode-se utilizar os diagramas de dispersão e análise dos resíduos versus valores preditos.

De acordo com Moore e McCabe (1999), a análise dos resíduos deve ser conduzida após a estimação do modelo, sendo recomendada a construção de gráficos dos resíduos em relação aos valores preditos de Y e também em relação a cada uma das variáveis independentes. Essa análise tem como objetivo identificar a presença de *outliers*, observações influentes, indícios de não linearidade e outros comportamentos atípicos que possam comprometer a validade do modelo.

Para verificar a suposição de (II) independência dos resíduos, é argumentado que o efeito de uma observação de X é nulo sobre as observações seguintes, de modo que a variável dependente Y é afetada exclusivamente pela respectiva variável X considerada no modelo. A violação desse pressuposto pode ocorrer devido a fatores como viés de especificação, a omissão de variáveis relevantes, manipulação inadequada dos dados, entre outros. O diagnóstico de independência dos resíduos pode ser realizado manuseio dos dados, dentre outras. O diagnóstico da independência dos resíduos pode ser realizado por meio da inspeção de gráficos de resíduos ou da aplicação de testes estatísticos específicos, como o teste de *Durbin-Watson* (Corrar *et al.*, 2011).

A (III) homocedasticidade se define como a dispersão homogênea das ocorrências de Y em relação a cada observação de X , sendo assim, os erros devem ter variância constante para todos os valores de Y . Diversos fatores são indicados como causas da heterocedasticidade, dentre eles: a existência de diferenças em dados particionados em tempo, a presença de *outliers* e erros de especificação de variáveis do modelo. Para verificação da suposição de

homocedasticidade utiliza-se a análise gráfica dos resíduos, por meio do diagrama dos valores ajustados em relação aos resíduos padronizados. A hipótese de homocedasticidade não é rejeitada quando os resíduos se distribuem de forma aleatória no gráfico, sem apresentar padrões sistemáticos (Corrar *et al.*, 2011).

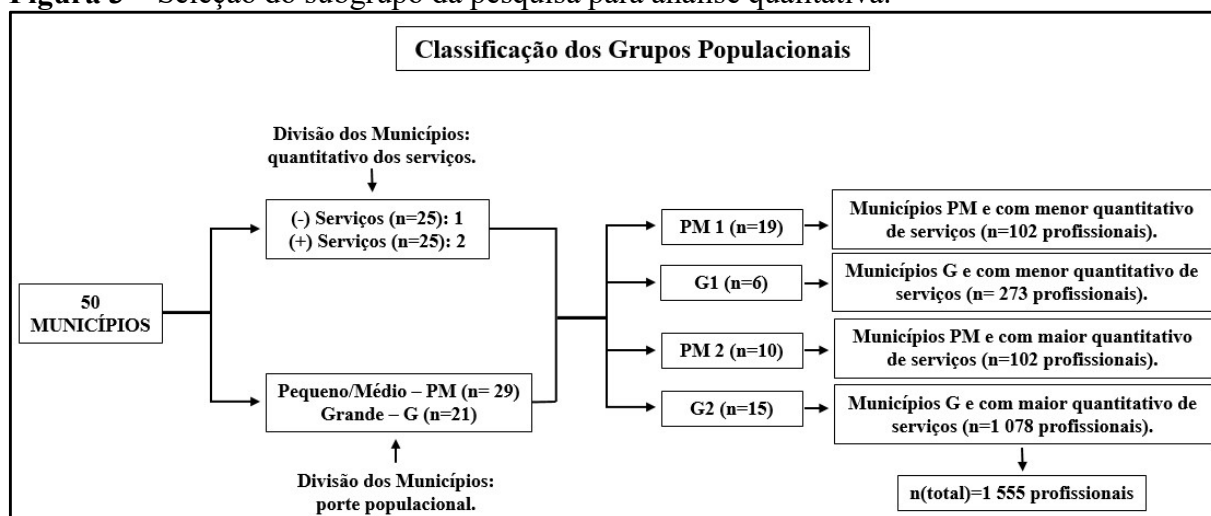
Com relação ao pressuposto de (IV) normalidade dos resíduos, exige-se que os resíduos estimados apresentem distribuição normal. A violação dessa suposição pode decorrer da omissão de variáveis explicativas relevantes, da presença de *outliers* ou formulação inadequada do modelo matemático. Para avaliar esse pressuposto, pode-se utilizar métodos gráficos (histograma dos resíduos e o gráfico Q-Q normal) e estatísticos (teste de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*), onde a combinação desses procedimentos contribui para uma verificação robusta da suposição de normalidade (Field, 2009).

Diante dos argumentos apresentados, procedeu-se à seleção das variáveis, com a devida identificação da variável dependente (resposta) e das variáveis independentes (explanatórias), para cada um dos modelos estimados. Em seguida, cada modelo de regressão foi estimado com base nos pressupostos teóricos da análise, e posteriormente, foram verificadas as hipóteses relacionadas à linearidade, independência dos resíduos, homocedasticidade e a normalidade dos resíduos. Após essa etapa de validação, foram definidos os modelos finais.

5.2.2 Delineamento do Estudo Qualitativo

5.2.1.1 População e Amostra

No intuito de ampliar a compreensão sobre o cuidado ofertado a essa população nos territórios analisados, foram realizadas entrevistas com coordenadores da Atenção Básica, secretários municipais de saúde e outros atores estratégicos, com o propósito de captar elementos centrais e estruturantes da RCPD. Considerando que o objetivo geral da pesquisa é analisar a oferta de cuidados às pessoas com deficiência em municípios de pequeno e médio porte no Brasil, especialmente aqueles com número reduzido de pontos de atenção à saúde, o critério de seleção adotado para a etapa qualitativa centrou-se no PM1, composta pelas entrevistas dos coordenadores da atenção básica e/ou secretários de saúde dos municípios de pequeno e médio porte com menor densidade de serviços de saúde, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Seleção do subgrupo da pesquisa para análise qualitativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Entre os 19 municípios selecionados para o estudo, três não conseguiram viabilizar as entrevistas com os atores-chave previstos, e, em um município, a entrevista foi desconsiderada devido à não autorização para gravação do áudio, o que impossibilitou sua transcrição e análise. Em contrapartida, em um município, foram realizadas duas entrevistas, com o coordenador da atenção básica e com o secretário municipal de saúde, totalizando, assim, 16 entrevistas válidas para a análise qualitativa. Destaca-se que, mesmo com essas perdas, a amostra manteve representatividade regional, com pelo menos um município participante de cada Região do Brasil, conforme demonstrado no Quadro 15.

Quadro 15 – Municípios selecionados no estudo segundo a Região Brasileira pertencente, estado, quantidade de municípios e porte populacional.

Regiões Brasileiras	Estados	Nº de Municípios	Porte Populacional*
<i>Nordeste</i>	<i>Paraíba</i>	<i>Município 1</i>	<i>P</i>
		<i>Município 2</i>	<i>P</i>
		<i>Município 3</i>	<i>P</i>
	<i>Bahia</i>	<i>Município 4</i>	<i>P</i>
		<i>Município 5</i>	<i>P</i>
<i>Norte</i>	<i>Amazonas</i>	<i>Município 6</i>	<i>M</i>
		<i>Município 7</i>	<i>P</i>
		<i>Município 8</i>	<i>M</i>
<i>Centro-Oeste</i>	<i>Mato Grosso do Sul</i>	<i>Município 9</i>	<i>P</i>
		<i>Município 10</i>	<i>P</i>
<i>Sudeste</i>	<i>São Paulo</i>	<i>Município 11</i>	<i>M</i>
		<i>Município 12</i>	<i>P</i>
	<i>Espírito Santo</i>	<i>Município 13</i>	<i>P</i>
		<i>Município 14</i>	<i>P</i>
<i>Sul</i>	<i>Rio Grande do Sul</i>	<i>Município 15</i>	<i>M</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

**Porte Populacional: P (pequeno porte) e M (médio porte).*

Entre os participantes das entrevistas, a maioria era composta por Coordenadores da Atenção Básica, representando 81,25% (n=13) do total. Já os Secretários Municipais de Saúde corresponderam a 18,75% (n=3), constituindo a menor parcela dos entrevistados. A distribuição completa dos participantes pode ser consultada na Tabela 3.

Tabela 3 – Percentual de entrevistados por área de atuação.

Área do Entrevistado	n	%
<i>Coordenação da Atenção Básica</i>	<i>13</i>	<i>81,25</i>
<i>Secretário Municipal de Saúde</i>	<i>3</i>	<i>18,75</i>
Total	16	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

**Outros: Gestor da Atenção Especializada e Coordenação Central de Regulação Municipal.*

No componente qualitativo do projeto Redecin Brasil, foram adotados critérios de exclusão rigorosos a fim de garantir a integridade ética e metodológica da pesquisa. Foram excluídos os participantes que: (I) recusaram-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); (II) não puderam realizar a entrevista devido a conflitos de agenda ou indisponibilidade durante o período da coleta de dados; (III) não autorizaram a gravação da entrevista, inviabilizando sua posterior transcrição e análise; (IV) não estavam em exercício efetivo das funções no momento da pesquisa; ou (V) não atendiam ao critério de temporalidade previamente definido para participação no estudo.

Ressalta-se que, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todas as entrevistas foram precedidas pela leitura e explicação detalhada do TCLE, garantindo que os participantes estivessem plenamente informados sobre os objetivos, procedimentos e implicações da pesquisa (Anexo 1).

As entrevistas foram conduzidas de julho de 2019 a junho de 2022, conforme o cronograma da investigação, e foram registradas por meio de gravações em áudio ou vídeo, mediante autorização dos entrevistados. Posteriormente, todo o material foi integralmente transcrito, assegurando fidelidade às falas e preservando o rigor na análise qualitativa dos dados.

5.2.2.2 Instrumentos para Coleta de Dados: qualitativo

A elaboração dos instrumentos de entrevista semiestruturada foi fundamentada em uma revisão bibliográfica e documental, com o objetivo de assegurar a pertinência e a profundidade dos dados a serem coletados. Foram desenvolvidos roteiros específicos para cada perfil ou grupo de informantes-chave, buscando compreender o funcionamento e a articulação dos pontos de atenção à saúde, bem como os processos de implantação e operacionalização da RCPD nos municípios selecionados, incluindo elementos do cotidiano do trabalho e da assistência em saúde voltada às pessoas com deficiência.

A seção inicial dos roteiros foi padronizada para todos os participantes, contemplando a caracterização do entrevistado, com dados como nome, formação, vínculo profissional, unidade federativa (estado), município de atuação e envolvimento direto ou indireto com a RCPD. Ao término da entrevista, os participantes eram convidados a fazer considerações finais, acrescentar informações não contempladas no roteiro ou comentar aspectos que julgassem relevantes ao tema abordado.

O Quadro 16, a seguir, apresenta uma síntese das principais informações contidas nos roteiros de entrevistas aplicados no estudo, referente aos Coordenadores da Atenção Básica e Secretários Municipais de Saúde.

Quadro 16 – Relação dos roteiros elaborados para os diferentes atores chaves participantes do estudo e suas principais questões.

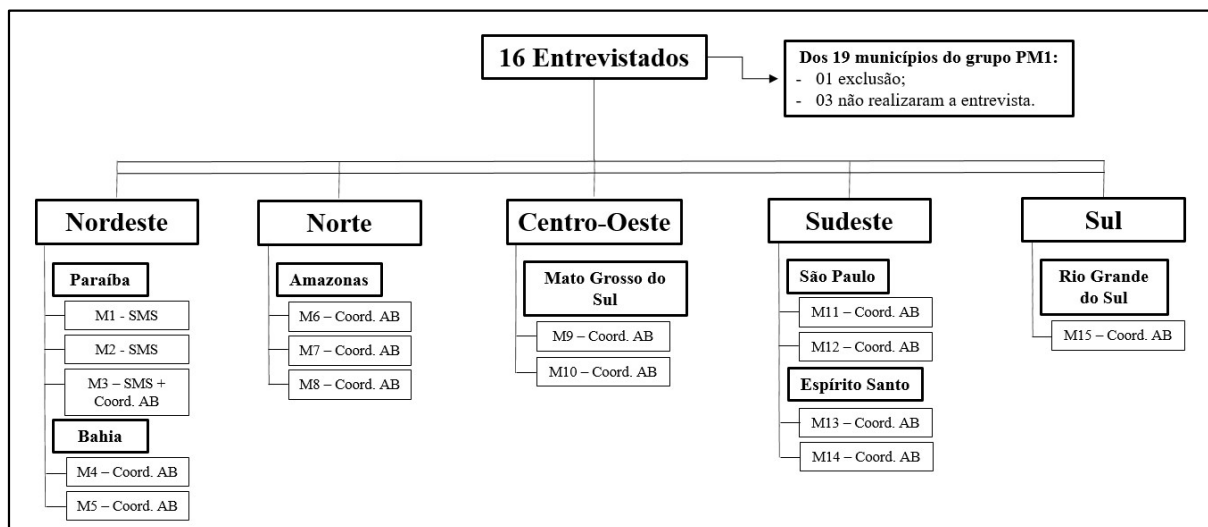
Atores Estratégicos	Principais Questões Elencadas
Coordenação da Atenção Básica (Anexo 3)	- Ações desenvolvidas pela Atenção Básica nos municípios voltadas ao atendimento das pessoas com deficiência; - Considerações sobre o nível de articulação da Atenção Básica no âmbito da RCPD; - Desafios enfrentados, elementos facilitadores e principais obstáculos identificados na atuação da Atenção Básica dentro da rede de cuidados; - Percepções quanto à existência de avanços no cuidado à pessoa com deficiência na Atenção Básica após a implementação da Portaria nº 793/2012.
Secretário Municipal de Saúde (Anexo 4)	- Descrição do processo de implantação da RCPD no município ou na respectiva região de saúde; - Avaliação do funcionamento e da efetividade da rede de cuidados no contexto local; - Estratégias implementadas para garantir o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação; - Principais facilitadores, desafios e dificuldades enfrentados na resposta às necessidades de saúde da população com deficiência; - Caracterização da oferta e do modelo de assistência odontológica direcionada às pessoas com deficiência.

Fonte: Dados do projeto Redecin Brasil, 2020.

5.2.2.3 Análise dos Dados Qualitativos

Considerando a seleção dos municípios incluídos no estudo, classificados como PM1 (municípios de pequeno e médio porte, com menor número de pontos de atenção à saúde), a análise qualitativa teve como objetivo realizar uma avaliação tanto interna quanto externa sobre como esses territórios vêm estruturando e ofertando o cuidado em saúde às pessoas com deficiência, através da análise das 16 entrevistas com atores-chave. A Figura 4 apresenta a distribuição dos entrevistados por região do país, com a respectiva identificação de seus estados de origem.

Figura 4 – Distribuição da relação dos entrevistados incluídos no estudo segundo sua região brasileira e estado.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. Legenda: (M1...M15) – Número de municípios enquadrados na análise qualitativa; SMS – Secretário Municipal de Saúde; Coord. AB – Coordenador da Atenção Básica.

Com esse propósito, foi conduzido um estudo de caso com o grupo de municípios participantes, por meio de uma abordagem exploratória de natureza qualitativa, visando descrever e analisar o contexto, as relações estabelecidas e as percepções dos atores envolvidos sobre o tema investigado (Minayo, 2014). O estudo de caso é reconhecido como um método estruturado de pesquisa, aplicável a diferentes contextos, e que permite aprofundar a compreensão de fenômenos tanto em nível individual quanto coletivo (Yin, 2010).

A análise das entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, com apresentações dos trechos das entrevistas realizadas. A análise de conteúdo preconiza algumas etapas e estas serão seguidas pelo presente estudo: (1) leitura geral e compreensiva dos textos transcritos; (2) exploração/investigação do material na busca de compreender o texto por meio de análises e agrupamento de trechos significativos; e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (Minayo, 2010).

Após essa etapa, recorreu-se à Matriz SWOT como instrumento para o agrupamento das falas transcritas e para a organização dos resultados da análise. A Matriz SWOT, originalmente desenvolvida no campo da administração, constitui uma ferramenta amplamente utilizada no apoio ao planejamento estratégico. Sua estrutura baseia-se na identificação de fatores internos (Forças – *Strengths* e Fraquezas – *Weaknesses*) e externos (Oportunidades – *Opportunities* e Ameaças – *Threats*), permitindo uma visão ampliada dos elementos que influenciam determinado contexto. Essa abordagem visa subsidiar processos decisórios e orientar o planejamento de ações futuras (Fernandes, 2012).

Com o objetivo de conferir maior robustez às informações obtidas, também foram utilizados documentos técnico-metodológicos elaborados pela equipe de pesquisadores do projeto Redecin Brasil, bem como dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referentes aos municípios participantes. Esses documentos contemplam o mapeamento dos serviços vinculados à RCPD nos municípios investigados, constituindo uma estratégia metodológica complementar voltada ao alcance de um dos objetivos específicos do estudo.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa integra o projeto intitulado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Todo o processo de submissão e condução do estudo seguiu rigorosamente as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como suas normativas complementares. O projeto foi aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 13083519.3.1001.5188, além de ter obtido parecer favorável de outros Comitês de Ética em Pesquisa das instituições colaboradoras nos demais estados participantes.

Ressalta-se que a participação dos sujeitos foi inteiramente voluntária, não havendo qualquer tipo de imposição para o fornecimento de informações ou envolvimento na pesquisa. Aqueles que optaram por participar formalizaram seu consentimento por meio da assinatura ou da declaração oral registrada em áudio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o tipo de coleta. Uma via do TCLE foi entregue aos participantes, garantindo-lhes acesso às informações e esclarecimentos necessários a qualquer momento.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição geral do número total de respondentes por estado brasileiro, indicou a maior concentração no estado da Bahia (19,4%), seguido pelo estado de São Paulo (19,0%), Minas Gerais (14,3%), Amazonas (13,5%), Mato Grosso do Sul (11,3%), Rio Grande do Sul (9,3%), Paraíba (8,8%) e Espírito Santo (4,6%), como apresenta a Tabela 4.

Ainda sobre os estados, observa-se na Tabela 4 que, levando em consideração os subgrupos da pesquisa, a grande maioria dos estados possui representatividade de municípios em todos os subgrupos, exceto no G1 que não houve representação dos estados do Amazonas, Bahia, Mato Grosso do Sul e Paraíba, e do PM2 que não houve participação de municípios com essas características do estado de São Paulo.

Tabela 4 – Distribuição descritiva dos respondentes de acordo com os subgrupos e grupos gerais instituídos na pesquisa segundo o estado, sexo e formação profissional.

Variáveis	PM1	G1	PM2	G2	Total
Estados	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Amazonas</i>	23 (22,5%)	-	25 (24,5%)	162 (15,0%)	210 (13,5%)
<i>Bahia</i>	14 (13,7%)	-	13 (12,7%)	274 (25,4%)	301 (19,4%)
<i>Espírito Santo</i>	4 (3,9%)	13 (4,8%)	6 (5,9%)	48 (5,5%)	71 (4,6%)
<i>Minas Gerais</i>	5 (4,9%)	106 (38,8%)	23 (22,5%)	88 (8,2%)	222 (14,3%)
<i>Mato Grosso do Sul</i>	18 (17,6%)	-	14 (13,7%)	143 (13,3%)	175 (11,3%)
<i>Paraíba</i>	7 (6,9%)	-	10 (9,8%)	120 (11,2%)	137 (8,8%)
<i>Rio Grande do Sul</i>	10 (9,8%)	98 (35,9%)	11 (10,8%)	25 (2,3%)	144 (9,3%)
<i>São Paulo</i>	21 (20,6%)	56 (20,5)	-	218 (20,2%)	295 (19,0%)
Formação	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Médico</i>	26 (25,5%)	97 (35,5%)	29 (28,7%)	354 (32,8%)	506 (32,6%)
<i>Enfermeiro</i>	31 (30,4%)	92 (33,7%)	38 (37,6%)	327 (30,3%)	488 (31,4%)
<i>Cirurgião Dentista</i>	18 (17,6%)	28 (10,3%)	18 (17,8%)	192 (17,7%)	255 (16,4%)
<i>Nutricionista</i>	2 (2,0%)	8 (2,9%)	3 (3,0%)	31 (2,9%)	44 (2,8%)
<i>Fisioterapeuta</i>	10 (9,8%)	7 (2,6%)	4 (4,0%)	32 (3,0%)	53 (3,4%)
<i>T. Ocupacional</i>	-	5 (1,8%)	-	6 (0,6%)	11 (0,7%)

<i>Fonoaudiólogo</i>	2 (2,0%)	2 (0,7%)	2 (2,0%)	16 (1,5%)	22 (1,4%)
<i>Psicólogo</i>	6 (5,9%)	8 (2,9%)	2 (2,0%)	23 (2,1%)	39 (2,5%)
<i>Farmacêutico</i>	2 (2,0%)	6 (2,2%)	-	32 (3,0%)	40 (2,6%)
<i>Assistente Social</i>	4 (3,9%)	14 (5,1%)	3 (3,0%)	48 (4,5%)	69 (4,4%)
<i>Educador Físico</i>	-	2 (0,7%)	2 (2,0%)	17 (1,6%)	21 (1,4%)
<i>Outra</i>	1 (1,0%)	4 (0,3%)	-	1 (0,1%)	6 (0,4%)
Total Geral	102 (6,6%)	273 (17,6%)	102 (6,6%)	1078 (69,2%)	1555 (100%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** SG1= Municípios PP/MP e com menor quantitativo de serviços; SG2= Municípios GP e com menor quantitativo de serviços; SG3= Municípios PP/MP e com maior quantitativo de serviços; SG4= Municípios GP e com maior quantitativo de serviços; G1= Municípios com menor quantitativo de serviços; G2= Municípios com maior quantitativo de serviços; PP/MP= Municípios classificados como pequeno e médio porte; GP= Municípios classificados como grande porte.

Ainda na Tabela 4, em relação às categorias profissionais, pode-se verificar que as profissões em destaque, totalizando cerca de 80% da amostra, foram da categoria da medicina, perfazendo 32,6% da amostra, da enfermagem totalizando 31,4% e dos cirurgiões dentistas somando 16,4% da amostra total. As demais categorias profissionais se mantiveram em percentuais abaixo de 5%.

Em relação à idade dos respondentes (Tabela 5), a média geral foi de 39,98 ($\pm$ desvio padrão de 11,04) anos. Em relação aos subgrupos principais, as menores médias de idade prevaleceram no PM1 e o PM2, e as maiores médias entre o G1 e G2, com 36,95 ($\pm$ desvio padrão de 10,62), 38,21 ($\pm$ desvio padrão de 10,55), 40,43 ($\pm$ desvio padrão de 10,90) e 40,42 ($\pm$ desvio padrão de 11,12) anos de idade, respectivamente.

Interpretação similar pode ser obtida ao se analisar as medianas dos subgrupos e seus respectivos desvios interquartílicos (IQR). O IQR variou de 12 a 16 anos entre os grupos, indicando a dispersão das idades centrais. Nos grupos PM1 (13) e PM2 (12) a variação foi menor, revelando maior homogeneidade etária. Já nos grupos G1 (16) e G2 (16) o IQR foi mais elevado, sugerindo maior heterogeneidade entre os participantes. No total da amostra, o IQR de 16 anos mostra que metade dos participantes se concentra em um intervalo relativamente amplo de idades, entre cerca de 30 e 46 anos.

Tabela 5 – Estatísticas descritivas da variável “Idade” segundo subgrupos do estudo.

Regra de Classificação	Grupos	Média	Mediana	DP	IQR
<i>Divisão segundo o porte populacional e n° de serviços</i>	<i>PM1</i>	36,95	35,00	10,62	13,00
	<i>G1</i>	40,43	39,00	10,90	16,00
	<i>PM2</i>	38,21	35,00	10,55	12,00
	<i>G2</i>	40,32	39,00	11,12	16,00
Total sem subdivisão de grupos		39,98	38,00	11,04	16,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** DP= Desvio Padrão; IQR= Amplitude Interquartil.

No tocante ao tempo de experiência dos trabalhadores na atenção básica, a média geral dos respondentes foi de 8,74 ($\pm$ desvio padrão de 8,28) anos de trabalho nesse nível de atenção. Na divisão segundo o porte populacional e número de serviços dos municípios, como expõe a Tabela 6, as médias em anos seguiram em ordem crescente: G1= 9,19 ($\pm$ desvio padrão de 8,70), G2= 8,99 ($\pm$ desvio padrão de 8,37), PM2= 7,45 ($\pm$ desvio padrão de 7,39) e PM1= 6,25 ($\pm$ desvio padrão de 6,40) anos de experiência na atenção básica.

Tabela 6 – Estatísticas descritivas da variável “Tempo de experiência na atenção básica” segundo subgrupos do estudo.

Regra de Classificação	Grupos	Média	Mediana	DP	IQR
<i>Divisão segundo o porte populacional e n° de serviços</i>	<i>PM1</i>	6,25	4,00	6,40	7,00
	<i>G1</i>	9,19	6,00	8,70	13,00
	<i>PM2</i>	7,45	4,00	7,39	10,00
	<i>G2</i>	8,99	7,00	8,37	12,00
Total sem subdivisão de grupos		8,74	6,00	8,28	12,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** DP= Desvio Padrão; IQR= Amplitude Interquartil.

Acerca do período de tempo vinculado à atual equipe de atenção básica (Tabela 7), a média geral dos respondentes foi inferior quando compara a média da sua experiência profissional como um todo nesse nível de atenção à saúde, com 5,10 ($\pm$ desvio padrão de 6,23) anos de vínculo. Entre os subgrupos, a menor média encontrada foi no PM1 e a maior no G2, com respectivamente, 3,96 ($\pm$ desvio padrão de 4,97) anos e 5,27 ($\pm$ desvio padrão de 6,39) anos.

Tabela 7 – Estatísticas descritivas da variável “Tempo de vínculo na atual equipe de atenção básica” segundo subgrupos do estudo.

Regra de Classificação	Grupos	Média	Mediana	DP	IQR
<i>Divisão segundo o porte populacional e n° de serviços</i>	<i>PM1</i>	3,96	2,00	4,97	6,00
	<i>G1</i>	5,19	3,00	6,25	6,00
	<i>PM2</i>	4,24	3,00	5,45	3,00

	<i>G2</i>	<i>5,27</i>	<i>3,00</i>	<i>6,39</i>	<i>7,00</i>
Total sem subdivisão de grupos	5,10	3,00	6,23	6,00	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** *DP= Desvio Padrão; IQR= Amplitude Interquartil.*

Como debatido no subponto 5.2.1.3, para análise das ações realizadas pela Atenção Básica para o público específico, foi calculado o escore de ações em saúde destinadas às pessoas com deficiência realizadas pela APS, denominado EAS/APS – PcD, sendo considerado a variável dependente do estudo.

Como etapa importante para decisão acerca de quais testes estatísticos, referentes a comparação de estatísticas entre grupos, 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-Sminorv* que a maioria das variáveis não seguia uma distribuição normal ($p\text{-valor} \leq 0,05$), sendo assim, optou-se no estudo pela utilização de testes que não requerem o pressuposto de que os dados seguem uma distribuição normal, que são os testes não-paramétricos (*Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*).

Destaca-se que a primeira parte dos resultados inferenciais, apresentado na Tabela 8, não levou em consideração os subgrupos (PM1, G1, PM2 e G2) instituídos na pesquisa, portanto, considerou como variáveis independentes os estados participantes do estudo, o sexo e a formação dos respondentes, e a variável dependente o EAS/APS – PcD calculada. Além dessas variáveis, três questões do instrumento também foram consideradas como variáveis independentes (Q07, Q08 e Q13), que serão debatidas mais adiante.

A Tabela 8 apresenta as informações gerais obtidas de acordo com variáveis independentes (estado, sexo e formação). Através de testes estatísticos específicos, de acordo com o número de categorias das variáveis independentes, foi possível concluir, ao nível de 95% confiança, que há diferença estatística entre as medianas dos escores de ações referentes aos estados brasileiros ($p\text{-valor} < 0,001$).

Através de testes *post hoc* (*Teste de Mann-Whitney*), foi possível verificar diferença significativa entre os EAS/APS – PcD dos estados da: Bahia e Paraíba ($p\text{-valor} = 0,016$); Bahia e Rio Grande do Sul ($p\text{-valor} = 0,006$); Bahia e São Paulo ($p\text{-valor} < 0,001$); Bahia e Amazonas ($p\text{-valor} < 0,001$); Minas Gerais x São Paulo ($p\text{-valor} = 0,005$); e Minas Gerais x Amazonas ($p\text{-valor} = 0,002$).

Ao analisarmos a Tabela 8, foi verificada evidência de que o estado da Bahia possui EAS/APS – PcD menor que os estados que apresentaram estatística significativa. O mesmo

ocorre com o estado de Minas Gerais ao ter seu escore mediano comparado com os dos estados de São Paulo e Amazonas. Em relação ao sexo dos respondentes, ao nível de 95% de confiança, foi possível concluir que não existe diferença estatística significativa entre as medianas do escore de ações do sexo masculino e do sexo feminino, com não rejeição da hipótese nula (p -valor=0,846).

Os escores de ações variaram significativamente entre estados brasileiros ($p < 0,001$), com destaque positivo para Amazonas e Paraíba e desempenho inferior para Bahia e Minas Gerais. Não foram observadas diferenças por sexo ($p = 0,846$). Quanto à formação, identificou-se forte heterogeneidade ($p < 0,001$): enfermeiros e cirurgiões-dentistas apresentaram medianas mais elevadas, enquanto farmacêuticos obtiveram os menores valores, sugerindo maior fragilidade na oferta de ações voltadas às pessoas com deficiência nessa categoria profissional (Tabela 8).

Tabela 8 – Estatísticas descritivas e respectivos intervalos de confiança para a média dos escores de ações da Atenção Básica entre estados brasileiros, sexo e formação dos respondentes (n=1555).

Variáveis	Classes	EAS/APS – PcD			Indicativos de classes de respostas com comparações 2x2 significativas
		Med.	IQR	p-valor	
Estado (a)	Amazonas(a ₁)	2,88	1,00	<0,001 ⁺	(a ₂ - a ₆);(a ₂ - a ₇); (a ₂ - a ₈);(a ₂ - a ₁); (a ₄ - a ₈);(a ₄ - a ₁)
	Bahia(a ₂)	2,50	0,88		
	Espírito Santo(a ₃)	2,63	0,88		
	Minas Gerais(a ₄)	2,50	0,75		
	Mato Grosso do Sul(a ₅)	2,63	1,00		
	Paraíba(a ₆)	2,75	0,88		
	Rio Grande do Sul(a ₇)	2,75	0,81		
	São Paulo(a ₈)	2,75	0,88		
Sexo (b)	Masculino(b ₁)	2,63	1,00	0,846 ⁺⁺	-
	Feminino(b ₂)	2,63	1,00		
Formação (c)	Médico(c ₁)	2,63	0,88	<0,001 ⁺	(c ₉ - c ₁);(c ₉ - c ₂); (c ₉ - c ₃);(c ₉ - c ₄); (c ₉ - c ₅);(c ₉ - c ₆); (c ₉ - c ₇);(c ₉ - c ₁₀); (c ₉ - c ₁₁);(c ₉ - c ₁₂); (c ₃ - c ₁);(c ₃ - c ₅); (c ₃ - c ₂);(c ₈ - c ₂); (c ₄ - c ₂);(c ₁₀ - c ₂); (c ₁ - c ₂)
	Enfermeiro(c ₂)	2,88	0,87		
	Cirurgião Dentista(c ₃)	2,25	1,00		
	Nutricionista(c ₄)	2,44	1,00		
	Fisioterapeuta(c ₅)	2,63	0,75		
	T. Ocupacional (c ₆)	3,00	0,87		
	Fonoaudiólogo(c ₇)	2,69	0,63		
	Psicólogo(c ₈)	2,25	0,88		
	Farmacêutico(c ₉)	1,63	0,75		
	Assistente Social(c ₁₀)	2,50	0,87		

<i>Educador Físico(c₁₁)</i>	2,50	1,12
<i>Outra(c₁₂)</i>	2,81	0,88

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** *Med*= Mediana; *IQR*= Amplitude Interquartil. ⁺ *Teste de Kruskal-Wallis*; ⁺⁺ *Teste de Mann-Whitney*.

Quando aplicado o teste para comparação das medianas do escore de ações entre as categorias profissionais, conclui-se ao nível de 95% confiança que há diferença estatística (p-valor<0,001) entre essas medianas.

Em relação às diferenças entre as categorias profissionais, foi verificada evidência, através dos testes *post hoc* (*Teste de Mann-Whitney*), que os farmacêuticos obtiveram diferenças estatísticas significativas com quase todas as classes profissionais, exceto quando comparados com os psicólogos (p-valor=0,60), apresentando valor de EAS/APS – PcD menor que os demais profissionais. As diferenças estatísticas entre os escores medianos da categoria mencionada e demais profissionais foram: Cirurgião Dentista (p-valor=0,001); Nutricionista (p-valor=0,019); Educador Físico (p-valor=0,006); Assistente Social (p-valor<0,001); Médico (p-valor<0,001); Fisioterapeuta (p-valor<0,001); Fonoaudiólogo (p-valor<0,001); Outra (p-valor=0,027); Enfermeiro (p-valor<0,001); e Terapeuta ocupacional (p-valor<0,001).

Para as demais classes profissionais, foram evidenciadas diferenças estatísticas significantes entre as medianas de ações dos pares: Cirurgião Dentista e Médico (p-valor<0,001); Cirurgião Dentista e Fisioterapeuta (p-valor=0,012); Cirurgião Dentista e Enfermeiro (p-valor<0,001); Psicólogo e Enfermeiro (p-valor<0,001); Nutricionista e Enfermeiro (p-valor<0,001); Assistente Social e Enfermeiro (p-valor=0,046); e entre Médico e enfermeiro (p-valor=0,001).

Para dar continuidade ao tópico de Resultados e Discussão, optou-se pelo formato de entrega de produtos científicos, consistindo em quatro artigos organizados de modo a responder aos objetivos específicos do estudo e refletir a complexidade e a abrangência do tema investigado. Essa estrutura visa à disseminação dos resultados em periódicos qualificados e à promoção do diálogo científico sobre o tema investigado.

Para tanto, são apresentados e discutidos os principais achados obtidos ao longo do desenvolvimento dos estudos, os quais compõem os produtos científicos desta tese. Cada artigo, está interligado por uma linha temática comum, refletindo a coerência interna da investigação.

O Artigo 1, intitulado "Regionalização e Redes de Atenção à Saúde: uma revisão integrativa", buscou analisar os desafios identificados na literatura que influenciam o processo de regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos diferentes contextos e territórios estudados.

O Artigo 2, "Cuidado às Pessoas com Deficiência na Atenção Primária em Municípios Brasileiros de Diferentes Portes Populacionais", analisou as ações de cuidado às pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando o porte populacional e a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em municípios brasileiros.

O Artigo 3, "Fatores Associados ao Cuidado à Saúde das Pessoas com Deficiência na Atenção Primária: Uma Análise por Regressão Linear Múltipla Segundo o Porte Populacional dos Municípios", utilizou abordagem quantitativa para identificar e analisar os fatores associados ao cuidado à saúde de pessoas com deficiência na APS, por meio de regressão linear múltipla, considerando também as diferenças entre municípios brasileiros segundo o porte populacional.

Por fim, o Artigo 4, "O Cuidado em Saúde às Pessoas com Deficiência em Municípios Brasileiros de Pequeno e Médio Porte: uma Análise SWOT", trouxe uma perspectiva estratégica buscando identificar as potencialidades (forças e oportunidades) e as fragilidades (fraquezas e ameaças) do cuidado em saúde voltado às pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte, a partir da percepção de gestores dos municípios.

Os resultados desses estudos foram discutidos de forma integrada, destacando as contribuições científicas e práticas da pesquisa, suas limitações e implicações para futuras investigações, bem como sua relevância para a formulação de políticas públicas e o fortalecimento da atenção à saúde das pessoas com deficiência no SUS, colaborando com um dos eixos de atuação e ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), voltado a produção de evidências científicas acerca do cuidado à esse público (Brasil, 2023¹).

Essa integração dos conteúdos dos artigos, à luz da literatura existente, possibilita uma compreensão abrangente e aprofundada da problemática estudada, fortalecendo a originalidade e a relevância da tese no campo da saúde.

6.1 PRODUTO 1 - REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde configura-se como um mecanismo essencial para a organização do sistema de saúde, visando distribuir de maneira eficiente e equitativa os serviços ao longo do território nacional. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essa estratégia

busca garantir que a população tenha acesso a cuidados de qualidade, independentemente da localidade onde reside, por meio da articulação e integração das diversas unidades e níveis de atenção à saúde. A regionalização, ao ordenar o fluxo de usuários e recursos, contribui para a racionalização dos serviços, evitando duplicidades e promovendo a complementaridade entre as diferentes estruturas do sistema (Brasil, 2019).

Inseridas nesse processo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam uma abordagem organizacional que busca superar a fragmentação assistencial frequentemente observada na prática cotidiana. As RAS são estruturadas para assegurar o cuidado contínuo, integral e coordenado, articulando os pontos de atenção primária, secundária e terciária, além de incluir ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Brasil, 2010; Paim, 2018).

Contudo, a efetivação da regionalização e das RAS enfrenta diversos desafios, incluindo a heterogeneidade das realidades locais, disposição concentrada dos serviços de saúde, limitações de infraestrutura, dificuldades na coordenação entre diferentes gestores e serviços, e barreiras para a integração dos níveis de atenção (Shimizu *et al.*, 2021; Viana; Iozzi, 2019). Além disso, a complexidade dos arranjos institucionais e a necessidade de adequações constantes diante de mudanças epidemiológicas e demográficas reforçam a importância do aprofundamento do conhecimento científico acerca desses temas.

A literatura nacional tem produzido um número crescente de estudos que abordam aspectos teóricos, políticos e práticos relacionados à regionalização e à implantação das RAS. Por isso, realizar uma revisão integrativa da literatura torna-se fundamental para sistematizar o conhecimento disponível, identificar lacunas e convergências, e fornecer subsídios para o aprimoramento das políticas e práticas em saúde pública.

Dessa forma, este estudo busca reunir e analisar os principais achados acerca dos temas Regionalização e das RAS, contribuindo para o avanço do debate e para a formulação de estratégias que promovam a organização eficaz do sistema de saúde, em consonância com as demandas da população e os princípios do SUS.

MÉTODOS

Pensando em reunir e condensar resultados já apresentados na literatura, bem como responder de forma sistemática e ordenada uma questão ou temática contribuindo para o aprofundamento do tema investigado, foi realizada uma revisão integrativa da literatura envolvendo os temas: regionalização da saúde e RAS (Andrade *et al.*, 2017; Pinho; Souza; Esperidião, 2018).

Para assegurar a organização e o rigor metodológico da revisão, foram seguidas as seguintes etapas: definição da temática norteadora; escolha das bases de dados para a busca dos estudos; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação das informações relevantes a serem extraídas dos artigos selecionados; análise interpretativa dos resultados; e apresentação estruturada dos achados, conforme o objetivo proposto.

Para a revisão foi realizada busca na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que inclui Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando os descritores “regionalização” AND “redes de atenção à saúde” nos campos do título, resumo ou assunto. Na primeira rodada sem enxertar nenhum tipo de filtragem o número total de artigos disponíveis na plataforma foi 49.

A delimitação dos artigos trabalhados foi desenvolvida em três etapas: a primeira foi realizada ainda na base de dados escolhida com a aplicação dos filtros disponíveis; a segunda foi sucedida após a leitura dos títulos e resumos para seleção dos artigos relevantes para o presente estudo, incluindo ou excluindo segundo os critérios de elegibilidade; e a terceira consistiu na leitura minuciosa dos artigos selecionados para se chegar aos resultados da revisão integrativa.

Na primeira etapa de seleção dos artigos foram inseridos os seguintes filtros na plataforma: (I) período de publicação, de 2010 (ano de instituição da portaria da RAS) até o ano de 2022 (período de apresentação da qualificação da Tese); (II) disponibilidade de texto completo; (III) tipo de literatura (artigo). Na etapa apresentada dos 49 artigos gerais, 29 foram incluídos.

Com os artigos incluídos na primeira seleção, foram adotados como critério de inclusão os artigos nos quais a regionalização e RAS surgissem como tema principal do estudo e não como objeto secundário; e como critério de exclusão: revisões, ensaios de opinião, textos duplicados e artigos em que suas palavras-chave não incluíssem ao menos um dos temas principais (regionalização ou RAS). É importante destacar que a dinâmica de seleção foi realizada por um pesquisador de forma independente, e em caso de dúvidas foi julgado por um segundo. O total de artigos incluídos na segunda etapa foram 12.

Com os 12 artigos selecionados deu-se início ao processo de leitura integral, onde foram levados em consideração os aspectos éticos da pesquisa com os artigos selecionados, ou seja, a leitura respeitou os autores referentes às suas ideias, propostas e definições.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos artigos incluídos na revisão, observou-se uma concentração significativa das publicações no ano de 2017, que representou 25,1% do total. Em seguida, destacaram-se os anos de 2016 e 2018, cada um com 16,7% das publicações. Por fim, os anos de 2013, 2015, 2019, 2020 e 2021 apresentaram distribuição igualitária, correspondendo a 8,3% cada. Essa distribuição temporal indica um aumento do interesse acadêmico pelos temas de regionalização da saúde e Redes de Atenção à Saúde (RAS) especialmente a partir de 2016.

O Quadro 1, a seguir, apresenta os artigos selecionados, organizados por ano de publicação, autores, objetivos dos estudos e respectivas fontes de dados utilizadas.

Quadro 1 – Estudos incluídos na revisão integrativa.

N	Autor(es)	Objetivo	Fonte de Informações
1	Shimizu (2013)	Analisar as percepções de gestores sobre os desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde do Brasil.	Entrevistas semiestruturadas com sete gestores envolvidos na formulação de políticas públicas de saúde.
2	Mendes <i>et al.</i> (2015)	Apresentar os resultados gerais da pesquisa sobre o processo de construção da gestão regional no estado de São Paulo.	Informações públicas de saúde e entrevistas com gestores, secretários municipais e apoiadores do Cosems/SP das regiões pesquisadas.
3	Almeida <i>et al.</i> (2016)	Identificar e analisar o desenvolvimento de estratégias regionais para integração assistencial no contexto das regiões de saúde, com especial foco no papel na Atenção Primária à Saúde (APS).	Análise das atas e observações das reuniões de uma Comissão Intergestores Regional (CIR) no período de um ano e 11 entrevistas com gestores/gerentes municipais, regionais e estaduais do estado da Bahia.
4	Pereira, Machado (2016)	Identificar como ocorrem a referência e contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a atenção primária como um pressuposto para consolidação da RCPD na Microrregião 1 da Região Centro-Sul Fluminense do Rio de Janeiro.	Entrevistas semiestruturada com 27 sujeitos que desempenhavam a funções na gestão pública de saúde (coordenadores, chefes de serviços, gerentes, secretários e subsecretários) nos municípios selecionados.
5	Sousa <i>et al.</i> (2017)	Analisar as dimensões da política, estrutura e organização na construção das RAS na região de saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, enfocando na APS e rede de urgência e emergência (RUE).	Uso instrumental de análise de políticas públicas e entrevistas estruturadas e semiestruturadas com 37 atores das regiões estudadas.

6	Araújo <i>et al.</i> (2017)	Caracterizar os serviços farmacêuticos prestados no SUS sob a ótica das RAS em regiões contempladas no Projeto QualiSUS-Rede.	Aplicação com instrumento estruturado aos responsáveis pelas farmácias dos seguintes estabelecimentos: unidades básicas de saúde, centros de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), farmácias do sistema prisional e farmácias em edificação exclusiva.
7	Casanova <i>et al.</i> (2017)	Analisar potencialidades, limites e desafios da governança regional no processo de implementação de RAS em três regiões da Amazônia: Alto Solimões, Metropolitana de Belém e Topama.	Documentos oficiais e entrevistas semiestruturadas com o grupo condutor responsável pela formulação e implementação do QualiSUS-Rede nas regiões estudadas.
8	Padilha <i>et al.</i> (2018)	Analisar a implementação da Rede de Urgência e Emergência, seus arranjos interfederativos regionais de pactuação e gestão de políticas, na Região Metropolitana de São Paulo, no período de 2016-2016.	Análise de leis, decretos, portarias, manuais normativos e documentos oficiais públicos; atas, registros, notas públicas de instâncias e arranjos relacionados com a implementação; análise de relatórios técnicos ou pesquisas.
9	Souza, Nogueira, Campos (2018)	Mapear as redes estabelecidas pelo deslocamento dos pacientes com queimaduras graves no âmbito do SUS, no estado de Minas Gerais.	Arquivos eletrônicos da base de dados do DATASUS do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS).
10	Landim, Guimarães, Pereira (2019)	Analisar a integração sistêmica da atenção à saúde da linha de cuidado do câncer de mama, no contexto da regionalização da saúde no estado da Bahia, sob a perspectiva da macrogestão.	Análise documental (planos, relatórios técnicos e arcabouço jurídico do SUS), dados disponibilizados de domínio público e entrevistas semiestruturadas com pacientes.
11	Silva <i>et al.</i> (2020)	Analisar a governança e o planejamento em saúde na II Região de Saúde do Estado de Pernambuco.	Análise documental proveniente das atas e pautas da CIR e entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores municipais das regiões.
12	Albuquerque <i>et al.</i> (2021)	Descrever a percepção de gestores sobre os desafios da regionalização da Vigilância em Saúde em seis regiões de saúde no Brasil.	Roteiro de entrevista semiestruturado com seis gestores estaduais da vigilância.

Fonte: Elaboração Própria, segundo Shimizu (2013); Mendes *et al.* (2015); Almeida *et al.* (2016), Pereira, Machado (2016); Sousa *et al.* (2017); Araújo *et al.* (2017); Casanova *et al.* (2017); Padilha *et al.* (2018); Souza, Nogueira, Campos (2018); Landim, Guimarães, Pereira (2019); Silva *et al.* (2020); e Albuquerque *et al.* (2021).

Após a leitura integral dos textos selecionados, foi elaborada uma tabela síntese contendo as principais informações de cada estudo, incluindo seus objetivos, metodologias,

fontes de dados e principais resultados. Para fins de análise e aprofundamento, optou-se por direcionar a revisão para os desafios identificados pelos autores que impactavam diretamente o processo de regionalização da saúde e a conformação das RAS nos serviços e territórios investigados. Essa abordagem permitiu identificar elementos recorrentes que dificultam a consolidação dessas estratégias no contexto do SUS, oferecendo subsídios para uma reflexão crítica sobre os entraves estruturais, operacionais e políticos enfrentados na implementação das RAS.

Diante dos resultados analisados, três desafios principais foram elucidados: o primeiro elencado abrangeu a Comissão Intergestores Regionais (CIR), contudo, a instituição dessa comissão também foi evidenciada como uma potencialidade para a regionalização e conformação da RAS em alguns estudos; e os dois últimos se enquadraram como desafios vivenciados – o Subfinanciamento do SUS e seus Vazios Assistenciais e a Insuficiente articulação com Atenção Primária à Saúde (APS).

Comissão Intergestores Regionais (CIR)

Dentre os artigos selecionados, foi destaque o reconhecimento do papel e da potencialidade da Comissão Intergestores Regional (CIR) como espaço de negociação, constituindo-se como principal estratégia de governança para o planejamento regional. As principais perspectivas positivas envolveram o compartilhamento de responsabilidades, a organização de serviços de saúde (pactuação solidária) e o favorecimento da quebra política entre os gestores.

No estudo de Almeida *et al.* (2016) observou-se que a CIR foi apontada como um grande avanço para as redes regionalizadas de atenção à saúde, envolvendo também questões de compartilhamento de responsabilidades. Na análise e acompanhamento das reuniões foi visto que as questões de pactuações eram realizadas e que propostas foram acordadas visando o acesso da população aos serviços de assistência à saúde, como por exemplo, a criação de um protocolo de regulação que subsidiou autonomia à região em relação à central de regulação estadual favorecendo ao menor tempo de espera ao usuário.

Silva *et al.* (2020) também observaram, na maioria dos seus entrevistados, o reconhecimento da potencialidade da CIR como espaço de governança em saúde, visto reunir diferentes sujeitos que juntos vão tomar decisões, negociar e distribuir recursos para o bem da população. Um ponto destacado em seu estudo foi a regularidade dos secretários municipais de

saúde e de representantes e técnicos municipais nas reuniões propostas pela CIR, promovendo o direcionamento mais efetivo das decisões.

O espaço de reunião da CIR também promoveu rodadas de negociação e pactuação entre os gestores, onde conseguiam avançar em propostas que se alinhassem com as necessidades regionais mais próximas do que era preconizado nas diretrizes e portarias existentes (Casanova *et al.*, 2017). É válido destacar que o processo de pactuação regional no formato de uma relação horizontalizada e solidária produz resultados sólidos e consistentes, como por exemplo, o empoderamento dos municípios mais frágeis em relação a sua rede de assistência à saúde (Mendes *et al.*, 2015).

Mendes *et al.* (2015) reforçam que os depoimentos dos atores envolvidos no estudo mostram que as experiências regionais compartilhadas e solidárias fortalecem o vínculo entre os atores envolvidos no processo de pactuação, resultando em ações e resultados mais assertivos para todos os municípios que o compõem. Assim como Shimizu (2013) que evidenciou que os mecanismos de cooperação e coordenação congruentes favorecem adequadamente às necessidades de saúde em âmbito regional.

Sendo assim, a negociação entre os gestores pode ser enxergada como uma potente ferramenta, pois permite a mediação dos interesses dos entes envolvidos e suas considerações particulares, tendo como objetivo principal a qualificação da atenção à saúde através da melhoria do acesso aos serviços, contribuindo assim para a integralidade da assistência (Silva *et al.*, 2020; Albuquerque *et al.*, 2021).

O processo de regionalização tende a ser mais avançado a partir de uma governança mais cooperativa entre regiões, com maior tradição de planejamento regional e com contextos mais favoráveis, como apresentaram Souza, Nogueira e Campos (2018), onde uma das macrorregiões estudadas foi referência para a alta complexidade de queimados, sendo classificada como efetiva pela sua execução cooperativa de sua governança.

A macrorregião referenciada foi também a pioneira na implantação da Rede de Urgência e Emergência do Estado e possuía bem delimitadas as premissas necessárias para a regionalização (economia de escala, base territorial e população definidas), conhecendo o fluxo de encaminhamento dos usuários, prestando a assistência mais eficaz e em menor tempo possível (Souza; Nogueira; Campos, 2018).

Outra questão abordada foi o favorecimento da CIR em diluir questões pessoais que influenciavam nas problemáticas de saúde, onde alguns usuários não conseguiam ser referenciados para outros municípios por desentendimentos, por exemplo, entre secretários de

saúde. Sendo assim, com a instituição da CIR e a pactuação estabelecida fez prevalecer às necessidades de saúde sobre as questões de cunho pessoal (Almeida *et al.*, 2016)

A despeito desse favorecimento, Casanova *et al.* (2017) enfatizaram que os processos de regionalização e sua governança são processos complexos que precisam ser amadurecidos, uma vez que os aspectos políticos, eleitorais, municipais e dos estados são vívidos em detrimento dos aspectos técnicos e que dificultam o planejamento regional, limitando os avanços e a consolidação da regionalização. Shimizu (2013) também evidenciou a dimensão política como um problema a ser superado entre os gestores, pois envolve disputas e conflitos que interferem no processo de regionalização.

Destacou-se, portanto, o peso da influência política interferindo em questões que desfavorecem ao processo continuado de gestão, como por exemplo, as permutas de gestores e profissionais da saúde em trocas partidárias, implicando em descontinuidade nas ações propostas por determinados grupos que estavam à frente da gestão ou do serviço (Silva *et al.*, 2020; Casanova *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2016).

As trocas constantes resultam em etapas adicionais ao envolvimento, negociação e repactuação de prioridades, como ocorreu em uma das regiões estudadas por Casanova *et al.* (2017) onde houve mudança nas equipes da secretaria do estado, incluindo a área de planejamento, apontando como uma das dificuldades enfrentadas para garantir a institucionalidade às decisões e acordos outrora realizados.

Já no estudo de Almeida *et al.* (2016) a dificuldade levantada por questões políticas foi a rotatividade de profissionais da atenção básica e de outros pontos de atenção à saúde, requerendo novos esforços por parte dos gestores para novas capacitações visando a qualificação dos novos contratados, os quais, muitas vezes, adentravam aos serviços sem experiência e/ou sem perfil adequado para atenção primária, comprometendo assim, a coordenação e a continuidade do cuidado.

Em específico, no estudo de Albuquerque *et al.* (2021) foi notória a falta de participação da vigilância em saúde na CIR, sendo a sua ação pontual e geralmente voltada para ações específicas e/ou discussão sobre repasses e recursos financeiros, o que foi colocado na pesquisa como um desafio para consolidação da regionalização da vigilância em saúde.

Alguns estudos também destacaram a importância do planejamento ascendente, com a participação social ativa, onde as singularidades dos sujeitos e sua voz ativa devem subsidiar propostas e ações coerentes com a realidade encontrada, embora seja uma tarefa complexa, é imprescindível para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa e qualificação da rede (Padilha *et al.*, 2017; Albuquerque *et al.*, 2021).

Subfinanciamento do SUS e seus Vazios Assistenciais

Uma questão referenciada nos artigos que compromete o processo de regionalização e estruturação da RAS é a insuficiência de recursos financeiros para o SUS (Almeida *et al.*, 2016; Padilha *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2020; Albuquerque *et al.*, 2021; Souza; Nogueira; Campos, 2018). A falta de recursos financeiros impossibilita a adequação territorial de serviços de saúde podendo levar aos vazios assistenciais e concomitantemente ao déficit na prestação do cuidado integral à saúde da população.

No estudo de Almeida *et al.* (2016) foi evidenciado que o problema de financiamento no SUS inviabiliza a oferta de atenção integral como preconizado nas políticas públicas de saúde, sendo inclusive reconhecido como um dos fatores impeditivos para o avanço do processo de regionalização em função da existência de muitos vazios assistenciais.

Da mesma forma, Padilha *et al.* (2018) colocam a insuficiência de novos recursos federais e a ausência de novos recursos estaduais como limitadores da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na Região Metropolitana de São Paulo e da contratualização com os pontos de atenção incorporados.

Silva *et al.* (2020) verificaram a preocupação dos gestores entrevistados quanto ao subfinanciamento do SUS, apontando como fator que interfere no processo de governança na região. Uma das questões levantadas foi sobre o custeio de alguns programas de saúde que nem sempre tem sido garantido pelo governo federal e quando não articulado com os estados e municípios forçam esses a investirem mais, resultando em maiores gastos.

A regionalização objetiva a distribuição igualitária de serviços de saúde de forma regionalizada sendo primordial para a prestação do cuidado integral em saúde, onde essa não distribuição igualitária pode gerar vazios assistenciais importantes em diversos territórios afetando a universalização do acesso à atenção à saúde com equidade.

Sobre o vazio assistencial Silva *et al.* (2020) consideram que os fatores que podem levar a tal vazio é a concentração dos serviços de média e alta complexidade na capital e seu entorno, mostrando que áreas mais populosas, densamente urbanizadas e modernizadas, são concentradoras de tecnologias, profissionais, fluxos materiais, equipamentos e recursos públicos e privados de saúde.

A falta de serviços em determinadas áreas gera uma grande variação de fluxo de pacientes com deslocamento entre macrorregiões e estados, e embora a regionalização tenha favorecido a determinação do fluxo assistencial, sobretudo de exames e diagnósticos, ainda

persistem as filas de espera e ausência de consultas especializadas. Problemáticas na oferta e acesso aos serviços entre os municípios foram questões debatidas nas reuniões da CIR, sendo essas dificuldades comuns entre os participantes (Silva *et al.*, 2020).

Landim, Guimarães e Pereira (2019) também evidenciam concentração de serviços em determinada Macrorregião de Saúde e vazios assistenciais em outras. Os mesmos autores destacaram que os achados documentais evidenciaram uma rede contratualizada, no entanto, não indicava eficiência, eficácia e efetividade na redução das iniquidades territoriais.

Um ponto discutido pelos autores supracitados foi o fato de 20% dos participantes percorrem grandes distâncias de 300km e 400km e outros 33,3% percorrem de 400km a 1.000km para conseguirem realizar tratamento na capital do estado. Sendo assim, ficou claro o privilégio de regiões com maior porte populacional por justificativas que envolvem a economia de escala, por uma lógica de custo-benefício com base na produtividade.

Da mesma forma, Casanova *et al.* (2017) explicitam que principalmente em duas regiões de saúde era percebida a insuficiência da rede de serviços existente, principalmente referente à média complexidade, o que influenciava negativamente a execução dos objetivos primários do Projeto QualiSUS-Rede.

Neste sentido, dois estudos reforçaram a problemática em relação à disponibilidade de transportes sanitários para o acesso dos usuários aos serviços referenciados dos municípios. O primeiro, realizado por Landim, Guimarães e Pereira (2019), relatou dificuldades como excesso de demanda, falta de vagas, custos alegados pela prefeitura, dias limitados para as viagens e, em alguns casos, os usuários com câncer de mama eram forçados a custear seu deslocamento para os hospitais.

Já o segundo estudo, desenvolvido por Casanova *et al.* (2019), não identificou a disponibilidade de transporte pelo fato dos gestores regionais não conseguirem estruturar um projeto adequado para ser considerado viável. As justificativas dessa não adequação permearam a falta de experiência dos gestores, a ausência de um modelo executivo do próprio Ministério da Saúde que direcionasse tal solicitação e o tempo curto proposto para execução, impossibilitando essa efetivação (Casanova *et al.*, 2017).

Insuficiente articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS)

Com a instituição das RAS, a APS assumiu um importante papel como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, o que implica no seu papel de ordenadora dos fluxos

assistenciais, devendo ser articulada com demais níveis de atenção à saúde para a continuidade do cuidado ao seu usuário.

O contexto do estudo de Landim, Guimarães e Pereira (2019) voltado para o câncer de mama, mostrou que a APS não assumiu o seu papel de porta de entrada, coordenadora e ordenadora da rede, onde menos de 27% dos entrevistados declarou ter iniciado seu percurso terapêutico nesse nível de atenção. Os relatos dos usuários demonstraram que eram necessárias diversas idas e vindas ao serviço para conseguir a solicitação dos exames e marcação dos mesmos, preferindo, assim, buscar auxílio e realização de exames em serviços especializados particulares.

Almeida *et al.* (2016) observaram o desconhecimento dos gestores do município da região de saúde pólo sobre a dinâmica e situação da APS no seu contexto regional, ou seja, ficava evidente que os mesmos não consideravam a temática da atenção básica a ser discutida nas reuniões da CIR, ratificando a necessidade do entendimento dos mesmos sobre a compreensão de que esse nível de atenção precisa envolver o conjunto de municípios e que através do compartilhamento de mecanismos e experiências podem fortalecer os processos de trabalho e até mesmo minimizar os encaminhamentos para níveis de atenção secundário ou terciário, evitando maiores gastos e promovendo menor tempo de espera.

Pereira e Machado (2016) no seu estudo de referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física com a unidade hospitalar e atenção básica, destacaram que o maior problema identificado foi a falta de contrarreferência dos usuários da média e alta complexidade para a atenção primária, implicando na descontinuidade do cuidado sem as devidas passagens de informações sobre a terapêutica realizada em cada nível e recomendações necessárias para evitar futuros agravos.

Os autores supracitados evidenciam a necessidade de um sistema de informação que permita os registros entre os profissionais em diferentes níveis de atenção para que se possa alcançar a continuidade do cuidado e a integração entre os serviços de saúde, alcançando assim, uma real referência e contrarreferência do usuário e alta resolubilidade das demandas.

Tal necessidade também foi elencada por Landim, Guimarães e Pereira (2019) que salientaram a falta de um sistema de informação confiável, onde no âmbito hospitalar estudado observou-se uma alta defasagem dos dados afetando a precisão e qualidade das informações que poderiam ser utilizadas para orientar o planejamento e a tomada de decisões mais assertivas com a realidade local. Assinalaram, ainda, que a gestão da informação no âmbito do SUS tem se tornado um gargalo mesmo sendo um guia indispensável para qualificação dos processos decisórios em saúde (Landim; Guimarães; Pereira, 2019).

Além da falta dos sistemas de informação, Mendes *et al.* (2015) fizeram uma crítica à negociação de vagas de serviços entre regiões, onde a regulação não é orientada dentro de uma perspectiva regional e sim como um serviço isolado que “apenas” regula vagas, mas não necessariamente atua no formato de RAS.

Souza *et al.* (2017) avaliaram em seu estudo, que apesar de contar com a participação de uma região de saúde com território descontínuo e grandes deslocamentos para locomoção, a APS apresentou baixa potencialidade, descumprindo o seu papel preconizado nas políticas. Além disso, destacou-se a falta de interação com os serviços de urgência e emergência interferindo na articulação dos níveis de atenção, comprometendo a RAS.

Diante do importante papel da APS para estruturação da RAS, é fundamental que a mesma se reconheça como instância responsável pelo ordenamento e coordenação do SUS, sendo necessário resgatar o seu papel como porta de entrada do sistema, organizando o seu trabalho de forma a proporcionar o cuidado integral à saúde do usuário, de forma articulada com os demais serviços de saúde (Shimizu, 2013).

CONCLUSÃO

Com base na análise dos artigos incluídos nesta revisão integrativa, foi possível identificar entraves significativos à regionalização da saúde e à efetiva conformação das RAS no contexto do SUS. A análise dos achados permitiu destacar três desafios centrais que, de forma recorrente, impactam negativamente o planejamento, a articulação e a operacionalização das redes regionalizadas, sendo ele: a atuação da CIR (que em alguns artigos se apresenta também como uma potencialidade), o subfinanciamento do SUS com a consequente existência de vazios assistenciais e a insuficiente articulação da APS com os demais níveis de atenção.

A CIR foi reconhecida, em diversos estudos, como uma instância estratégica para a governança regional, favorecendo a pactuação e o compartilhamento de responsabilidades entre gestores. No entanto, apesar de sua potencialidade, sua atuação ainda é limitada por questões políticas e pela rotatividade de profissionais, que comprometem a continuidade dos processos e das decisões pactuadas. Além disso, a fragmentação das relações entre os entes federativos evidencia a necessidade de amadurecimento institucional e fortalecimento de mecanismos cooperativos que sustentem uma governança mais estável e integrada.

Outro desafio vivenciado diz respeito ao subfinanciamento crônico do SUS, amplamente evidenciado nos estudos, o qual compromete a implantação plena das RAS e acentua as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A concentração de serviços de maior

complexidade em grandes centros urbanos e a precariedade na oferta de transportes sanitários aprofundam os vazios assistenciais, gerando barreiras geográficas e econômicas ao acesso e comprometendo a integralidade da atenção.

A articulação deficiente entre a APS e os demais níveis de atenção também surge como uma limitação crítica para a efetivação das RAS. A APS, que deveria desempenhar papel central na coordenação do cuidado, frequentemente se mostra fragilizada, com baixa resolutividade, ausência de contrarreferência e uso limitado de sistemas de informação integrados. Tal cenário reforça a fragmentação do cuidado e a perda de continuidade assistencial, comprometendo os princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS.

Diante do exposto, conclui-se que a consolidação das RAS requer não apenas a superação dos desafios estruturais e operacionais identificados, mas também o fortalecimento de uma cultura de planejamento regional cooperativo, sustentada por financiamento adequado, qualificação da APS, estabilidade das equipes gestoras e valorização de instâncias como a CIR, assegurando assim a efetividade das redes e promovendo um cuidado em saúde que seja, de fato, integral, contínuo e equânime em todos os territórios.

6.2 PRODUTO 2 - CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE DIFERENTES PORTES POPULACIONAIS

INTRODUÇÃO

As diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010) destacam a Atenção Primária à Saúde (APS) como o núcleo central para a articulação da rede, responsável pela coordenação e ordenação dos cuidados (Brasil, 2010). Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), essa diretriz se traduz em ações estratégicas voltadas para a disseminação do acesso e qualificação da atenção através de práticas preventivas e assistenciais, educativas e de articulação, buscando alcançar a integralidade do cuidado para esse público (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Brasil, 2023¹).

Exemplos dessas práticas envolvem a qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; cuidado adequado às crianças com deficiência; orientação e suporte aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, por meio do Programa Saúde da Escola (PSE); e a estruturação de linhas de cuidados e implementação de protocolos clínicos que sirvam de orientação ao caminho terapêutico das pessoas com deficiência (Brasil, 2017; Brasil, 2023¹).

Proporcionar tais práticas no Brasil é peculiar, pois aproximadamente 70% dos municípios têm população inferior a 20 mil habitantes, o que representa 17% da população do país; 25,0% dos municípios têm população entre 20 e 100 mil habitantes e alocam 28% da população; 5,0% dos municípios com população entre 100 e 500 mil habitantes concentram 25,5% da população, enquanto aqueles com mais de 500 mil habitantes, representam menos de 1% dos municípios, que abrigam cerca de 30% da população (IBGE, 2023).

Essa característica de composição de municípios de diferentes portes apresenta desafios significativos para a saúde pública, exigindo a organização dos serviços em diferentes níveis de atenção, à contratação e fixação de profissionais qualificados e a adaptação a diferentes contextos econômicos, políticos, sociais, demográficos e sanitários (Seidl *et al.*, 2014).

Se tratando em específico do cuidado pela APS às pessoas com deficiência, outros desafios são somados, tais como: barreiras atitudinais, comunicacionais e infraestruturais, a escassez e concentração de serviços da rede, a dificuldade na articulação do cuidado, além da falta institucional de qualificação, sendo esses desafios agravados pelas fragilidades sociais que caracterizam a vida dessa população (Miranda *et al.*, 2024).

Diante do papel fundamental da APS na RCPD, este artigo visa responder à questão: como a APS tem executado suas funções atribuídas como componente da RCPD? Dessa forma, o objetivo foi analisar as ações de cuidado voltadas às pessoas com deficiência realizadas na APS, considerando o porte populacional e a organização da RCPD em municípios brasileiros.

MÉTODOS

Estudo transversal, exploratório, multicêntrico, realizado em oito estados das cinco regiões geográficas do Brasil: 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).

Em cada estado foram selecionados seis municípios a partir da indicação dos Grupos Condutores da RCPD, abrangendo três regiões/macrorregiões de saúde, categorizadas de acordo com os diferentes níveis de implantação da RCPD: incipiente, moderada e avançada. Em cada uma dessas regiões/macrorregiões, foram indicados dois municípios, sendo: (1) um município com maior concentração de serviços de atenção à RCPD e (2) um município com menor oferta desses serviços. Dessa forma, seis municípios de cada estado foram incluídos, exceto o Mato Grosso do Sul, com a participação das quatro Regiões de Saúde existentes, totalizando 50 municípios incluídos no estudo.

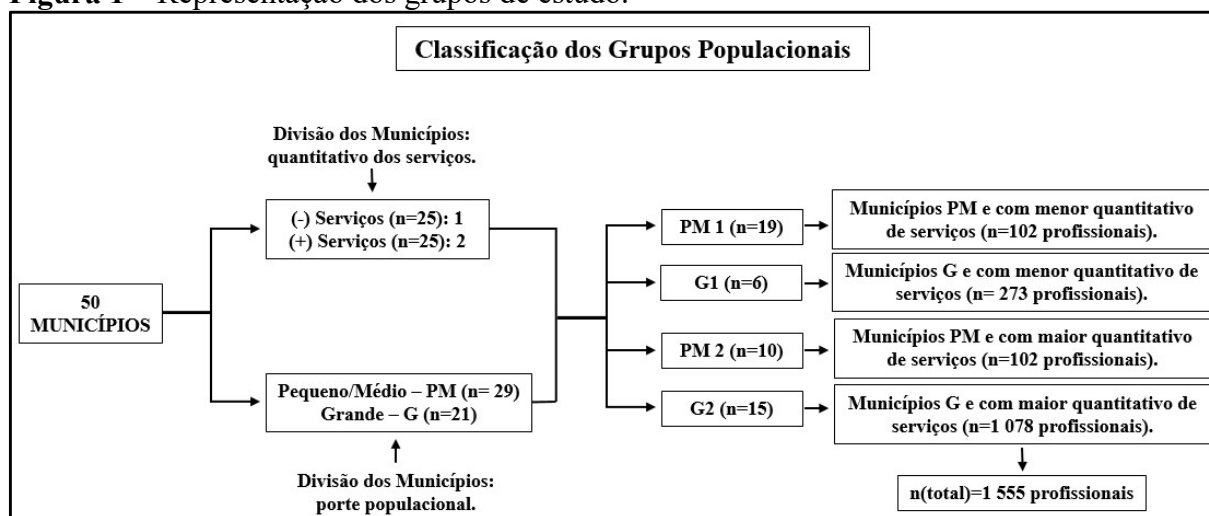
A seleção da amostra foi realizada por meio de um plano de amostragem aleatória estratificada por estado e município, utilizando o método de alocação proporcional ao número de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB). A partir do cálculo amostral, considerando os profissionais da população residente nos estratos, foi definido um total de 1.709 profissionais respondentes, com uma margem de erro de 1,8% e nível de confiança de 95% (Ribeiro *et al.*, 2021). No entanto, foram coletados dados de 1.555 profissionais, devido aos desafios causados pela pandemia de COVID-19, representando 91% da amostra projetada.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro de 2020 a outubro de 2021 por meio de um questionário estruturado e autoaplicável, elaborado com base nas atribuições estabelecidas para a APS pela Portaria GM/MS nº 793/2012, posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação nº. 03/2017 (Brasil, 2012; Brasil, 2017¹). O instrumento foi direcionado aos profissionais de saúde atuantes nesse nível de atenção, visando conhecer o perfil demográfico, formação, atuação profissional, nível de conhecimento sobre a rede, bem como verificar a execução das ações preconizadas pelas normativas da RCPD.

As ações incluíram práticas preventivas e assistenciais: *identificação precoce das deficiência (Q1), acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco, tratamento e suporte (Q2), estratégias de acolhimento e de classificação de risco (Q3) e acompanhamento e cuidado na atenção domiciliar (Q4)*; educacionais: *educação em saúde (prevenção de acidentes/quedas) (Q5), apoio/orientação às famílias e acompanhantes (Q6) e apoio/orientação na adequação do ambiente escolar (Q7)*; e de articulação: *ações articuladas com recursos da própria comunidade (Q8)*. As respostas foram estruturadas em uma Escala de Likert: sempre, na maioria das vezes, raramente e nunca, visando mensurar a frequência com que as ações preconizadas para o cuidado à saúde das pessoas com deficiência eram realizadas.

A classificação dos grupos no presente estudo foi realizada com base na quantidade de serviços de saúde disponíveis no âmbito da RCPD em associação com o porte populacional do município. Em relação à oferta de serviços, os municípios foram organizados em dois grupos principais: G1, composto por 25 municípios com menor quantidade de serviços da RCPD; e G2, composto por 25 municípios com maior número de pontos de atenção à saúde.

Para o porte populacional, subdividiu-os em duas categorias: Pequeno e Médio (P/M) – municípios com menos de 100 mil habitantes; e Grande (G) – municípios com mais de 100 mil habitantes (Calvo *et al.*, 2016; Willemann *et al.*, 2015). Dessa forma, o estudo passou a considerar quatro subgrupos, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Representação dos grupos de estudo.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Visando a comparação entre os grupos, foi elaborado um escore de ações da APS, fundamentado nas questões relacionadas à execução das ações preconizadas pelas normativas da RCPD, sendo calculado a partir da média aritmética simples da pontuação atribuída a essas oito práticas de saúde. As pontuações foram definidas da seguinte forma: “Sempre” correspondia a 4 pontos; “Na maioria das vezes” a 3 pontos; “Raramente” a 2 pontos; e “Nunca” a 1 ponto. Esse escore final, que mede a execução das ações realizadas pelos profissionais da APS, foi utilizado como variável dependente do estudo para fins de comparação entre os diferentes grupos populacionais.

Foram realizadas análises percentuais para as variáveis qualitativas e descritivas para as quantitativas. O teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* indicou que os dados não apresentavam distribuição normal, assim, foram aplicados os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

Inicialmente, compararam-se as medianas dos escores de ações da APS segundo as três questões do instrumento de coleta: *conhecimento sobre a RCPD no município*; a percepção sobre o *atendimento da equipe de saúde às necessidades e demandas das pessoas com deficiência*; e o *conhecimento das publicações do Ministério da Saúde* que visam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência. Posteriormente, considerando os grupos definidos no estudo (PM1, G1, PM2 e G2), bem como o grupo geral (PM e G), foram realizadas comparações entre as medianas dos escores de ações realizadas pela APS para as pessoas com deficiência entre os diferentes grupos. Os dados coletados foram organizados, importados e analisados por meio do *software Jamovi*, versão 2.6.26, sendo essa uma ferramenta estatística gratuita em meio acadêmico e profissional.

O estudo está vinculado à pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE: 13083519.3.1001.5188 e número do parecer: 547.348.

RESULTADOS

A amostra foi composta por maioria de profissionais do sexo feminino (74,8%), enquadrados como profissionais da Equipe de Saúde da Família – eSF (80,3%), na faixa de idade entre 31 a 60 anos (69,5%), com experiência na APS entre 1 a 5 anos (37,9%) e tempo de atuação no serviço atual entre 1 a 5 anos (49,0%). Quando observados os resultados pelo porte populacional, os dados seguiram o mesmo perfil de resultados, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos respondentes de acordo com o porte populacional. Brasil, 2021.

Variáveis	PM		G		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<i>Sexo</i>						
<i>Masculino</i>	58	28,4	333	24,7	391	25,2
<i>Feminino</i>	147	71,6	1017	75,3	1164	74,8
<i>Núcleo profissional</i>						
<i>Equipe Mínima APS</i>	160	78,4	1089	80,6	1249	80,3
<i>e-Multi</i>	44	21,6	262	19,4	306	19,7
<i>Faixa de idade^a (anos)</i>						
<i>21 a ≤ 30</i>	53	26,0	289	21,4	342	22,0
<i>> 30 a ≤ 60</i>	138	67,6	943	69,8	1081	69,5
<i>≥ 61</i>	5	2,5	66	4,9	71	4,6
<i>Sem resposta</i>	8	3,9	53	3,9	61	3,9
<i>Experiência APS^b (anos)</i>						
<i>6 meses a <1</i>	21	10,3	98	7,3	119	7,7
<i>≥ 1 a ≤ 5</i>	97	47,5	492	36,4	589	37,9
<i>≥ 6 a ≤ 10</i>	40	19,6	286	21,2	326	21,0
<i>≥ 11 a ≤ 20</i>	35	17,2	287	21,2	322	20,7
<i>≥ 21</i>	11	5,4	146	10,8	157	10,1
<i>Sem resposta</i>	0	0,0	42	3,1	42	2,7
<i>Vínculo na equipe atual^c (anos)</i>						
<i>6 meses a <1</i>	43	21,1	225	16,7	268	17,2
<i>≥ 1 a ≤ 5</i>	118	57,8	644	47,7	762	49,0
<i>≥ 6 a ≤ 10</i>	24	11,8	237	17,5	261	16,8
<i>≥ 11 a ≤ 20</i>	14	6,9	152	11,3	166	10,7
<i>≥ 21</i>	5	2,5	52	3,8	57	3,7
<i>Sem resposta</i>	0	0,0	41	3,0	41	2,6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. *Total da amostra: n=1 555; ^amédia 39,9±11,0; ^bmédia 8,7±8,3; ^cmédia 5,1±6,2.* **Legenda:** PM= Municípios de pequeno e médio porte; G= Municípios de grande porte

Ainda em relação a Tabela 1, a idade dos respondentes, tempo de experiência na APS e tempo de vínculo na atual equipe para municípios de pequeno e médio porte, grande porte e o total, a média geral foi de 39,9 ($\pm$ desvio padrão de 11,0 anos), 8,74 anos ($\pm$ 8,3 anos desvio padrão) e 5,1 anos ($\pm$ 6,2 anos de desvio padrão), de modo respectivo.

Foi investigada, individualmente, a média de cada ação da APS direcionadas às pessoas com deficiência. Identificou-se que os municípios do grupo PM2 obtiveram médias superiores em todas as ações destacadas na Tabela 2, exceto na questão sobre a realização de ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas. O mesmo resultado foi observado em municípios caracterizados apenas com o porte populacional PM, no entanto, as médias foram inferiores às do grupo PM2.

Tabela 2 – Média e desvio-padrão das ações da APS segundo os grupos de estudo.

Tabela 2 – Média e desvio padrão das ações da APS segundo os grupos de estudo.								
Nível	Ações da APS	Grupos de estudo						Total
		Porte + nº de serviços				Porte		
		PM1	G1	PM2	G2	PM	G	
		$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$	$\bar{x}$ $\pm dp$
Prevenção e Assistência	Identificação precoce das deficiências (Q1)	2,48 $\pm 1,11$	2,56 $\pm 1,07$	2,81 $\pm 1,02$	2,62 $\pm 1,07$	2,65 $\pm 1,07$	2,61 $\pm 1,07$	2,61 $\pm 1,07$
	Acompanhamento dos recém-nascidos, tratamento e suporte (Q2)	2,42 $\pm 1,14$	2,46 $\pm 1,12$	2,60 $\pm 1,04$	2,34 $\pm 1,13$	2,51 $\pm 1,09$	2,36 $\pm 1,13$	2,38 $\pm 1,13$
	Estratégias de acolhimento e de classificação de risco (Q3)	2,87 $\pm 1,02$	2,72 $\pm 0,91$	3,04 $\pm 0,86$	2,81 $\pm 0,97$	2,96 $\pm 0,94$	2,79 $\pm 0,96$	2,81 $\pm 0,95$
	Acompanhamento e cuidado na atenção domiciliar (Q4)	2,95 $\pm 1,03$	2,76 $\pm 1,05$	3,18 $\pm 0,89$	2,73 $\pm 1,08$	3,06 $\pm 0,97$	2,74 $\pm 1,08$	2,78 $\pm 1,07$
Educação em Saúde	Educação em saúde (prevenção de acidentes/quedas) (Q5)	2,55 $\pm 0,96$	2,60 $\pm 1,02$	2,49 $\pm 0,94$	2,59 $\pm 1,00$	2,52 $\pm 0,95$	2,59 $\pm 1,00$	2,58 $\pm 0,99$

	Apoio/orientação às famílias e acompanhantes (Q6)	3,33 ±0,79	3,25 ±0,76	3,45 ±0,68	3,28 ±0,82	3,39 ±0,74	3,27 ±0,81	3,29 ±0,80
	Apoio/orientação na adequação do ambiente escolar (Q7)	2,23 ±1,05	1,99 ±0,95	2,57 ±0,99	2,12 ±1,03	2,40 ±1,03	2,09 ±1,02	2,13 ±1,02
Articulação	Ações articuladas com recursos da própria comunidade (Q8)	2,32 ±1,02	2,11 ±0,93	2,45 ±0,94	2,19 ±0,96	2,39 ±0,98	2,17 ±0,96	2,20 ±0,96

Fonte: Dados da pesquisa, 2022. **Legenda:** PM1= Municípios PM e com menor quantitativo de serviços; G1= Municípios G e com menor quantitativo de serviços; PM2= Municípios PM e com maior quantitativo de serviços; G2= Municípios G e com maior quantitativo de serviços; 1= Municípios com menor quantitativo de serviços; 2= Municípios com maior quantitativo de serviços; PM= Municípios classificados como pequeno e médio porte; G= Municípios classificados como grande porte; $\bar{x}$ = média amostral; dp= desvio-padrão da média.

No geral, em relação às ações de prevenção/assistência e educação em saúde, foi observado que as ações Q2 e Q7 obtiveram as menores médias, com 2,38(±1,13) e 2,13(±1,02), respectivamente, e que as ações com as maiores médias foram Q3 e Q6, com 2,81(±0,95) e 3,29(±0,80), de modo respectivo. A ação de articulação (Q8) se apresentou com a segunda média mais baixa (2,20±0,96).

Levando em consideração as questões sobre conhecimento da RCPD, o teste de *Kruskal-Wallis* revelou, em um nível de confiança de 95%, diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos escores para todas as três questões: conhecimento sobre a RCPD (p-valor < 0,001), atendimento pela equipe de saúde (p-valor < 0,001) e conhecimento das publicações do Ministério da Saúde (p-valor < 0,001), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das medianas dos escores de ações da sobre o *conhecimento sobre a RCPD* do município, consideração sobre o *atendimento da equipe de saúde às necessidades e demandas das pessoas com deficiência e conhecimento das publicações do Ministério da Saúde* que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência.

Questões	Classes de respostas	Escore de ações da APS			
		Med.	IQR	p-valor	Indicativos de classes de respostas com comparações 2x2 significativas
Conhecimento da RCPD (a)	Não conheço (a ₁)	2,25	1,00	<0,001 [†]	
	Conheço superficialmente (a ₂)	2,50	0,75		(a ₁ - a ₂); (a ₁ - a ₃)
	Conheço parcialmente (a ₃)	2,88	0,87		(a ₁ - a ₄); (a ₂ - a ₃)
	Conheço totalmente (a ₄)	3,13	0,81		(a ₂ - a ₄); (a ₃ - a ₄)
Atendimento às Pessoas com Deficiência (b)	Nunca (b ₁)	2,00	1,50	<0,001 [†]	
	Raramente (b ₂)	2,38	0,87		(b ₁ - b ₃); (b ₁ - b ₄)
	Na maioria das vezes (b ₃)	2,75	0,88		(b ₂ - b ₃); (b ₂ - b ₄)
	Sempre (b ₄)	3,13	1,07		(b ₃ - b ₄)
Publicações do Ministério da Saúde (c)	Não conheço (c ₁)	2,38	0,87	<0,001 [†]	
	Sim, mas não li (c ₂)	2,63	1,00		(c ₁ - c ₂); (c ₁ - c ₃)
	Sim, mas apenas vi (c ₃)	2,88	0,87		(c ₁ - c ₄); (c ₂ - c ₃)
	Sim, conheço e li (c ₄)	3,00	0,87		(c ₂ - c ₄); (c ₃ - c ₄)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** Med=Mediana; IQR= Intervalo Interquartil; [†]Teste de Kruskal-Wallis.

Em relação ao *conhecimento sobre a RCPD* do município, os testes *post hoc* (teste de Mann-Whitney) revelaram diferenças significativas entre todas as comparações de pares entre as classes de conhecimento, sugerindo que os respondentes com maior conhecimento sobre a RCPD em seu município obtiveram escores medianos de ações da APS significativamente mais altos. As diferenças foram entre não conheço e conheço superficialmente (p-valor=0,001); não conheço e conheço parcialmente (p-valor<0,001); não conheço e conheço totalmente (p-valor<0,001); conheço superficialmente e conheço parcialmente (p-valor<0,001); conheço superficialmente e conheço totalmente (p-valor<0,001); e entre conheço parcialmente e conheço totalmente (p-valor=0,003).

No tocante à consideração sobre o *atendimento da equipe de saúde às necessidades e demandas das pessoas com deficiência*, foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as seguintes comparações de pares: nunca e na maioria das vezes (p-valor=0,011); nunca e sempre (p-valor<0,001); raramente e na maioria das vezes (p-

valor<0,001); raramente e sempre (p-valor<0,001); e entre na maioria das vezes e sempre (p-valor<0,001). A mediana do escore de ações da APS foi superior entre os profissionais que consideravam que sua equipe atendia às necessidades e demandas das pessoas com deficiência.

Quanto ao *Conhecimento das publicações do Ministério da Saúde* destinadas a apoiar a qualificação da atenção à pessoa com deficiência, verificou-se diferença estatística significativa em todas as comparações de pares, conforme os testes de *Mann-Whitney*: não conheço e sim, mas não li (p-valor=<0,001); não conheço e sim, mas apenas vi (p-valor<0,001); não conheço e sim, conheço e li (p-valor<0,001); sim, mas não li e sim, mas apenas vi (p-valor<0,001); sim, mas não li e sim, conheço e li (p-valor<0,001); e entre sim, apenas vi e sim, conheço e li (p-valor=0,030). Assim, a mediana do escore de ações da APS foi mais alta entre os respondentes que indicaram conhecer e ler as publicações de apoio disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

Em relação à análise dos subgrupos da pesquisa, foram realizados testes estatísticos para verificar possíveis diferenças nas medianas dos escores de ações da APS, conforme apresentado na Tabela 4. O teste de *Kruskal-Wallis* indicou, com 95% de confiança, a existência de diferenças significativas entre as medianas dos grupos PM1, G1, PM2 e G2 (p-valor=0,002). A análise dos testes *post hoc* (teste de *Mann-Whitney*) revelou diferenças estatísticas significativas entre os grupos G1 e PM2 (p-valor=0,003) e entre PM2 e G2 (p-valor=0,002).

Tabela 4 – Comparação das medianas dos escores de ações da APS segundo os grupos da pesquisa.

Regra de classificação	Grupos	Escore de ações da APS			
		Med.	IQR	p-valor	Indicativos de classes de respostas com comparações 2x2 significativas
Divisão segundo o porte populacional e nº de serviços da RCPcD (a)	PM1(a ₁)	2,63	1,12	0,002⁺	(a ₂ - a ₃);(a ₃ - a ₄)
	G1(a ₂)	2,63	0,87		
	PM2(a ₃)	2,88	0,75		
	G2(a ₄)	2,63	1,00		
Divisão segundo o porte populacional	PM	2,75	0,87	0,002⁺⁺	-
	G	2,63	1,00		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022. **Legenda:** PM1= Municípios PM e com menor quantitativo de serviços; G1= Municípios G e com menor quantitativo de serviços; PM2= Municípios PM e com maior quantitativo de serviços; G2= Municípios G e com maior quantitativo de serviços; 1= Municípios com menor quantitativo de serviços; 2= Municípios com maior quantitativo de serviços; PM= Municípios classificados como pequeno e médio porte; G= Municípios classificados como grande porte; Med= Mediana; IQR= Intervalo Interquartil; ⁺ Teste de *Kruskal-Wallis*; ⁺⁺ Teste de *Mann-Whitney*.

Ao comparar as medianas dos escores de ações da APS com base no porte populacional, foi identificada, com 95% de confiança, uma diferença estatisticamente significativa entre os

escores medianos ($p\text{-valor}=0,002$). A análise, conforme apresentado na Tabela 4, indica que a mediana do escore de ações para os municípios de pequeno e médio porte é superior àquela para os municípios classificados como de grande porte.

DISCUSSÃO

Os achados do estudo mostram que o conhecimento sobre a RCPD em seu município de atividade profissional, a percepção de que a equipe de saúde atende às pessoas com deficiência de acordo com suas necessidades e demandas, além do conhecimento das publicações do Ministério da Saúde voltados para esse público, foram ferramentas propulsoras para resultados dos escores medianos de ações da APS. Incluindo o pequeno e médio porte e o quantitativo de serviços de saúde disponíveis, o escore também apresentou melhores resultados de ações.

A APS desempenha um papel central como a principal porta de entrada do sistema de saúde e centro coordenadora da rede, organizando fluxos e contrafluxos de usuários, produtos e serviços. O exercício desse papel deve estar fundamentado nos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2012; Mendes, 2011; Pereira e Machado, 2016).

Dentro dessa perspectiva, a permanência contínua dos profissionais dentro de um mesmo serviço da APS é considerada um fator essencial para garantir a continuidade do cuidado, além de fortalecer o vínculo entre profissionais, gestores e usuários. Isso tende a aumentar a efetividade das ações, a qualidade da assistência e a integração da rede de saúde (Sancho *et al.*, 2011; Pires *et al.*, 2019).

No presente estudo, embora a maior concentração de respondentes em relação ao tempo de experiência na APS e o tempo de vínculo na atual equipe tenham sido no mesmo período ($1 \leq t \leq 5 \text{ anos}$), foi possível perceber que nas faixas posteriores os percentuais do tempo de experiência na APS foram superiores ao tempo de vínculo. Além disso, quando comparadas as médias entre essas duas variáveis, a média de tempo de experiência dos profissionais na APS foi superior à média de tempo de vínculo na atual equipe. Essa diminuição da média sugere um fenômeno de rotatividade dentro desse nível de atenção, com profissionais mudando de local de trabalho ao longo do tempo, podendo assim, interferir nos princípios da continuidade do cuidado e no fortalecimento do vínculo.

Entende-se que a compreensão da RCPD pelos profissionais de saúde seja crucial para a implementação adequada das ações, permitindo que estas sejam orientadas a partir das

necessidades dos usuários e que promovam o direcionamento correto para os diferentes pontos da rede, além de oferecer suporte contínuo às famílias e às pessoas com deficiência. A falta de conhecimento pode resultar em equipes desarticuladas e na oferta de cuidado fragmentado, prejudicando a integralidade do atendimento (Almeida *et al.*, 2018).

Verificou-se uma diferença significativa entre os escores medianos de ações da APS entre os profissionais que afirmaram conhecer totalmente a RCPD em seu município e aqueles das demais classes de resposta. Os profissionais que possuíam conhecimento total sobre a rede em questão apresentaram medianas de ações da APS superiores, indicando que esse conhecimento contribui para a realização contínua de ações em saúde para esse público.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde utiliza estratégias para disseminar informações e apoiar os profissionais nas suas condutas, como as publicações e portarias sobre a RCPD. Estas ferramentas ajudam a preparar os profissionais para lidar com as questões específicas de saúde desse público, promovendo um impacto positivo na prática profissional. A educação permanente através dessas publicações contribui para a qualificação dos profissionais e esclarecimento de suas funções dentro da RCPD, pois esses materiais são de livre acesso, sempre que necessário (Lemos e Veríssimo, 2020).

No presente estudo, observou-se que os profissionais que conheciam e haviam lido as publicações do Ministério da Saúde apresentaram medianas superiores de ações da APS. Isso destaca a importância do conhecimento sobre essas publicações para atuação em condições específicas. Essas publicações são potentes ferramentas para a gestão do cuidado e para a realização eficiente das ações direcionadas às pessoas com deficiência, proporcionando um cuidado mais resolutivo.

A apresentação da cobertura populacional assistida pela APS nas regiões brasileiras revela percentuais distintos, sendo destaque para percentuais acima de 80% as regiões Nordeste e Sul, com 83,65% e 83,62%, respectivamente. Em seguida, a região Centro-Oeste 74,83%, a região Norte 68,91% e a Sudeste, com o menor percentual, alcança 68,11% de cobertura da APS (Brasil, 2021).

Em relação aos municípios incluídos no estudo, os pertencentes ao grupo PM1 e PM2 possuem médias superiores de cobertura da APS, com 82,97 ($\pm 26,03$) e 88,06 ($\pm 12,88$), respectivamente, em relação aos grupos G1 (62,24 $\pm 11,57$) e G2 (78,71 $\pm 10,85$) (Brasil, 2021). Destaca-se que a alta capilaridade e o modelo de atenção orientado pela Estratégia Saúde da Família são aspectos facilitadores que promovem o acesso e a integração do cuidado, através de acolhimento, busca ativa, visitas domiciliares, entre outros (Macinko e Mendonça, 2018).

Nesse sentido, na comparação entre os grupos, foi observado que o PM2 alcançou diferenças estatísticas significantes do escore de ações da APS em relação ao G1 e G2, destacando que a caracterização do porte e a presença de mais serviços da RCPD se colocam como facilitadores das ações a serem desempenhadas pela APS para às pessoas com deficiência.

Em contrapartida, o escore de ações da APS do PM1 não apresentou diferença estatística significativa com nenhum outro grupo, o que pode sugerir que a falta de uma rede completa pode interferir e sobrecarregar a realização das ações na APS, destacando a necessidade da presença dos demais serviços que compõem a RCPD, tornando-a fortalecida no direcionamento das suas ações (Medeiros e Gerhardt, 2015; Louvison, 2019). Embora os municípios PM tenham demonstrado mediana de ações da APS superiores, a garantia de acesso aos cuidados ainda é precária para populações vulneráveis e residentes em áreas rurais, refletindo as persistentes desigualdades regionais (Garnelo *et al.*, 2018).

No contexto da RCPD, em específico as ações voltadas para prevenção e assistência, a APS desempenha um papel estratégico na disseminação do acesso e na qualificação do cuidado, visando à integralidade (Brasil, 2017; Brasil, 2023¹). Embora a ação de acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias seja preconizada e apesar do maior percentual de respondentes pertencerem à equipe de saúde da família (médico, enfermeiro e odontólogo), essa questão foi a que obteve a menor realização. Tal achado aponta uma questão muito séria, pois o diagnóstico precoce possibilita o início do tratamento em tempo oportuno, favorecendo a reabilitação das crianças que necessitam desse cuidado.

Nas ações de educação em saúde, enquanto o apoio e orientação às famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência obteve a maior média de ação da APS, o apoio e orientação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE) obteve a menor média. Sobre o PSE, algumas fragilidades são relatadas na literatura que dificultam sua execução, que vão desde a falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a prática dessa política pública até a falta e não adequação dos recursos materiais e a ausência de educação permanente para a realização do programa (Rumor *et al.*, 2022; Assaife *et al.*, 2024).

Apesar das ações direcionadas na RCPD, há inúmeros desafios para o cuidado adequado às pessoas com deficiência. Entre eles, destacam-se a falta de qualificação dos profissionais, a precariedade da infraestrutura das unidades de saúde, a sobrecarga de trabalho diário, o desconhecimento da rede de cuidados específica e a escassez de serviços de saúde em outros níveis de atenção para referência (Amorim, Liberali e Medeiros Neta, 2018).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, atualizada em 2023, reafirma a centralidade da atenção primária como coordenadora e ordenadora da RCPD, cabendo-lhe promover ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência (Brasil, 2023¹). No entanto, embora a APS tenha papel fundamental na RCPD, é importante enfatizar que ela, isoladamente, não consegue implementar os objetivos que tecem a rede. Sendo assim, todos os demais pontos de atenção à saúde são igualmente cruciais, devendo estar interligados para evitar a fragmentação do cuidado às pessoas com deficiência (Nakata *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

O estudo revela achados importantes sobre o impacto do conhecimento e da experiência dos profissionais de saúde para realizar ações de cuidado às pessoas com deficiência. Os resultados destacam que um conhecimento aprofundado da RCPD, bem como o uso das diretrizes clínicas e protocolos publicados pelo Ministério da Saúde estão associados a uma maior realização nas ações da APS, sugerindo que a formação contínua e o acesso a informações atualizadas são cruciais para a melhoria da qualidade do atendimento.

O tempo de experiência dos profissionais foi superior ao tempo de vínculo atual, indicando uma rotatividade de profissionais que pode comprometer a continuidade e a qualidade do cuidado. Tal característica pode estar vinculada ao tipo de contratação de serviço dos profissionais da APS, destacando a forte presença política em algumas regiões do Brasil.

Embora os municípios de pequeno e médio porte tenham demonstrado escores medianos de ações da APS superiores, ficou evidente, através dos resultados estatísticos significativos, que somando-se ao porte, o maior quantitativo de serviços da RCPD para além da APS influenciou positivamente os resultados, culminando em um escore mediano de ações da APS superior. Sendo assim, retorna-se ao tema das desigualdades regionais brasileiras e a escassez de serviços em muitas áreas, que ressaltam a necessidade de políticas que incluam essas lacunas e promovam a equidade no acesso à saúde, principalmente no contexto das pessoas com deficiência.

O estudo apresenta a importância do conhecimento por parte dos profissionais sobre a RCPD, a necessidade de permanência dos profissionais dentro do serviço, possibilitando a continuidade do cuidado e do vínculo, além da necessidade de uma rede de serviços de saúde acessível em todos os níveis de atenção. As implicações para a prática e para as políticas de

saúde são significativas, oferecendo um direcionamento para a melhoria contínua na qualidade da atenção às pessoas com deficiência.

6.3 PRODUTO 3 - FATORES ASSOCIADOS AO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA APS: UMA ANÁLISE POR REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA SEGUNDO O PORTE POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS

INTRODUÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), representa um marco nas políticas públicas voltadas à garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Regulamentada pela Portaria nº 793/2012, com posteriores atualizações em 2017 (Portaria de Consolidação Nº 3/2017) e 2023 (Portaria GM/MS Nº 1.526/2023) do Ministério da Saúde, a RCPD visa à organização de um cuidado integral e humanizado por meio da articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde, assegurando o acesso e a continuidade do cuidado (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Brasil, 2023¹).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica, sendo a principal porta de entrada do sistema e a responsável por coordenar o cuidado, realizar o acompanhamento longitudinal e articular as ações intersetoriais. Entre as diretrizes estabelecidas pela normativa, destacam-se ações voltadas à qualificação dos profissionais da APS para o atendimento às pessoas com deficiência, incluindo a capacitação continuada, o fortalecimento da vigilância em saúde, a identificação precoce de deficiências e a articulação com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e outros componentes estruturantes da rede (Brasil, 2023¹).

Tais medidas são fundamentais para garantir uma atenção resolutiva e equânime, especialmente considerando os desafios enfrentados por essa população no acesso aos serviços de saúde, frequentemente marcados por barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais (Mello *et al.*, 2020).

No campo da avaliação em saúde, a utilização de métodos estatísticos como a Análise de Regressão tem se mostrado valiosa para identificar fatores associados a desfechos de interesse, permitindo compreender de forma mais precisa a influência de múltiplas variáveis sobre fenômenos complexos, sendo amplamente empregada em estudos de avaliação de políticas públicas e em análises epidemiológicas por sua capacidade de estimar relações entre

variáveis independentes e um resultado contínuo, controlando potenciais fatores de confusão (Silveira *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores que tem poder de influenciar no cuidado à saúde das pessoas com deficiência na APS, por meio da aplicação do método de Regressão Linear Múltipla. Busca-se, com isso, contribuir para o aprimoramento das estratégias de cuidado no âmbito da RCPD e subsidiar gestores e profissionais de saúde na formulação de políticas mais inclusivas e efetivas.

MÉTODOS

Trata-se de um artigo vinculado à pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil”, financiada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), com participação de oito estados brasileiros, representando as cinco regiões geográficas do Brasil.

Para o presente estudo, foram utilizados os dados coletados a partir do instrumento estruturado referentes às ações realizadas pelas equipes de atenção básica, como ponto de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), pautado nas atribuições descritas pela Portaria de Consolidação nº. 03/2017 (Brasil, 2017¹).

O instrumento elaborado possuía como objetivo caracterizar o perfil demográfico, de formação e atuação profissional; avaliar o conhecimento dos profissionais sobre a RCPD; e identificar a realização das ações preconizadas para o cuidado à saúde das pessoas com deficiência na Portaria que instituiu a RCPD. As opções de resposta foram dispostas em Escala de Likert, com questões que variavam entre: sempre, na maioria das vezes, raramente e nunca.

A amostra da pesquisa foi selecionada por meio de um plano de amostragem aleatória estratificada por estado e município com método de alocação proporcional ao número de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Considerando a população residente nos estratos, margem de erro de 1,8% e 95% de nível de confiança, o tamanho final da amostra foi de 1.709 profissionais. No entanto, devido aos desafios vivenciados na pandemia de COVID-19, foi alcançado 1.555 profissionais – 91% da amostra projetada (Ribeiro *et al.*, 2021).

A população alvo da pesquisa estava inserida nos 50 municípios selecionados em etapa anterior pelo Grupo Condutor Estadual da RCPD dos estados participantes. Esses municípios foram agrupados de acordo com o porte populacional, com base nos dados do Censo

Demográfico de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para fins de análise, adotou-se a categorização em municípios de grande porte – G (mais de 100 mil habitantes) e de pequeno/médio porte – PM (até 100 mil habitantes). A coleta foi realizada de fevereiro de 2020 e concluída em outubro de 2021.

Escore de ações da Atenção Básica

Foi construído um escore de ações da Atenção Básica, a partir de oito questões relativas à realização das ações, conforme definido para a RCPD, sendo elas: *Identificação precoce das deficiências*, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; *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; *Educação em saúde*, com foco na prevenção de acidentes e quedas; *Articulações com recursos da própria comunidade*, que promovam inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; *Estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade* para pessoas com deficiência; *Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar*; *Apoio e orientação* às famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência; *Apoio e orientação*, 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.

O escore é definido como sendo a média aritmética simples da pontuação dos oito itens de ação destacados. Para obtenção do escore final de ações da atenção básica as pontuações seguiram: sempre= 4 pontos; a maioria das vezes= 3 pontos; raramente= 2 pontos; e nunca= 1 ponto. O Escore das Ações em Saúde da Atenção Primária à Saúde para às Pessoas com Deficiência (EAS/APS – PcD) tornou-se a variável dependente do estudo.

Das questões incluídas no EAS/APS – PcD, avaliou-se a consistência interna do instrumento através do *Alfa de Cronbach*, no intuito de verificar se os conjuntos de questões da dimensão refletem a mesma característica ao qual foi correlacionada, apontando assim a homogeneidade e confiabilidade do instrumento. Os resultados do *Alfa de Cronbach* estão situados em valores entre 0 e 1, onde são considerados valores ideais aqueles superiores a 0,70, no entanto, outros autores afirmam que valores entre 0,60 e 0,70 já são considerados satisfatórios (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Hair Junior *et al.*, 2006; Hair Junior *et al.*, 2009).

No presente estudo, ao ser calculado o *Alfa de Cronbach* o resultado alcançado foi $\alpha=0,809$. De acordo com o valor apresentado, o instrumento alcançou resultado satisfatório, indicando uma boa consistência interna para a dimensão de ações.

Análise Estatística

Com base nas informações evidenciadas e buscando responder de forma efetiva o objetivo geral do estudo, optou-se pela proposta de estimação de três modelos de regressão linear múltipla, sendo um modelo geral e dois modelos seguindo o porte populacional estudado (PM e G). Para o ajuste do modelo final de todos os modelos foram consideradas as variáveis estatisticamente significativas, ou seja, aquelas que apresentaram $p\text{-valor} < 0,05$, considerando um nível de 95% de confiança.

Após a estruturação do modelo final geral, procedeu-se a verificação dos pressupostos do modelo de regressão linear múltipla, sendo eles: linearidade (inspeção do gráfico de dispersão entre os resíduos padronizados e os valores preditos padronizados), independência dos resíduos (teste de *Durbin-Watson*), homocedasticidade (variância dos erros aparenta ser constante ao longo dos valores previstos) e a normalidade dos resíduos (histograma, o gráfico Q-Q plot e o teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov*).

Os dados coletados foram organizados, importados e analisados por meio do *software Jamovi*, versão 2.6.26, sendo essa uma ferramenta estatística gratuita em meio acadêmico e profissional.

RESULTADOS

Dentre os municípios analisados, 29 foram classificados como de pequeno/médio porte, correspondendo a 58% do total, enquanto 21 foram considerados de grande porte, representando 42% da amostra. A seguir, serão apresentados os resultados dos modelos de modo geral e por porte populacional (PM e G).

Regressão Linear Múltipla – Geral

A análise do modelo gerado implica que pelo valor da soma dos quadrados (R^2) obtido, o modelo possui grande nível de adequação, uma vez que 95,2% da variabilidade do escore das

ações da atenção básica voltadas para às pessoas com deficiência (EAS/APS – PcD) pode ser explicada pela interação das variáveis preditoras, conforme apresenta o Tabela 1.

Tabela 1 – Medidas de Ajustamento do Modelo Geral.

Modelo	R ²	Teste ao Modelo Global			
		F	gl1	gl12	p
1	0,952	2883,999	10	1442	<0,001

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Foi realizado o ajuste final do modelo geral com inclusão das variáveis significativas, ou seja, considerando o nível de confiança de 5%, exceto a variável PM2, que embora essa variável em questão não tenha apresentado significância estatística no modelo de regressão linear múltipla, optou-se por mantê-la na análise devido ao seu papel fundamental como variável de controle (Tabela 2). Observou-se que, na ausência dessa variável, o modelo apresentou instabilidade nos coeficientes das demais preditoras, além de uma piora nos indicadores de ajuste.

O modelo final incluiu 10 variáveis independentes (Atendimento às Pessoas com Deficiência - Q8, Conhecimento da RCPD - Q7, Quantitativo de Serviços, Enfermeiro, Médico, PM2, Idade do Respondente, Farmacêutico e Tempo de Experiência na APS), cujos coeficientes e significância estatística estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo.

Preditores	β	Erro-Padrão	Beta	Intervalo de Confiança (IC 95%)		t	p
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
<i>Atendimento às Pessoas com Deficiência (Q8)</i>	0,382	0,022	0,408	0,339	0,424	17,499	<0,001
<i>Conhecimento da RCPD (Q7)</i>	0,246	0,018	0,223	0,210	0,281	13,409	<0,001
<i>Quantitativo de Serviços</i>	0,210	0,032	0,142	0,147	0,272	6,595	<0,001
<i>Enfermeiro</i>	0,527	0,038	0,110	0,452	0,601	13,915	<0,001
<i>Médico</i>	0,425	0,037	0,091	0,352	0,498	11,407	<0,001
<i>Publicações do Ministério da Saúde (Q13)</i>	0,223	0,048	0,030	0,129	0,317	4,654	<0,001
<i>PM2</i>	0,029	0,062	0,003	-0,094	0,151	0,461	0,645
<i>Idade do respondente</i>	0,009	0,002	0,146	0,006	0,013	5,581	<0,001
<i>Farmacêutico</i>	-0,350	0,101	-0,021	-0,548	-0,152	-3,468	0,001

<i>Tempo de experiência na APS</i>	-0,014	0,003	-0,064	-0,019	-0,009	-5,554	<0,001
--	--------	-------	--------	--------	--------	--------	------------------

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Os resultados demonstraram que a variável “Q8 - Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?” foi o preditor mais relevante do modelo, apresentando o maior coeficiente padronizado ($\beta = 0,408$) e um coeficiente não padronizado de $\beta=0,382$; IC95% = [0,339; 0,424]; $p < 0,001$.

Sendo assim, mantidas as demais variáveis constantes, o aumento de uma unidade em Q8 está associado a um aumento de 0,382 unidades no EAS/APS - PcD, ou seja, o fato do respondente considerar que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas desse público aumenta em 0,382 pontos o escore de realização das ações da APS.

A variável “Q7 - Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município?” apresentou evidência estatística significativa ($\beta=0,246$; Beta = 223; IC95% = [0,210; 0,281]; $p < 0,001$), assim como a variável “Q13 - Você conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência?” mostrou evidência significativa ($\beta=0,223$; IC95% = [0,129; 0,317]; $p < 0,001$). O fato do profissional conhecer a RCPD do seu município e conhecer as publicações do Ministério da Saúde, fez aumentar em 0,246 pontos e 0,223 pontos o EAS/APS - PcD, respectivamente.

A variável Quantitativo de Serviços ($\beta=0,210$; Beta=0,142; IC95% = [0,147; 0,271]; $p < 0,001$), apresentou evidência estatística significativa para o aumento de 0,210 pontos no EAS/APS - PcD. No modelo proposto, as categorias profissionais também demonstraram evidência estatística significativa. A presença de profissionais da enfermagem ($\beta=0,527$; Beta=0,110; IC95% = [0,452; 0,601]; $p < 0,001$) e da medicina ($\beta=0,425$; Beta=0,091; IC95% = [0,352; 0,498]; $p < 0,001$) estiveram positivamente associadas ao EAS/APS - PcD, resultando em um incremento de 0,527 pontos e 0,425 pontos, respectivamente, nesse escore.

Por outro lado, a categoria profissional farmacêutica apresentou evidência estatística de ter uma influência negativa o EAS/APS - PcD, resultando em uma redução de 0,350 pontos no escore ($\beta= -0,350$; IC95% = [-0,548; -0,152]; $p\text{-valor} < 0,001$). Da mesma forma, o tempo de experiência na APS mostrou uma associação inversa e estatisticamente significativa ao

EAS/APS - PcD, com uma diminuição de 0,014 pontos por ano de experiência ($\beta=-0,014$; Beta=-0,064; IC95%=[-0,019 a -0,009]; $p<0,001$).

A verificação do pressuposto de linearidade foi realizada por meio da inspeção do gráfico de dispersão entre os resíduos padronizados e os valores preditos padronizados. A ausência de padrões sistemáticos, como curvaturas ou distribuições não aleatórias, sugere que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente é aproximadamente linear. Dessa forma, considera-se que o pressuposto de linearidade foi atendido no modelo estimado. Ainda em relação ao gráfico de dispersão, a variância dos erros aparentou ser constante ao longo dos valores previstos, indicando que o pressuposto de homocedasticidade foi atendido no modelo de regressão linear múltipla proposto no estudo.

No presente estudo, o valor obtido para o teste de *Durbin-Watson* foi de 1,661 (Tabela 3). Esse teste estatístico avalia a independência dos resíduos no modelo de regressão linear múltipla, sendo essencial para garantir a validade das inferências realizadas. De acordo com os critérios estabelecidos na literatura (Field, 2009), valores próximos de 2 indicam ausência de autocorrelação serial dos erros. Assim, considerando que o valor encontrado se aproxima de 2, pode-se afirmar que não há indícios de violação do pressuposto de independência dos resíduos, demonstrando a adequação do modelo quanto a esse critério.

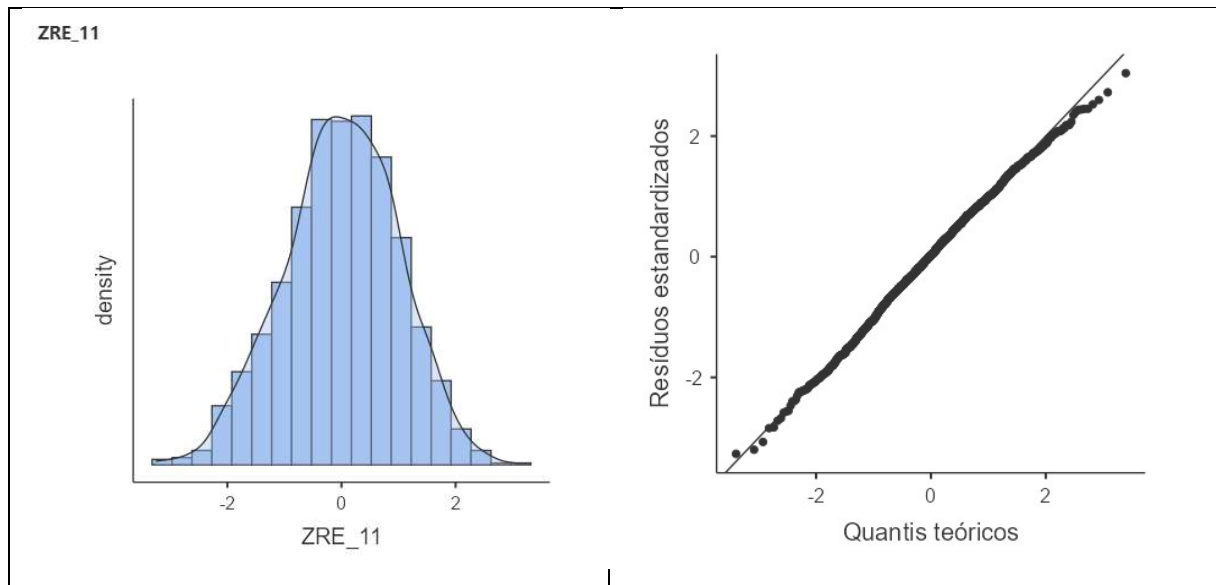
Tabela 3 – Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão.

Teste Estatístico	Interpretação	p-valor	H ₀ : Sem autocorrelação	Conclusão
<i>Durbin-Watson</i>	<i>Próximo de 2 (ideal)</i>	<i>1,661</i>	<i>Não rejeitar H₀</i>	<i>Resíduos independentes</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Em relação à suposição de normalidade dos resíduos, foi utilizado o histograma dos resíduos padronizados, o qual apresentou uma distribuição aproximadamente simétrica e em formato de sino, compatível com a curva normal. O gráfico Q-Q plot mostrou que os resíduos seguem, em sua maioria, a linha de referência, o que sugere aderência à normalidade, como apresenta a Figura 1.

Figura 1 – Resposta a suposição de normalidade dos resíduos através do histograma e gráfico P-P normal.



Fonte: Dados do estudo, 2025.

Adicionalmente, o teste de normalidade reforça essa evidência. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* apresentou, ao nível de confiança de 95%, $p\text{-valor}=0,127$, sendo assim, não foi rejeitada a hipótese nula de normalidade dos resíduos. Dessa forma, conclui-se que o pressuposto de normalidade dos erros foi atendido no modelo de regressão, como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* aplicado aos resíduos da regressão.

Teste de Normalidade	Estatística	p-valor	H_0 : Normalidade dos Resíduos	Decisão ($\alpha=0,05$)
<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	0,021	0,127	Não rejeitar H_0	Normalidade dos resíduos

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Regressão Linear Múltipla – Municípios de Pequeno e Médio Porte (PM)

Considerando os municípios de pequeno e médio porte populacional, o modelo gerado implica que pelo valor da soma dos quadrados (R^2) obtido, o modelo específico também assume um excelente nível de adequação, uma vez que 95,8% da variabilidade do escore das ações da atenção básica voltadas para às pessoas com deficiência pode ser explicada pela interação das variáveis preditoras, conforme apresenta a Tabela 5.

Tabela 5 – Medidas de Ajustamento do Modelo PM.

Modelo	R ²	Teste ao Modelo Global			
		F	gl1	gl2	p
1	0,958	729,908	6	190	<0,001

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

O modelo final para os municípios de pequeno e médio porte (PM) incluiu seis variáveis independentes: Q08, Quantitativo de Serviços, Q07, Enfermeiro, Médico, e uma variável que não havia sido incluída no modelo geral, o sexo. Os coeficientes e a evidência estatística podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6 – Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo para os municípios de pequeno e médio porte populacional.

Preditores	β	Erro-Padrão	Beta	Intervalo de Confiança (IC 95%)		t	p
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
<i>Atendimento às Pessoas com Deficiência (Q8)</i>	0,455	0,059	0,480	0,339	0,570	7,754	<0,001
<i>Quantitativo de Serviços Q07</i>	0,161	0,080	0,090	0,003	0,318	2,007	0,046
<i>Enfermeiro</i>	0,204	0,047	0,189	0,110	0,297	4,288	<0,001
<i>Médico</i>	0,443	0,099	0,091	0,248	0,639	4,467	<0,001
<i>Sexo</i>	0,505	0,104	0,093	0,300	0,710	4,860	<0,001
	0,218	0,078	0,137	0,065	0,371	2,812	0,005

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Os resultados demonstraram evidência de que a variável Q8 (Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?) continuou sendo o preditor mais relevante do modelo referente aos municípios de pequeno e médio porte populacional, apresentando o maior coeficiente padronizado (Beta=0,480) e um coeficiente não padronizado de $\beta=0,455$; IC95%= [0,339; 0,570]; $p<0,001$.

Dessa forma, o aumento de uma unidade em Q8 está associado a um aumento de 0,455 unidades no escore de ações, ou seja, o fato do respondente de um município de pequeno/médio porte considerar que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas desse público aumenta em 0,455 pontos o escore de realização das ações da atenção básica para as pessoas com deficiência.

A variável Q7 – Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município? – apresentou evidência de ser o segundo preditor mais importante do modelo ($\beta=0,189$). Sendo assim, o fato do profissional conhecer a RCPD do seu município fez aumentar em 0,246 pontos o escore de realização das ações da atenção básica para às pessoas com deficiência ($\beta=0,189$; IC95% = [0,110; 0,297]; $p < 0,001$).

O sexo feminino apresentou evidência estatística significativa para o aumento de 0,218 pontos no escore de ações ($\beta=0,218$; $\beta=0,137$; IC95% = [0,065; 0,371]; $p=0,005$). A variável Quantitativo de Serviços ($\beta=0,161$; $\beta=0,090$; IC95% = [0,003; 0,318]; $p=0,046$), apresentou evidência estatística significativa para o aumento de 0,161 pontos no escore de ações.

Assim como no modelo geral, as categorias profissionais da enfermagem e da medicina também apresentaram evidência estatística significativa de influenciar o modelo específico, com associações positivas em relação ao escore de ações da atenção básica. Os profissionais de enfermagem apresentaram evidência estatística de contribuir com um aumento de 0,443 pontos ($\beta = 0,443$; $\beta = 0,091$; IC95% = [0,248 – 0,639]; $p < 0,001$) e os profissionais da medicina com evidência estatística de um acréscimo de 0,505 pontos ($\beta = 0,505$; $\beta = 0,093$; IC95% = [0,300 – 0,710]; $p < 0,001$) no escore. No entanto, diferentemente do modelo geral, em que a maior contribuição foi da categoria da enfermagem, neste modelo a evidência estatística foi observado entre os profissionais da medicina.

Mantendo a mesma abordagem adotada na avaliação do modelo geral, após a definição do modelo final para os municípios de pequeno e médio porte populacional, procedeu-se à verificação dos pressupostos da regressão linear múltipla.

A avaliação da linearidade e da homocedasticidade mostrou ausência de padrões sistemáticos, como curvaturas ou concentrações irregulares, sugerindo que a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente é aproximadamente linear. Portanto, considera-se que o pressuposto de linearidade e homocedasticidade foram atendidos no modelo estimado.

O valor obtido para o teste de *Durbin-Watson* foi de 1,604 (Tabela 7), indicando que não há indícios de violação do pressuposto de independência dos resíduos, confirmando a adequação do modelo quanto a esse pressuposto.

Tabela 7 – Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão em municípios de pequeno e médio porte.

Teste Estatístico	Interpretação	p-valor	H ₀ : Sem autocorrelação	Conclusão
<i>Durbin-Watson</i>	<i>Próximo de 2 (ideal)</i>	<i>1,604</i>	<i>Não rejeitar H₀</i>	<i>Resíduos independentes</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Em relação à suposição de normalidade dos resíduos, o histograma dos resíduos padronizados apresentou uma distribuição aproximadamente simétrica e em formato de sino, compatível com a curva normal. O gráfico Q-Q normal mostrou que os resíduos seguem, em sua maioria, a linha de referência, o que sugere aderência à normalidade.

Coerentemente o teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov*, ao nível de 95% de confiança, apresentou p-valor= 0,200, não rejeitando a hipótese nula de normalidade dos resíduos. Dessa forma, o pressuposto de normalidade dos erros foi atendido no modelo de regressão específico, como apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* aplicado aos resíduos da regressão PM.

Teste de Normalidade	Estatística	p-valor	H ₀ : Normalidade dos Resíduos	Decisão ($\alpha=0,05$)
<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>0,055</i>	<i>0,200</i>	<i>Não rejeitar H₀</i>	<i>Normalidade dos resíduos</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Regressão Linear Múltipla – Municípios de Grande Porte (G)

Considerando os municípios de grande porte populacional, o modelo gerado implica que pelo valor da soma dos quadrados (R^2) obtido, o modelo específico para municípios de grande porte alcançou um nível de adequação excelente, uma vez que 95,5% da variabilidade do escore das ações da atenção básica voltadas para às pessoas com deficiência pode ser explicada pela interação das variáveis preditoras. Observe a Tabela 9.

Tabela 9 – Medidas de Ajustamento do Modelo de municípios de grande porte.

Modelo	R ²	Teste ao Modelo Global			
		F	gl1	gl12	p
1	0,955	1765,238	15	1240	<0,001

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

O modelo final para esse porte populacional apresentou evidência estatística de inclusão do maior número de variáveis independentes: Q08, Quantitativo de Serviços, Q07, Enfermeiro, Médico, Sexo, Q13, fisioterapeuta, educador físico, farmacêutico, terapeuta ocupacional, Tempo de Experiência na Atenção Básica, Idade do Respondente, fonoaudiólogo e cirurgião dentista, cujos coeficientes e evidências estatísticas significativas estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Estimativas dos parâmetros do ajuste final do modelo para os municípios de grande porte populacional.

Preditores	β	Erro-Padrão	Beta	Intervalo de Confiança (IC 95%)		t	p
				Lim. Inferior	Lim. Superior		
<i>Q08</i>	0,301	0,024	0,323	0,254	0,349	12,427	<0,001
<i>Quantitativo de Serviços</i>	0,133	0,037	0,092	0,060	0,206	3,566	<0,001
<i>Q07</i>	0,226	0,019	0,205	0,188	0,265	11,619	<0,001
<i>Enfermeiro</i>	0,657	0,056	0,137	0,547	0,766	11,806	<0,001
<i>Médico</i>	0,590	0,053	0,130	0,486	0,694	11,083	<0,001
<i>Sexo</i>	0,211	0,034	0,145	0,145	0,277	6,238	<0,001
<i>Q13</i>	0,275	0,050	0,037	0,177	0,373	5,500	<0,001
<i>Fisioterapeuta</i>	0,475	0,103	0,031	0,272	0,677	4,600	<0,001
<i>Educador Físico</i>	0,507	0,141	0,023	0,229	0,784	3,585	<0,001
<i>Farmacêutico</i>	-0,212	0,107	-0,013	-0,423	-0,001	-1,975	0,049
<i>Terapeuta Ocupacional</i>	0,597	0,185	0,020	0,234	0,959	3,230	0,001
<i>Tempo de experiência na AB</i>	-0,011	0,003	-0,051	-0,016	-0,006	-4,024	<0,001
<i>Idade</i>	0,005	0,002	0,081	0,002	0,009	2,798	0,005
<i>Fonoaudiólogo</i>	0,426	0,146	0,019	0,140	0,711	2,923	0,004
<i>Cirurgião Dentista</i>	0,180	0,062	0,027	0,058	0,302	2,885	0,004

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Assim como no modelo geral, as questões de conhecimento Q08 (Você considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à pessoa com deficiência atende às necessidades e demandas deste público?), Q07 (Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município?) e Q13 (Você conhece as publicações do Ministério da Saúde que objetivam apoiar os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência?), apresentaram evidências estatísticas significativas, o que pode indicar a relevância desses itens para o modelo proposto: ($\beta=0,301$; Beta = 0,323; IC95% = [0,254; 0,349]; $p < 0,001$), ($\beta=0,226$;

Beta = 0,205; IC95% = [0,188; 0,265]; $p < 0,001$) e ($\beta=0,275$; Beta = 0,037; IC95% = [0,177; 0,373]; $p < 0,001$), respectivamente.

Sendo assim, mantidas as demais variáveis constantes, o aumento de uma unidade em Q08, Q07 e Q13 evidencia estatisticamente um aumento de 0,301, 0,226 e 0,275 pontos no escore de ações da atenção básica às pessoas com deficiência, de modo respectivo.

Dentre as categorias profissionais incluídas no modelo sete categorias se apresentaram evidências estatísticas de influenciar positivamente ao escore de ações, dentre as quais foram em ordem de maior influência sobre a variável dependente: enfermagem ($\beta=0,657$; Beta = 0,137; IC95% = [0,547; 0,766]; $p < 0,001$), ($\beta=0,590$; Beta = 0,130; IC95% = [0,486; 0,694]; $p < 0,001$), fisioterapia ($\beta=0,475$; Beta = 0,031; IC95% = [0,272; 0,677]; $p < 0,001$), educação física ($\beta=0,507$; Beta = 0,023; IC95% = [0,229; 0,784]; $p < 0,001$), ($\beta=0,597$; Beta = 0,020; IC95% = [0,234; 0,959]; $p=0,001$), cirurgião dentista ($\beta=0,180$; Beta = 0,027; IC95% = [0,058; 0,302]; $p=0,004$) e fonoaudiologia ($\beta=0,426$; Beta = 0,019; IC95% = [0,140; 0,711]; $p=0,004$).

Assim como no modelo geral, a categoria profissional da farmácia apresentou evidência estatística de influência negativa ao escore estudado ($\beta= -0,212$; Beta = -0,013; IC95% = [-0,423; -0,001]; $p=0,049$), como também a variável tempo de experiência na atenção básica ($\beta= -0,011$; Beta = -0,051; IC95% = [-0,016; -0,006]; $p < 0,001$).

Duas características individuais dos respondentes também apresentaram evidência estatística de influência positiva ao modelo, sendo elas o sexo ($\beta=0,211$; Beta = 0,145; IC95% = [0,145; 0,277]; $p < 0,001$) e a idade dos respondentes ($\beta=0,005$; Beta = 0,081; IC95% = [0,002; 0,009]; $p=0,005$).

Destaca-se que a variável quantitativa de serviços da RCPD esteve apresentando relevância estatística em todos os modelos estatísticos gerados, inclusive no dos municípios de grande porte ($\beta=0,133$; Beta = 0,092; IC95% = [0,060; 0,206]; $p < 0,001$), a presença de mais serviços da rede em questão apresentou evidência estatística de aumentar em 0,133 pontos o escore de ações.

Como parte do delineamento metodológico do estudo, uma vez estruturado o modelo final para os municípios de grande porte populacional, procedeu-se à verificação dos pressupostos inerentes à aplicação da regressão linear múltipla.

Em relação à linearidade e a homocedasticidade, foram atendidos esses pressupostos uma vez que o gráfico de dispersão entre os resíduos padronizados e os valores preditos se apresentaram sem ausência de padrões sistemáticos, ou seja, sem a presença de curvaturas ou distribuições não aleatórias. Tal padrão reforça a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

O valor obtido para o teste de *Durbin-Watson* foi de 1,680, conforme a Tabela 11. Como resultado do teste apresentou p-valor próximo de dois, pode-se afirmar que não há indícios de violação do pressuposto de independência dos resíduos, demonstrando evidência estatística de adequação do modelo quanto a esse critério.

Tabela 11 – Resultado do teste de normalidade aplicado aos resíduos da regressão em municípios de grande porte.

Teste Estatístico	Interpretação	p-valor	H ₀ : Sem autocorrelação	Conclusão
<i>Durbin-Watson</i>	<i>Próximo de 2 (ideal)</i>	<i>1,680</i>	<i>Não rejeitar H₀</i>	<i>Resíduos independentes</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Seguindo a suposição de normalidade dos resíduos, o histograma dos resíduos padronizados apresentou uma distribuição aproximadamente simétrica e em formato de sino, compatível com a curva normal, além disso, o gráfico Q-Q plot mostrou que os resíduos seguem, em sua maioria, a linha de referência, o que sugere aderência à normalidade.

Coerentemente o teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov*, ao nível de confiança de 95%, apresentou p-valor= 0,200, sendo assim, sabendo que o valor de p obtido foi superior ao nível de significância adotado ($\alpha = 0,05$), implicou na não rejeição da hipótese nula de normalidade dos resíduos. Dessa forma, conclui-se que pressuposto de normalidade dos erros foi atendido no modelo de regressão específico, como apresentado na Tabela 12.

Tabela 12 – Resultado do teste de *Kolmogorov-Smirnov* aplicado aos resíduos da regressão dos municípios de grande porte populacional.

Teste de Normalidade	Estatística	p-valor	H ₀ : Normalidade dos Resíduos	Decisão ($\alpha=0,05$)
<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>0,021</i>	<i>0,200</i>	<i>Não rejeitar H₀</i>	<i>Normalidade dos resíduos</i>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

DISCUSSÃO

Com base nos achados apresentados, observa-se um conjunto relevante de evidências que podem subsidiar decisões estratégicas voltadas à qualificação das ações da APS para pessoas com deficiência. A aplicação da regressão linear múltipla em três modelos distintos, modelo geral, municípios de pequeno/médio porte (PM) e municípios de grande porte (G), permitiu aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam o EAS/APS – PcD.

Em todos os modelos testados, a variável Q8, que expressa a percepção do respondente sobre a adequação do atendimento prestado à pessoa com deficiência, emergiu com evidência estatística significativa de ser o preditor mais influente. Tal constância sugere que a autopercepção dos profissionais quanto à resolutividade do cuidado prestado é um elemento estruturante do desempenho da APS. Profissionais que reconhecem positivamente a capacidade de suas equipes tendem a adotar práticas mais proativas, centradas no usuário e articuladas com a lógica do cuidado integral (Oliveira *et al.*, 2024).

De forma complementar, a variável Q7 (conhecimento da RCPD), também mostrou evidência estatística significativa nos três modelos. Esse padrão reafirma a importância do domínio conceitual sobre a rede como fator propulsor da prática qualificada, especialmente em territórios onde não há disponibilidade de todos os equipamentos da RCPD, como os municípios de pequeno porte.

Além disso, o conhecimento das publicações do Ministério da Saúde (Q13) demonstrou evidência estatística significativa nos modelos geral e de grande porte, apontando que a familiaridade com diretrizes e normativas específicas se relaciona positivamente à implementação de ações na APS. A compreensão dos marcos legais e operacionais da RCPD capacita os profissionais a articular fluxos, implementar protocolos e promover estratégias de cuidado compatíveis com os princípios da integralidade e da equidade (Mendonça *et al.*, 2024).

Do ponto de vista das categorias profissionais, a presença de médicos e enfermeiros teve evidência estatística significativa de efeito positivo e consistente em todos os modelos, ainda que com variações. No modelo de municípios de grande porte, os coeficientes foram mais elevados, o que pode refletir a maior densidade tecnológica e a complexidade dos serviços nesses territórios. Já nos municípios menores, os coeficientes foram ligeiramente inferiores, possivelmente em função da limitação de recursos e da menor diversificação das equipes multiprofissionais.

Esse achado é coerente com os dispositivos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelecem médicos e enfermeiros como integrantes obrigatórios das equipes, com atribuições comuns e específicas voltadas à integralidade do cuidado, sendo essas atribuições parte das ações programáticas previstas para a atuação desses profissionais na APS (Brasil, 2017). Tais profissionais assumem um papel central na condução clínica, na elaboração de planos terapêuticos e na coordenação dos fluxos assistenciais, o que reforça sua relevância para a efetivação da RCPD na APS (Almeida *et al.*, 2018).

Nos municípios de grande porte, observou-se a inclusão de um maior número de categorias profissionais com evidências estatísticas significadas associadas positivamente ao

escore de ações: fisioterapeuta, educador físico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e cirurgião dentista. A presença dessas categorias, ausentes nos modelos de municípios menores, sugere uma maior capilaridade da RCPD e uma composição mais robusta das equipes, o que favorece uma abordagem multidisciplinar e potencializa a resposta da APS às complexas demandas da população com deficiência (Shimizu *et al.*, 2021).

Quanto às características individuais dos respondentes, o sexo feminino apresentou evidências estatísticas significativa de associação positiva nos modelos específicos, o que não ocorreu no modelo geral. Já a variável idade apresentou evidência estatística significativa positiva associada ao escore nos modelos geral e de grande porte, enquanto o tempo de experiência na APS demonstrou evidência estatística significativa de uma associação negativa. Este último resultado pode indicar a presença de desafios adaptativos entre profissionais com maior tempo de serviço, que podem estar mais distantes das inovações e diretrizes atuais da RCPD, ou ainda experienciando esgotamento decorrente da sobrecarga de trabalho e da escassez de recursos (Silva *et al.*, 2020).

A literatura corrobora tais achados ao apontar que lacunas na formação inicial, centrada em um modelo biomédico e pouco voltada à atenção integral, prejudicam a capacidade dos profissionais de operacionalizar o cuidado às pessoas com deficiência segundo os preceitos da APS. A ausência de formação interprofissional e de ênfase em práticas humanizadas ainda constitui um obstáculo para a transformação do modelo assistencial (Oliveira *et al.*, 2018).

Um ponto de convergência entre os três modelos foi a evidência estatística de significância da variável relacionada ao quantitativo de serviços vinculados à RCPD, o que destaca a importância estrutural da oferta de serviços para a efetividade das ações da APS. A escassez de serviços especializados compromete o acesso, aumenta o tempo de espera e limita a capacidade das equipes em garantir a continuidade e a integralidade do cuidado (Miranda *et al.*, 2024). Em contrapartida, a maior disponibilidade de serviços possibilita uma atuação mais resolutiva, permitindo encaminhamentos mais ágeis e maior coordenação entre os pontos de atenção (Souza *et al.*, 2014).

Portanto, a análise comparativa dos três modelos evidencia estatisticamente que, embora existam determinantes comuns ao desempenho das ações da APS voltadas à pessoa com deficiência, como a percepção do cuidado, o conhecimento da RCPD e o número de serviços disponíveis, as dinâmicas locais, expressas pelo porte populacional, modulam a influência de determinados fatores. Variáveis como a composição da equipe e as características individuais dos profissionais apresentam evidências estatísticas de comportamentos distintos

conforme a complexidade do território, reforçando a necessidade de estratégias de gestão diferenciadas.

Dessa forma, a realização de análises estratificadas se mostra fundamental para captar nuances contextuais e orientar políticas públicas mais sensíveis às especificidades de cada realidade. Tais evidências são valiosas para gestores e formuladores de políticas, que podem, a partir desses achados, desenvolver estratégias mais alinhadas à realidade local, ampliando a efetividade da RCPD no âmbito da APS.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou importantes elementos que influenciam o desempenho das ações da APS voltadas à população com deficiência, oferecendo subsídios relevantes para o fortalecimento da RCPD. A aplicação da regressão linear múltipla em modelos estratificados por porte populacional permitiu identificar tanto fatores comuns quanto específicos que modulam a atuação da APS em diferentes contextos municipais.

A autopercepção positiva dos profissionais sobre o atendimento prestado à pessoa com deficiência mostrou-se o fator mais influente em todos os modelos analisados, indicando que o reconhecimento interno das práticas adotadas está fortemente associado à resolutividade das ações. Somado a isso, o conhecimento sobre a RCPD e as diretrizes do Ministério da Saúde destacou-se como elemento estratégico para a qualificação do cuidado, reafirmando a importância da educação permanente em saúde e da apropriação das normativas institucionais.

A composição das equipes de saúde, especialmente a presença de médicos, enfermeiros e outros profissionais da reabilitação, mostrou impacto diferenciado conforme o porte populacional, evidenciando desigualdades na estruturação das equipes e no acesso a cuidados especializados. A associação positiva entre maior diversidade de profissionais e escore de ações reforça a relevância de equipes multidisciplinares na abordagem das necessidades complexas das pessoas com deficiência.

Aspectos individuais dos profissionais, como idade, sexo e tempo de experiência, revelaram-se fatores relevantes, apontando para a necessidade de estratégias de gestão e capacitação que considerem as trajetórias profissionais e suas implicações no cuidado ofertado.

Por fim, a disponibilidade de serviços vinculados à RCPD revelou-se uma variável estruturante para a efetividade das ações da APS, reafirmando a necessidade de ampliar a oferta e a capilaridade da rede em todos os territórios. Os resultados aqui apresentados demonstram

que o fortalecimento da RCPD na APS requer não apenas investimentos estruturais, mas também políticas de formação, valorização e suporte às equipes, adaptadas às realidades locais.

Dessa forma, considerar as especificidades contextuais dos municípios constitui uma ferramenta potente para orientar intervenções mais assertivas, sensíveis às desigualdades territoriais e alinhadas aos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS. Espera-se que as evidências produzidas possam contribuir para o aprimoramento das políticas públicas e para o avanço na garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

6.4 PRODUTO 4 - O CUIDADO EM SAÚDE ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS DE PEQUENO E MÉDIO PORTE: UMA ANÁLISE SWOT

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui o desafio de concretizar políticas públicas e estratégias capazes de responder de forma completa às necessidades de saúde desse público, com responsabilidade e articulação dos níveis de atenção, buscando a integralidade da assistência através de estratégias para ampliação do cuidado (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

Uma importante estratégia implementada foi a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a qual busca promover o cuidado integral, incluindo prevenção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, cuidados paliativos e redução de danos, fortalecendo a identificação precoce de agravos à saúde, o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e habilitação focada na funcionalidade e inclusão social. A RCPD também possui o intuito de incentivar a formação contínua dos profissionais de saúde e articular ações interinstitucionais para a promoção de direitos e combate ao capacitismo, além de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados (Brasil 2017; Brasil, 2023).

Um dos desafios a serem enfrentados na busca de assegurar o cuidado integral às pessoas com deficiência é a garantia de acesso aos serviços de reabilitação em todo o país. O Brasil é peculiar no que tange às suas diferenças territoriais, dos seus 5570 municípios, 69,3% possui até 20 mil habitantes; 25,0% têm entre 20 e 100 mil habitantes; 5,0% dos municípios contam com população entre 100 e 500 mil habitantes; e apenas 0,7% dos municípios possuem mais de 500 mil habitantes (IBGE, 2023).

Essa distribuição demográfica impõe novos desafios à saúde pública, exigindo a organização dos serviços em diferentes níveis de atenção, à contratação e fixação de

profissionais qualificados, além da adaptação a distintos contextos econômicos, políticos, sociais, demográficos e sanitários (Seidl *et al.*, 2014).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo identificar as potencialidades (forças e oportunidades) e as fragilidades (fraquezas e ameaças) do cuidado em saúde voltado às pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte, a partir da percepção de gestores dos municípios.

MÉTODO

Trata-se de estudo de caso multicêntrico, exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa (Minayo, 2014; Yin, 2010), realizado em oito estados das cinco regiões geográficas do Brasil: 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 partir da indicação dos Grupos Condutores da RCPD, seis municípios foram selecionados em cada estado, considerando três regiões/macrorregiões de saúde com diferentes níveis de implantação da RCPD (incipiente, moderada e avançada). Para cada região/macrorregião, foram escolhidos dois municípios: um com maior e outro com menor oferta de serviços de atenção à saúde da RCPD, exceto o Mato Grosso do Sul, onde foram incluídas as quatro regiões de saúde, totalizando 50 municípios no estudo.

Para classificação, os municípios foram categorizados, em associação, pelo porte populacional (pequeno, médio ou grande) e pela oferta (maior ou menor) de serviços de saúde da Rede. Para o presente estudo, foram incluídos municípios de pequeno e médio porte e com o menor quantitativo de serviços, totalizando 19 municípios. Destes, quatro municípios foram excluídos: três não realizaram entrevista com os atores determinados no estudo e um o entrevistado não permitiu a gravação para posterior transcrição. Destaca-se ainda que um dos municípios participaram da entrevista o Secretário Municipal de Saúde e o Coordenador da Atenção Básica, totalizando assim 16 entrevistas.

Foram realizadas entrevistas com Coordenadores da Atenção Primária em Saúde e/ou Secretários Municipais de Saúde. A técnica de entrevista foi utilizada para captar elementos essenciais e estruturais da RCPD nos municípios selecionados, fornecendo maior aporte de informações sobre o cuidado oferecido às pessoas com deficiência em diferentes contextos e em distintas realidades municipais.

Para tanto, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado com base em informações bibliográficas e documentais. Sua estrutura inicial voltava para a caracterização do entrevistado (nome, formação, vínculo profissional, estado, município e se possuía alguma participação direta na RCPD); sua parte central buscava compreender as ações específicas realizadas pela atenção primária às pessoas com deficiência, articulação da rede entre os pontos de atenção e avaliação de funcionamento da rede (desafios, facilitadores e estratégias encontradas para atender às necessidades de saúde desse público específico); e finalizava com a oportunidade do entrevistado questionar, acrescentar algo sobre sua fala ou outra informação adicional que não foi questionada pelo entrevistador.

Os participantes foram acessados por meio de contato digital, no qual foi enviado convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura e detalhamento do processo de pesquisa e coleta de dados. Mediante autorização de gravação e participação, os participantes foram entrevistados por meio das plataformas on-line *Google Meet* e *Microsoft Teams*, no período de julho de 2019 a junho de 2022.

As falas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo. A análise de conteúdo preconiza algumas etapas e estas foram seguidas: (1) leitura geral e compreensiva dos textos transcritos; (2) exploração/investigação do material na busca de compreender o texto por meio de análises e agrupamento de trechos significativos; e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (Minayo, 2010).

Após essa etapa, utilizou-se a Matriz SWOT para agrupamento das falas transcritas e apresentação dos resultados. A Análise ou Matriz SWOT é uma ferramenta originária do campo da administração utilizada como meio de disseminação do planejamento estratégico. O fundamento da sua construção envolve características intrínsecas (*Strengths/Forças* e *Weaknesses/Fraquezas*) e extrínsecas (*Opportunities/Oportunidades* e *Threats/Ameaças*), com a finalidade de auxiliar nas tomadas de decisões quanto ao planejamento de futuras ações (Fernandes, 2012).

Essa matriz também tem se mostrado uma ferramenta eficaz em diversos estudos, auxiliando no diagnóstico participativo e no planejamento estratégico, como o estudo de Miranda *et al.* (2024) que embasou o Plano Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2024 – 2027) e facilitou a articulação intersetorial no planejamento estratégico local (Carneiro; Jesus, 2025). Na APS, Campos *et al.*, (2024) utilizaram a matriz para identificar oportunidades de ampliação da imunização em demanda espontânea, enquanto Baldissera *et al.* (2023) a empregaram para mapear características do trabalho coletivo. Estudos qualitativos

sobre cuidado domiciliar partilhado também empregaram a SWOT para revelar potencialidades e limites na organização das equipes (Silva *et al.*, 2022).

No estudo em tela, a Matriz SWOT foi utilizada para organizar os resultados com abordagem qualitativa, considerando características intrínsecas e extrínsecas, a fim de contribuir para futuras estratégias que potencializem as ações de saúde para pessoas com deficiência e superem fragilidades em municípios de pequeno e médio porte com menor organização da rede específica.

Para categorizar as falas dos entrevistados foi necessário construir uma regra de decisão para cada um dos fatores da matriz, como apresentado no Quadro 1:

Quadro 1 – Regra de decisão para cada fator da Matriz SWOT de acordo com o objetivo do estudo.

<i>Análise Interna</i>	
<i>Forças</i>	- Domínio direto do município, que pode ser utilizado para influenciar o ambiente externo; - Vai representar o que o entrevistado traz como ponto forte do município na atenção à saúde da pessoa com deficiência. Exemplos: qualificação da força de trabalho, o nível de gestão, qualidade dos procedimentos, estrutura organizacional (fluxos/protocolos assistenciais), atualização tecnológica, entre outros; - Condição interna, atual ou potencial, capaz de auxiliar substancialmente e por longo tempo o desempenho do cuidado em saúde voltadas às pessoas com deficiência.
<i>Fraquezas</i>	- Percepção dos entrevistados sobre os pontos que fragilizam, dentro do município, o cuidado em saúde às pessoas com deficiência; - Destaca-se como uma questão interna, sob o domínio da organização do município. Exemplos: desqualificação da força de trabalho, implicações do nível de gestão, falta de qualidade dos procedimentos e estrutura organizacional, desatualização tecnológica, entre outros; - Condição interna, atual ou potencial, capaz de dificultar substancialmente o desempenho do cuidado em saúde voltadas às pessoas com deficiência.
<i>Análise Externa</i>	
<i>Oportunidades</i>	- Fora do domínio direto do município, se trata da oportunidade que o ambiente externo oferece; - É uma situação externa, que, se for adequadamente aproveitada, pode contribuir, em grau relevante, para os objetivos ou melhoria do desempenho do cuidado em saúde às pessoas com deficiência.
<i>Ameaças</i>	- Fora do domínio direto do município, que pode causar sérios danos ao cuidado em saúde da pessoa com deficiência; - É uma situação presente no ambiente externo, que, se não for adequadamente combatida ou mantida em uma distância segura, pode prejudicar, em grau relevante, o alcance de objetivos ou o desempenho do cuidado em saúde voltado às pessoas com deficiência.

Fonte: Adaptado de Fernandes, 2012.

O estudo está vinculado à pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil”, contemplado com financiamento pela Chamada Cnpq/MS 35/2018 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, CAAE: 13083519.3.1001.5188 e número do parecer: 547.348.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos gestores participantes desta pesquisa revela uma expressiva predominância feminina, com mulheres representando 75,0% (n=12) dos entrevistados, o que reflete uma tendência observada na ocupação de cargos de gestão em saúde nos municípios analisados. No que se refere à formação acadêmica, destaca-se a hegemonia da categoria da enfermagem, presente em 87,5% (n=14) dos entrevistados, evidenciando a centralidade dessa categoria profissional na gestão da APS.

Quanto ao tempo de experiência nos cargos de gestão, observou-se uma ampla variação, oscilando entre dois meses e vinte anos de exercício. A média de tempo de atuação foi de 4,92 anos, com um desvio padrão de $\pm 5,48$ anos, indicando alta dispersão nos dados. Essa diversidade aponta para a coexistência de profissionais recém-ingressos na função e de gestores com trajetórias consolidadas, revelando diferentes níveis de maturidade institucional e compreensão dos desafios operacionais e estratégicos da gestão em APS.

Dentre os municípios participantes do estudo, identificaram-se, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os serviços presentes considerados componentes da RCPD, conforme o Quadro 2 apresenta.

Quadro 2 – Caracterização dos serviços da RCPD nos municípios estudados por região e porte populacional.

Região Brasileira	Porte Populacional	Componentes da RCPD		
		Atenção Primária à Saúde*	Atenção Especializada Ambulatorial	Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência
Norte	<i>P – Gestor 03</i>	<i>01</i>	-	<i>Unidade Hospitalar</i>
	<i>M – Gestor 04</i>	<i>08</i>	-	<i>Hospital</i>
	<i>P – Gestor 05</i>	<i>19</i>	<i>CEO CER</i>	<i>Unidade Hospitalar</i>

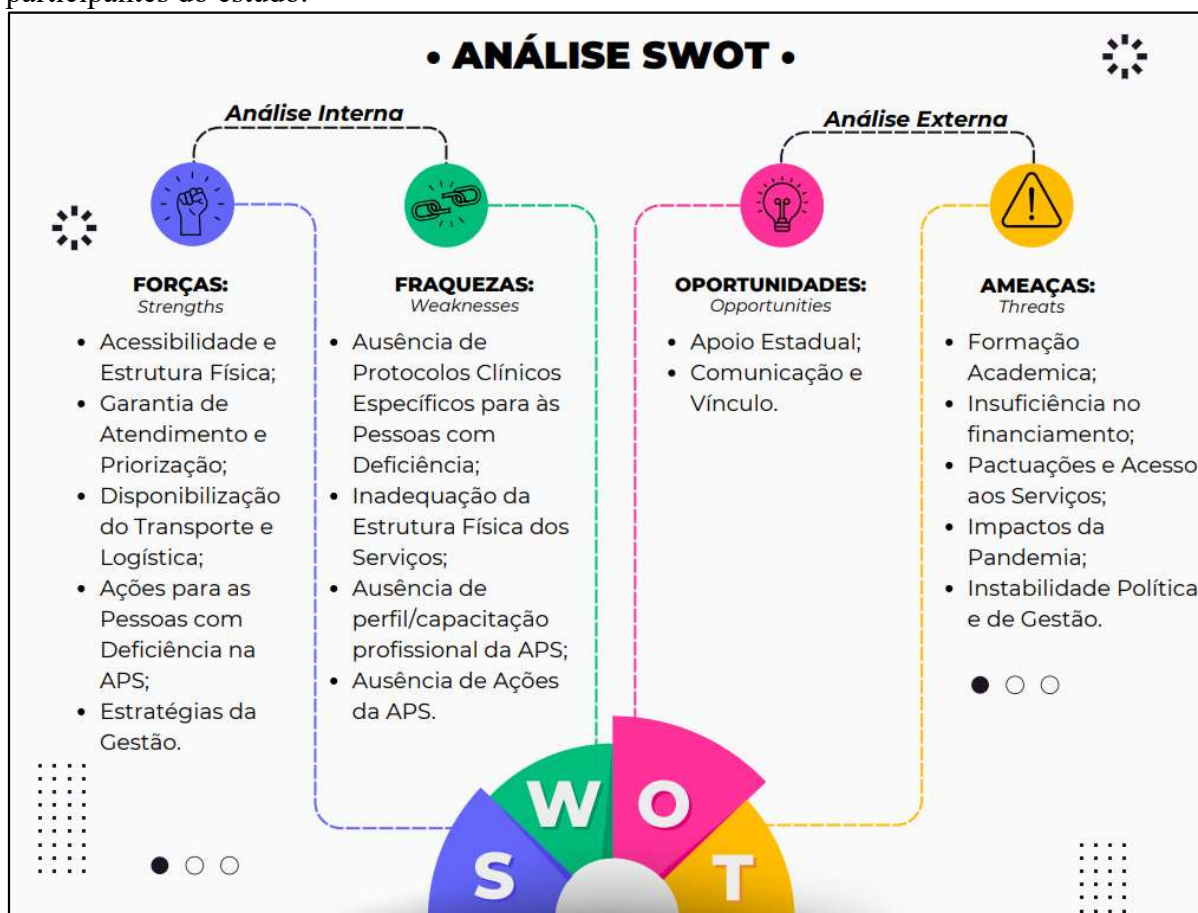
<i>Nordeste</i>	<i>P – Gestor 01</i>	<i>34</i>	<i>CEO CER</i>	<i>Hospital</i>
	<i>P – Gestor 02</i>	<i>09</i>	<i>-</i>	<i>Hospital</i>
	<i>P – Gestor 08</i>	<i>07</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
	<i>P – Gestor 09</i>	<i>02</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
	<i>P – Gestor 10</i>	<i>04</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Sudeste</i>	<i>P – Gestor 11</i>	<i>07</i>	<i>-</i>	<i>Hospital</i>
	<i>P – Gestor 12</i>	<i>05</i>	<i>CER</i>	<i>Pronto Atendimento</i>
	<i>M – Gestor 13</i>	<i>09</i>	<i>02 CER</i>	<i>Unidade Pronto Atendimento</i>
	<i>P – Gestor 14</i>	<i>01</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Centro-oeste</i>	<i>P – Gestor 07</i>	<i>02</i>	<i>-</i>	<i>Hospital</i>
	<i>P – Gestor 15</i>	<i>04</i>	<i>-</i>	<i>Hospital</i>
<i>Sul</i>	<i>M – Gestor 06</i>	<i>17</i>	<i>CEO CER</i>	<i>Hospital</i>

Fonte: Elaboração Própria segundo dados do CNES, 2025. **Foram incluídas na contagem: Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde da Família e Estratégia Saúde da Família.*

Com base na caracterização dos gestores e na identificação dos serviços presentes nos municípios estudados, torna-se possível aprofundar a compreensão das condições locais para o cuidado em saúde voltado às pessoas com deficiência em municípios brasileiros de pequeno e médio porte a partir das entrevistas dos gestores, visando identificar, de forma sistematizada, os elementos internos e externos que influenciam nesse cuidado.

A Figura 1 apresenta a sistematização completa da matriz SWOT elaborada no presente estudo. Esse panorama geral contribui para a reflexão sobre as análises internas e externas, evidenciando como podem ser utilizadas para potencializar o cuidado voltado às pessoas com deficiência. Ademais, a matriz pode servir como referência para a construção de novas análises e para a comparação com estudos realizados em outros contextos territoriais que abordem a mesma temática.

Figura 1 – Matriz SWOT do cuidado em saúde das pessoas com deficiência dos municípios participantes do estudo.



Fonte: Elaboração Própria, 2025.

A seguir, são apresentados os resultados referentes às análises: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças.

Forças

A análise das Forças, enquanto componente da matriz SWOT, permitiu identificar aspectos intrínsecos positivos e estratégicos relacionados à oferta de cuidados e serviços de saúde voltados para as pessoas com deficiência nos municípios selecionados. A partir da análise dos discursos dos sujeitos entrevistados, estabeleceu-se cinco categorias de análises para Forças: Acessibilidade e Estrutura física; Garantia de Atendimento e Priorização; Transporte e Logística; Ações para as Pessoas com Deficiência na APS; e Estratégias da Gestão.

Acessibilidade e Estrutura física

Foi possível identificar, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa, que alguns gestores reconhecem avanços significativos na adequação do espaço físico dos serviços da APS após a implementação da RCPD. As intervenções estruturais, segundo os depoimentos, contribuíram para tornar os serviços mais acessíveis e acolhedores às pessoas com deficiência, promovendo uma ambiência mais inclusiva.

"Porque essas questões de estrutura física a gente, a gente tem mobilidade nas unidades, as nossas unidades têm rampa, tem corrimão. Essa questão de mobilidade a gente já tem facilidade." (Gestor 01)

"Então, eu percebo que melhorou sim, se tratando de adequações de estruturas físicas..." (Gestor 02)

"Houve ampliação de rampas tanto nas UBS's, quanto também em outras secretarias..." (Gestor 03)

"Então assim, todas as salas elas têm condição de receber o paciente, tanto sala médica, sala de vacina. Então assim, o serviço, vamos dizer assim, ele se torna até facilitado." (Gestor 08)

Essas falas evidenciam que a preocupação com a acessibilidade física passou a compor a agenda da gestão municipal, repercutindo diretamente na qualificação da infraestrutura dos serviços. Segundo Pereira e Passos (2020), a adequação dos espaços físicos constitui um dos pilares fundamentais da acessibilidade, sendo condição indispensável para a efetivação do princípio da universalidade do SUS. A remoção de barreiras arquitetônicas contribui não apenas para a autonomia e segurança das pessoas com deficiência, mas também para a ampliação do acesso ao cuidado de forma integral, contínua e humanizada (Lima et al., 2021).

Entretanto, é importante destacar que a acessibilidade vai muito além da instalação de rampas ou corrimãos. A estruturação adequada dos serviços deve contemplar a disposição e o dimensionamento das salas de atendimento, a existência de sinalizações táteis e visuais, sanitários acessíveis, dispositivos de comunicação alternativa, entre outros elementos que permitam o acolhimento de diferentes tipos de deficiência – física, visual, intelectual, auditiva e múltipla. Como ressaltam Miranda et al., (2024), a acessibilidade deve ser compreendida como parte de um processo ético-político de inclusão, que ultrapassa a dimensão técnica da engenharia e se insere no campo da garantia de direitos e da humanização dos serviços de saúde.

Garantia de Atendimento e Priorização

Na categoria Garantia de Atendimento e Priorização, identificou-se como uma importante força no cuidado à saúde da pessoa com deficiência o reconhecimento e a efetivação do direito à prioridade no acesso aos serviços e atendimentos. Os relatos dos gestores indicam que, na prática cotidiana das unidades e nos fluxos organizacionais da rede, há iniciativas concretas para garantir esse direito por meio da reserva de vagas, como descreve o Gestor 01.

"Então, sempre a gente tentou priorizar né, a questão da construção cuidado, a questão da prioridade dada, da garantia da vaga para pessoa com deficiência. A gente tem uma lei 10% das vagas todos os dias em qualquer momento é de garantia para pessoa com deficiência..." (Gestor 01)

Além da prioridade no atendimento presencial, foi mencionada a adoção de critérios específicos no Sistema de Regulação (SISREG), assegurando a visibilidade da deficiência como fator determinante para o grau de urgência na fila de espera por procedimentos ou consultas especializadas.

"Então, a pessoa que ela foi capacitada pro SISREG ela já coloca o grau de prioridade, então, a pessoa que ela tem deficiência, realmente ele tem que colocar lá que a pessoa é prioridade..." (Gestor 05)

Tais medidas estão em consonância com o que estabelece o Capítulo 1, Artigo 4º, inciso X da Portaria da RCPD, em sua versão publicada em 2023, a qual assegura o acesso equitativo, contínuo e oportuno dessa população às ações e serviços de saúde. Isso exige não apenas o reconhecimento do direito à prioridade, mas também a estruturação de estratégias organizacionais e operacionais capazes de garantir sua efetividade. A Portaria propõe, entre outros elementos, a criação de fluxos assistenciais que respeitem as especificidades das pessoas com deficiência, bem como a implementação de instrumentos de controle e supervisão que monitorem o cumprimento desse direito (Brasil, 2023).

Ademais, a prioridade no atendimento não deve ser interpretada apenas como um benefício formal, mas sim como expressão do princípio da equidade que orienta o SUS. Nesse sentido, o reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades diferenciadas desse grupo social é essencial para garantir uma atenção centrada na pessoa, resolutiva e capaz de superar barreiras históricas de acesso, muitas vezes invisibilizadas nas práticas institucionais.

Disponibilização do Transporte e Logística

Entre as forças identificadas nas falas dos gestores municipais, destaca-se a Disponibilização de Transporte e Logística para o deslocamento das pessoas com deficiência aos serviços de referência, especialmente fora do município de residência. Essa estratégia foi apontada como um facilitador do acesso e parte integrante da rede de cuidados, contribuindo para a efetivação do direito à saúde dessa população.

"...houve a compra e aquisição desses veículos específicos para transportá-los(...) Nós temos também disponível aqui no município um veículo próprio e específico para ir buscá-los, trazê-los e ir deixá-los." (Gestor 03)

"Então a gente vai tá recebendo dois micro-ônibus por conta dessa demanda aí, enxergou-se a necessidade..." (Gestor 05)

"A gente tem, a gente dispõe no município, de três ambulâncias duas do tipo B e uma tipo A, a gente tem uma van para transporte eletivo e temos três carrinhos pequenos, três carros de passeio..." (Gestor 08)

"Isso. Quando as famílias sempre necessitam, a gente fornece o transporte..." (Gestor 09)

"Então, nós temos disponível um veículo, motorista pra fazer esse transporte." (Gestor 14)

"Ah, eu acho que hoje o facilitador que a gente tem hoje é a questão de ter médicos à disposição, a gente tem a questão de transporte de acordo com a necessidade..." (Gestor 13)

As declarações evidenciam um compromisso das gestões municipais com a oferta de transporte adaptado ou direcionado à demanda específica das pessoas com deficiência. Essa iniciativa não apenas assegura o deslocamento aos serviços de saúde, mas também demonstra sensibilidade à complexidade das trajetórias assistenciais dessa população, especialmente em contextos em que os serviços especializados não estão disponíveis nos municípios.

Destaca-se que o Plano Viver sem Limite (2011) previu o financiamento da aquisição de transportes adaptados para os municípios que contavam com CER, no entanto, nos municípios que não possuem CER habilitado, a responsabilidade pela oferta de transporte permanece sob a gestão municipal, o que pode representar um desafio adicional, especialmente diante de limitações orçamentárias e estruturais enfrentadas, podendo contribuir para a ampliação das desigualdades regionais no acesso à reabilitação e à continuidade do cuidado.

Embora haja um fortalecimento do discurso em torno da qualificação da APS no cuidado à pessoa com deficiência, é reconhecido que, diante da gravidade ou especificidade de

algumas condições, é frequente a necessidade de encaminhamentos para outros níveis de atenção, como a média e alta complexidade.

Cinco gestores relataram a existência de pactuações com os CER, sendo que a média de distância entre os municípios e os respectivos serviços foi de 115,64 quilômetros. Esse percurso representa, aproximadamente, mais de 1 hora e 30 minutos de deslocamento apenas para o acesso ao serviço, desconsiderando o trajeto de retorno. Nesse cenário, o transporte assume um papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado.

A atual organização regionalizada do SUS, estruturada por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), implica em uma articulação contínua entre os diferentes pontos da rede e, nesse contexto, os sistemas de transporte surgem como elementos transversais e estratégicos para a viabilização dos fluxos assistenciais (Almeida; Silva; Bousquat, 2022; Mendes, 2011). A ausência de transporte adequado pode configurar uma barreira significativa ao acesso, principalmente para populações em situação de vulnerabilidade social e territorial, como é o caso de muitas pessoas com deficiência.

Assim, a oferta de transporte especializado ou adaptado não deve ser vista apenas como uma medida operacional, mas como parte de uma política pública que reconhece o direito à mobilidade como condição para o exercício pleno do direito à saúde. A logística de transporte, quando bem planejada e articulada com os demais componentes da rede, contribui para o cuidado integral e humanizado, reduzindo iniquidades e ampliando a efetividade da RCPD.

Ações para as Pessoas com Deficiência na APS

No âmbito da APS, os discursos dos gestores revelaram a realização de ações direcionadas às pessoas com deficiência, com foco na inclusão desse público nas atividades rotineiras dos serviços de saúde. A integração da pessoa com deficiência nas ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de doenças foi destacada como uma prática recorrente nas unidades, com o objetivo de assegurar o pertencimento e a equidade no cuidado ofertado.

"E todas atividades que a gente tem na unidade, de educação em saúde, seja outubro rosa, grupo de tabagismo, grupo de Hiperdia... a gente procura envolver esses pacientes com deficiência." (Gestor 07)

Além da inserção nas atividades coletivas, os gestores também relataram estratégias voltadas ao cuidado individualizado, como a realização de visitas domiciliares, principalmente

para pessoas com mobilidade reduzida ou outras barreiras de acesso físico à unidade de saúde. Nesse contexto, destaca-se a atuação das equipes multiprofissionais e dos agentes comunitários de saúde (ACS), cuja presença cotidiana nos territórios permite maior vínculo com as famílias e identificação precoce de demandas de saúde.

"Essas pessoas que têm dificuldade de estarem indo até a unidade de saúde, as equipes vão até a casa né e fazem o atendimento domiciliar." (Gestor 12)

"O nosso serviço de atenção básica, com visitas domiciliares, com presença de médico, enfermeiro, NASF-AB também que participa, funciona. No nosso município funciona..." (Gestor 03)

"Eu acho que o agente comunitário de saúde entra como uma ferramenta importantíssima nesse sentido que ele tá lá todos os dias visualizando e ele vê a demanda..." (Gestor 06)

Tais ações estão em consonância com os dispositivos previstos no Capítulo II – Componentes da RCPD, especialmente na Seção I – Componente da Atenção Primária à Saúde, descrita no Artigo 13º. Esse dispositivo normativo define como atribuições da APS: (1) a identificação, o registro e o acompanhamento das pessoas com deficiência (incisos I, II, III, XI e XII); (2) o desenvolvimento de ações de educação em saúde e letramento anticapacitista (incisos IV, VI e X); (3) a organização do cuidado por meio de protocolos clínicos, fluxos e linhas de cuidado (incisos V, VII, VIII e XIV); e (4) o apoio às famílias, incluindo cuidados domiciliares e ações de reabilitação (incisos IX e XIII) (Brasil, 2023).

Apesar da conformidade parcial entre a prática e a normativa, observa-se que muitas das ações desenvolvidas pelos municípios – como o acompanhamento do pré-natal, o rastreamento de condições de risco na infância, e o acompanhamento contínuo de recém-nascidos de alto risco até os dois anos de idade – são realizadas de forma rotineira sem necessariamente serem reconhecidas ou nomeadas como estratégias da RCPD. Esse descompasso entre a prática e o referencial teórico-normativo pode indicar uma lacuna na formação e na compreensão gerencial sobre a operacionalização da RCPD no âmbito da APS.

Além disso, a ausência de uma abordagem sistematizada voltada à deficiência dentro dos processos de planejamento local e das ações educativas, especialmente no que diz respeito ao letramento anticapacitista, pode comprometer o alcance dos princípios de equidade, integralidade e inclusão.

Estratégias da Gestão

A última categoria identificada na análise das forças institucionais foi denominada Estratégias da Gestão, contemplando três subtemas inter-relacionados: Disseminação de Informações e Capacitação Profissional, Organização da RCPD, e Inclusão da Pessoa com Deficiência nas Decisões da Gestão.

Sobre a *Disseminação de Informações e Capacitação Profissional*, os gestores relataram buscar estratégias para promover a qualificação das equipes de saúde, reconhecendo a necessidade de formação orientada pelas especificidades do cuidado à pessoa com deficiência. Para isso, destacaram parcerias com instituições de ensino superior, organizações da sociedade civil e estruturas regionais de saúde, visando à promoção de capacitações e à disseminação de informações técnico-normativas em tempo oportuno para seus profissionais.

"Atualmente já tem dois anos que os nossos profissionais estão participando de um curso que foi promovido pela regional em um levantamento e também de necessidades, né, que a própria secretária de saúde levou para regional e a APAE junto com a UNEB na regional ela oferece um curso de identificação precoce dessas deficiências." (Gestor 01)

"O que nós estamos implantando no município na verdade desde 2017, nós começamos a trabalhar isso... alguns projetos que vão dar um auxílio. Nós motivamos um profissional nosso, fisioterapeuta, a conhecer aquela instituição Sara Kubitschek. O município encaminhou um profissional para o Sara Kubitschek, e esse profissional, ele replicou, ele foi multiplicador e replicou para os demais fisioterapeutas. A partir desse retorno que ele nos trouxe, a gente começou a fazer, implantou o projeto Vida Ativa, que é um projeto de hidroginástica, hidroterapia e a gente faz uma atividade com eles na piscina." (Gestor 05)

"...a gente tem um grupo, no WhatsApp, que facilita muito a comunicação da rede." (Gestor 02)

"Assim que lançam protocolo do Ministério da Saúde a gente já dissemina entre os nossos profissionais." (Gestor 01)

Neste sentido, sobre a busca de parcerias institucionais, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), em seu Capítulo IV – Competências da Gestão Interfederativa/ Artigo 17º, destaca as competências das Secretarias de Saúde nos municípios, sendo uma delas a responsabilidade de fomentar a qualificação, a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde, com base na abordagem biopsicossocial, visando à atenção integral à saúde da pessoa com deficiência no contexto municipal, em articulação com instituições de ensino e pesquisa, sempre que necessário (Brasil, 2023).

A PNAISPD, ainda destaca no Capítulo III – Atuação e Ações Estratégicas/Artigo 9º, o eixo “formação, qualificação e Educação Permanente em Saúde (EPS) na perspectiva do

modelo biopsicossocial”, destacando a formação da força de trabalho orientada pelas necessidades específicas dessa população, fundamentada no modelo biopsicossocial, com enfoque interseccional e anticapacitista, como também a oferta contínua de processos de qualificação para os profissionais da saúde, pautados na lógica das RAS (Brasil, 2023).

No que tange à *Organização da RCPD* no território, os gestores relataram duas estratégias principais: o acompanhamento da pessoa com deficiência por meio de linhas de cuidado à saúde, e o fortalecimento das equipes de saúde com profissionais capacitados ou com predisposição à formação continuada.

"Porque, por exemplo, se essa pessoa com deficiência for homem, então ela vai trabalhar com o coordenador da saúde do homem, se for mulher ela vai trabalhar com a saúde da mulher." (Gestor 15)

"Sempre que a gente busca mostrar através desse cuidado a integralidade do Cuidado, então o que tem para uma pessoa que não tem deficiência, a gente tem a mesma oferta para pessoa com deficiência, porque se ela tá dentro da rede e ela participa de todos os cuidados e de toda oferta né que é elencada na carteira da atenção primária da Saúde, oferta de serviços e as pessoas têm a garantia do acesso à toda essa oferta de serviço." (Gestor 01)

"Tem, já estou construindo uma equipe coesa, estruturada, uma equipe com autonomia, sabe, pessoas daqui do município, profissionais competentíssimos." (Gestor 10)

"...a gente tem também no processo de educação continuada dentro do município como eu te falei, a gente tá sempre fazendo fórum, reuniões, por exemplo, matricialmente com o CAPS, nessa sexta-feira vai acontecer o credenciamento da CAPS, que é o CAPS com a atenção básica." (Gestor 01)

Tais ações dialogam com a Portaria atualizada da RCPD, que, no Artigo 13º (incisos V e VII), que reforça a importância da criação de linhas de cuidado e à implantação de protocolos clínicos, como estratégias fundamentais para orientar o itinerário terapêutico das pessoas com deficiência, assegurando a integralidade e a continuidade do cuidado. Além disso, destaca-se a importância da implementação de estratégias de acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade, baseadas na avaliação biopsicossocial, como forma de qualificar o acesso e responder de maneira adequada às necessidades específicas dessa população (Brasil, 2023).

O investimento na composição de equipes sensíveis às diversidades e com capacidade técnica adequada é também reforçado pela literatura especializada. A presença de profissionais com formação específica ou com abertura para o aprendizado contínuo amplia a efetividade das ações na APS, contribuindo para a construção de um cuidado mais acessível, equitativo e centrado na pessoa (Mendes, 2011; Farias *et al.*, 2023).

Por fim, no subtema *Inclusão da Pessoa com Deficiência nas Decisões da Gestão*, observou-se, em especial, um município que relatou práticas efetivas de participação social, em diferentes momentos da entrevista, envolvendo ativamente as pessoas com deficiência e suas representações nos processos de planejamento, construção e avaliação das políticas locais de saúde.

"Quando nós fomos construir um plano, o plano gestão, é um plano que foi construído junto com o Conselho Municipal de Saúde e já com embasamento ali do conjunto mesmo de gestão, a gente já tinha algum bloco já separado, dentro de todas as esferas, voltada para pessoa com deficiência." (Gestor 01)

"... a gente tem esse plano que foi construído no fórum pelos Profissionais de Saúde e pelos usuários. As pessoas com deficiência também participaram do fórum. Então a gente elencou algumas prioridades ali, e tudo dentro da nossa governabilidade, da governança e a gente foi construindo esses cuidados junto com eles, se junto com a própria pessoa com deficiência." (Gestor 01)

"Isso, impulsiona, o governo abraçou, a gestão abraçou a associação, abraçou o conselho, e eles vêm trazendo junto com a gestão, o próprio movimento popular junto com a gestão usuários, às pessoas com deficiência, vem fazendo trazendo essa construção..." (Gestor 01)

"A gente tem associação de pessoas com deficiência na cidade que é atuante, eles também fazem parte do Conselho de Saúde." (Gestor 01)

"Eu acho que é um dos maiores facilitadores voltados para a questão da pessoa com deficiência é o próprio gestor municipal, a gestora da secretaria de saúde e a associação e os profissionais que se abriram..." (Gestor 01)

As falas evidenciam práticas de governança participativa e de articulação intersetorial que potencializam a implementação de políticas inclusivas e coerentes com os princípios do SUS. A PNAISPD, no Art. 17º, incisos V e VI, destaca o papel dos gestores municipais na promoção do controle social, assegurando espaços de participação efetiva das pessoas com deficiência, com representatividade nos conselhos, fóruns e colegiados locais (Brasil, 2023).

Essa participação qualificada reforça o princípio da equidade e permite a construção de respostas mais contextualizadas às reais demandas da população, promovendo corresponsabilidade e legitimidade nas ações da gestão. Quando efetivamente institucionalizada, a presença da pessoa com deficiência nos espaços decisórios contribui para a superação do modelo assistencialista, promovendo sua inclusão como sujeito de direitos e protagonista na formulação das políticas públicas.

Fraquezas

Na análise da matriz referente às Fraquezas, observou-se que temas anteriormente identificados em algumas falas dos gestores como Forças, foram reconhecidas por outros como fatores de impacto negativo no cuidado em saúde às pessoas com deficiência. Essa inversão de percepção revela fragilidades na sustentação e continuidade de determinadas estratégias, evidenciando diferentes planejamentos e práticas nos territórios.

Ausência de Protocolos Clínicos Específicos para às Pessoas com Deficiência

A ausência de protocolos clínicos específicos voltados às pessoas com deficiência impacta negativamente as ações estratégicas que visam à ampliação do acesso e à qualificação do cuidado prestado a essa população. A criação de linhas de cuidado e a implementação de protocolos clínicos têm como finalidade orientar, de forma sistemática, o itinerário terapêutico das pessoas com deficiência, assegurando a integralidade, a continuidade e a resolutividade da atenção no âmbito da APS, conforme previsto no Artigo 13, inciso V, da RCPD (Brasil, 2023).

No entanto, a inexistência desses instrumentos nos municípios foi amplamente evidenciada nos discursos dos gestores entrevistados, os quais revelam tanto a ausência de protocolos formais quanto a fragilidade das iniciativas existentes.

"Protocolo clínico a gente não chegou a implantar..." (Gestor 01)

"Na verdade, nós não temos um protocolo específico só para eles, entre posto e hospital. Aqui no município nós temos um protocolo básico, nada documentado, eles têm prioridade no atendimento por conta da sua deficiência, por conta da sua locomoção que não é fácil..." (Gestor 03)

"Algum protocolo clínico? Também não." (Gestor 06)

"Na verdade, não existe um protocolo, eu nem sei se eu tenho que fazer, se seria interessante." (Gestor 07)

"Mas um plano elaborado para direcionamento não, vai atender praticamente como vai atendendo as demais demandas que vão surgir." (Gestor 11)

"A gente não tem assim, estruturado ainda. A gente oferece esse cuidado, mas não tem nada assim estruturado." (Gestor 12)

"Protocolo nosso? Não, nós não temos protocolo. Na rede de deficiência não." (Gestor 14)

Negligenciar a implementação dessas estratégias pode comprometer significativamente a avaliação da RCPD, uma vez que dificulta a definição de indicadores e a construção de

marcadores capazes de subsidiar seu monitoramento e a análise de seus resultados. A ausência desses instrumentos fragiliza a capacidade de mensuração da efetividade das ações desenvolvidas, comprometendo a gestão baseada em evidências e a tomada de decisões informadas (Ribeiro et al., 2023; Macedo et al., 2025).

Além disso, um dos gestores destacou que a dificuldade central não reside apenas na elaboração dos protocolos, mas principalmente na sua efetiva implementação na rotina dos serviços. Essa observação evidencia um descompasso entre a normatização e a operacionalização das práticas no cuidado às pessoas com deficiência:

"Criar o protocolo talvez não seja difícil, agora eu acho que a dificuldade mesmo é a gente conseguir implementar, que é um trabalho árduo. O maior desafio que a gente enfrenta é a falta de implementação de protocolos e a dificuldade que a gente tem de implementar..." (Gestor 13)

Inadequação da Estrutura Física dos Serviços

A inadequação da estrutura física dos serviços de saúde também foi elencada como uma Fraqueza no contexto da atenção à pessoa com deficiência, especialmente no âmbito da APS. A presença de barreiras arquitetônicas compromete o direito básico de livre circulação, inviabilizando o exercício pleno do direito à saúde em seu nível mais fundamental. Elementos como escadas, rampas com inclinação inadequada, mobiliário não adaptado e edificações que desrespeitam as normas de acessibilidade são frequentemente citados como impeditivos ao acesso universal e igualitário (Miranda *et al.*, 2024; Marques *et al.*, 2018). Essas limitações reduzem a autonomia, comprometem a segurança e prejudicam o acolhimento dos usuários, além de os expor a riscos físicos, constrangimentos e à exclusão dos espaços de cuidado (Araújo *et al.*, 2022).

A percepção dos gestores reforça esse cenário, em suas falas que evidenciam desigualdades no território e a necessidade de investimentos em infraestrutura acessível e inclusiva:

"A estrutura física em alguns aspectos... precisa muito para se estruturar." (Gestor 10)

"Nós temos algumas unidades aqui que têm a estrutura para receber essas pessoas, as pessoas cadeirantes, algumas unidades, não são todas..." (Gestor 12)

Ausência de perfil/capacitação profissional da APS

A ausência de perfil/capacitação profissional da APS também foi direcionada como uma Fraqueza nos discursos gestores:

"Na verdade, o que eu gostaria de falar é que ainda hoje, infelizmente, os profissionais de saúde não estão bem preparados para atender essas demandas... Mas eu acho que ainda os profissionais precisam sim, devem ser melhores capacitados para que possam atender melhor essa demanda." (Gestor 08)

"Acho que a maior dificuldade, de fato, é a questão do conhecimento, da informação, dos profissionais saberem lidar com determinada situação. Eu vejo que as discussões precisam avançar... a gente tem uma equipe preparada para atender, mas ainda precisa avançar muito..." (Gestor 10)

"A questão mesmo profissional e a questão da gente ter os profissionais especializados..." (Gestor 12)

"Eu acho que de profissionais mesmo, né, capacitados, para poder lidar com esse tipo de pacientes, portadores de deficiência, porque cada deficiência é uma situação..." (Gestor 11)

Um dos desafios enfrentados pela APS brasileira diz respeito à formação inadequada ou insuficiente dos profissionais para atuar no modelo da Saúde da Família. Esse problema é atribuído tanto às lacunas na formação inicial quanto às deficiências nos processos de educação permanente em saúde. A ausência institucional de estratégias formativas voltadas à atenção à pessoa com deficiência compromete não apenas a qualificação técnica das equipes, mas também a construção de práticas comunicativas eficazes entre profissionais e usuários (Fertonani *et al.*, 2015).

Esse déficit formativo repercute na baixa capacidade de resposta dos serviços às demandas específicas dessa população, além de fragilizar a articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção e a integração intersetorial necessária para o cuidado integral. Assim, a insuficiência na educação permanente constitui um obstáculo crítico para a efetivação de práticas inclusivas, comprometendo o princípio da integralidade do SUS e evidenciando a necessidade de investimentos estruturados em formação continuada, com base no modelo biopsicossocial e no reconhecimento das especificidades do cuidado à pessoa com deficiência (Miranda *et al.*, 2024; Dubow, Garcia e Krug, 2018).

Em uma revisão integrativa sobre o acesso das pessoas com deficiência aos serviços da APS no Brasil, destacou-se que as limitações na acessibilidade física das unidades de saúde e as lacunas na capacitação dos profissionais para atender adequadamente esse público, são

obstáculos significativos que interferem no direito à saúde desse público (Bezerra, Silva e Maia, 2015).

O estudo de Miranda *et al.* (2024), evidenciou por meio de falas de seus entrevistados, uma limitação na oferta institucional de capacitação voltada aos profissionais da APS, destacando que, na maioria dos casos, as formações realizadas decorrem de iniciativas individuais e de investimentos pessoais dos trabalhadores. Além disso, mesmo quando há oferta institucional de capacitação, esta raramente contempla de forma específica o cuidado à pessoa com deficiência, revelando uma lacuna na formação voltada para essa população.

Ausência de Ações da APS

Outra Fraqueza evidenciada nas falas dos gestores foi na atuação da APS no que tange ao cuidado direcionado às pessoas com deficiência. Nota-se uma carência de planejamento estruturado e de ações específicas voltadas a esse público, o que revela a limitada institucionalização da temática no cotidiano das unidades. As declarações dos gestores refletem a ausência de iniciativas sistematizadas e intencionais que promovam o acesso equitativo e a integralidade do cuidado para esse público. Essa lacuna retorna ao debate da falta de formação específica dos profissionais quanto à invisibilidade histórica das demandas desse grupo nos processos de planejamento da APS.

"A gente nunca sentou aqui pra falar voltado realmente para o programa de cuidado à pessoa com deficiência não, mas vai ficar agora um alerta." (Gestor 04)

"Confesso que a gente também não tem parado exclusivamente ainda, não conseguimos parar exclusivamente para discutir sobre a ampliação do acesso..." (Gestor 02)

"Mas a gente ainda tem uma deficiência muito grande, ou seja, a gente ainda não temos muitas ações em relação à rede de deficientes..." (Gestor 07)

"Você fala então na questão auditiva, visual... visual, intelectual, a gente não tem assim, nenhuma ação específica para esse público." (Gestor 12)

"Então, essa parte auditiva, na minha opinião, tem uma grande deficiência, não só na nossa região mas no estado inteiro..." (Gestor 09)

"A questão do fluxo de encaminhamento, a questão do esclarecimento de como encaminhar, acho que a maior dificuldade é essa." (Gestor 10)

Além disso, os relatos ainda apontam falhas na capacidade da APS de exercer sua função de ordenadora do cuidado no âmbito da RCPD. A dificuldade no entendimento e operacionalização dos fluxos de encaminhamento, como relatado pelo Gestor 10, evidencia a

desconexão entre os diferentes níveis de atenção, comprometendo a continuidade do cuidado. Essa situação se agrava quando os gestores reconhecem não apenas a escassez de ações específicas (como no caso das deficiências auditiva, visual e intelectual), mas também uma insuficiência estrutural que ultrapassa os limites municipais e se estende a níveis mais amplos do sistema de saúde, como observado pelo Gestor 09. Tal cenário revela a necessidade de fortalecimento da APS enquanto porta de entrada e coordenadora do cuidado, por meio de estratégias intersetoriais, capacitação profissional e definição clara de fluxos assistenciais.

A coordenação do cuidado consiste na articulação integrada e intencional das ações de saúde, orientadas para a obtenção de um objetivo comum, independentemente do ponto da rede em que sejam realizadas, com garantia da continuidade da atenção de forma integrada. Essa coordenação permite que as intervenções sejam percebidas pelos usuários como contínuas, apropriadas às suas necessidades e alinhadas às suas expectativas, fundamentando-se na existência de uma rede de serviços interligados por canais efetivos de comunicação, que assegurem a referência e contrarreferência (Starfield, 2002; Almeida *et al.*, 2010; Rodrigues *et al.*, 2014).

Oportunidades

Referente às oportunidades, dois pontos centrais emergiram dos relatos dos gestores: o Apoio Estadual, especialmente no que se refere à implantação de serviços especializados, regulação do acesso e suporte técnico às gestões locais, e a Comunicação e Vínculo fortalecida nos municípios de menor porte, que facilita a articulação entre os serviços existentes, favorecendo ações mais coordenadas e efetivas.

Apoio Estadual

Os relatos dos gestores destacam o papel estratégico do apoio Estadual na consolidação da RCPD, especialmente no que diz respeito à implantação de serviços especializados, regulação do acesso e suporte técnico às gestões municipais. Tais experiências evidenciam que, apesar das limitações estruturais enfrentadas em âmbito local, a atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) tem se configurado como uma importante oportunidade para o fortalecimento da rede. A presença de referências técnicas e o suporte oferecido para pleiteio de serviços como os Centros Especializados em Reabilitação (CER), revelam um movimento de descentralização

do cuidado que, ainda que dependente de mediação e suporte estadual, amplia a capacidade de resposta dos municípios.

Além disso, destaca-se a efetividade dos mecanismos estaduais de regulação e comunicação, que permitem aos municípios acessar serviços especializados de forma coordenada. Esse aspecto é relevante, pois aponta para um funcionamento colaborativo entre os níveis de gestão, em que o Estado atua não apenas como financiador ou normatizador, mas também como facilitador da gestão do cuidado, por meio da oferta de capacitações, avaliação dos encaminhamentos e suporte no agendamento de atendimentos especializados. Em contextos onde a APS ainda apresenta dificuldades em organizar o cuidado às pessoas com deficiência, essa atuação estadual pode representar uma janela de oportunidade para qualificar a atenção e promover maior equidade no acesso aos serviços.

"E o apoio do Estado, queria ressaltar isso, no Estado a gente tem na Secretaria Estadual de Saúde/ Atenção Básica (SESAB), a referência técnica da rede de atenção à pessoa com deficiência, e sempre que a gente buscou eles nos apoiaram." (Gestor 01)

"Porque se não tivesse o apoio do Estado, nos apoiar com a questão da implantação, jamais nós, Município B conseguiria ter o Centro Especializado em Reabilitação (CER), porque tinha que passar pela câmara, pela câmara técnica lá de urgência e emergência do estado." (Gestor 09)

"O acesso ao cuidado. O acesso a gente não tem dificuldade. Toda vez que é solicitado, é agendado, o Estado sempre disponível e tal. O acesso não é difícil, não é demorado." (Gestor 11)

"O grupo condutor regional acompanha com capacitações através dos contatos que a gente tem por e-mail, por encaminhamentos, pelo sistema, a regulação dos serviços especializados é feito pelo regional, nós fazemos a inserção do paciente no sistema e eles que avaliam e regulam e fornecem a agenda pra nós. Eles são bem atuantes, a regional nossa é bem atuante na questão da reabilitação." (Gestor 06)

A PNAISPD reforça o papel do estado frente aos municípios, consistindo em coordenar e implantar essa política em seu território, respeitando as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e adaptando-as às especificidades locais, assegurando a articulação com os gestores municipais para alinhar ações e serviços voltados à saúde da pessoa com deficiência no Plano Estadual de Saúde. Também é sua responsabilidade oferecer apoio técnico e institucional aos municípios e regiões de saúde, promovendo a qualificação e a educação permanente dos profissionais, com base no modelo biopsicossocial, contribuindo para a consolidação de uma atenção integral e intersetorial nos diferentes níveis de gestão (Brasil, 2023).

Comunicação e Vínculo

Os gestores apontam que, em municípios de menor porte, a proximidade entre os serviços e a maior fluidez da comunicação intersetorial constituem um facilitador importante para a articulação da rede, contribuindo para a efetivação de ações mais coordenadas e ágeis, ainda que a estrutura física seja limitada.

"Em um município sendo pequeno, a gente conhece todo mundo e sabe a forma de cuidado." (Gestor 08)

"O município por ser menor, a dinâmica de trabalho, ela é facilitada, porque a gente consegue se comunicar bem com os serviços, a gente só tem um hospital municipal, a gente tem um centro médico de especialidades, e nós temos poucos prédios, poucas estruturas de atenção básica, então, só temos sete equipes..." (Gestor 02)

Essa aproximação na comunicação se traduz na dimensão relacional do cuidado, especialmente nos municípios de menor porte, configurando-se uma importante oportunidade para o fortalecimento da atenção às pessoas com deficiência. O conhecimento próximo entre profissionais, gestores e usuários, favorece a construção de vínculos e uma compreensão mais sensível e integral das necessidades dos indivíduos e famílias, o que pode potencializar a efetividade das ações de saúde.

Ao inverso disso, a dificuldade comunicacional compromete a construção do vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, uma vez que os profissionais demonstram fragilidade em acolher adequadamente as demandas desses sujeitos e em oferecer respostas compatíveis com suas necessidades (Miranda *et al.*, 2024). Nesse sentido, Wieganda e Meirelles (2019) destacam que a comunicação constitui uma das diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência no processo de acessibilidade aos serviços de saúde, impactando diretamente na qualidade do cuidado ofertado.

Ameaças

Na visualização das Ameaças da matriz SWOT aspectos foram agrupados que, segundo os gestores entrevistados, representam entraves relevantes à consolidação e efetivação da RCPD. Essas ameaças, majoritariamente de natureza formativa, estrutural e política, impactam diretamente a qualidade, a continuidade e a integralidade do cuidado prestado às pessoas com deficiência. Os relatos revelam que as limitações vão desde a formação inadequada dos profissionais de saúde, passando pela escassez de recursos financeiros e a ausência de

pactuações regionais efetivas, até a instabilidade política – todos fatores que dificultam a organização da rede, fragilizam os vínculos e aumentam as desigualdades no acesso aos serviços especializados.

Formação Acadêmica

Uma debilidade evidenciada por um dos gestores é na formação acadêmica dos profissionais de saúde no que diz respeito ao cuidado à pessoa com deficiência. A ausência de conteúdos estruturados sobre a identificação precoce das deficiências, bem como sobre os princípios da inclusão e do cuidado integral, revela um distanciamento histórico entre a formação universitária e as necessidades reais do SUS. Essa lacuna compromete diretamente a capacidade, não apenas dos profissionais da APS, de reconhecer e intervir de forma oportuna nas demandas das pessoas com deficiência, dificultando tanto o acesso quanto a continuidade do cuidado.

Esse desalinhamento entre ensino e prática é uma ameaça à consolidação da RCPD, pois profissionais mal preparados tendem a reproduzir modelos biomédicos e centrados na doença, negligenciando aspectos fundamentais da atenção integral, como a escuta qualificada, a articulação intersetorial e o respeito às especificidades do público com deficiência. Assim, a fala do gestor também reforça a necessidade de reorientação dos currículos dos cursos da área da saúde, de modo que contemplem, de forma transversal e interprofissional, os princípios da equidade, acessibilidade e inclusão, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS e da PNAISPD.

"Tem identificação dos profissionais, porque a gente sabe que, a academia, tem um distanciamento dessa questão, do cuidado da pessoa com deficiência, da identificação precoce das deficiências, nossas academias no país tem esse distanciamento..." (Gestor 01)

O estudo de Assunção *et al.* (2020) buscou analisar como duas universidades públicas discutem a saúde da pessoa com deficiência dentro do currículo do profissional de saúde. Observou-se a ausência de componentes curriculares específicos e obrigatórios que tratem das singularidades do cuidado à pessoa com deficiência, assim como uma escassez de diretrizes que orientem a abordagem do tema de maneira transversal e longitudinal ao longo do curso. Essa fragilidade evidencia a necessidade de reformulação dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs), de forma que contemplem conteúdos que promovam o conhecimento das demandas de

saúde dessa população, incentivem práticas inclusivas e contribuam para a superação de estigmas ainda presentes no contexto da formação e da prática profissional em saúde.

Insuficiência no Financiamento

As falas dos gestores revelam que a limitação orçamentária é uma das principais ameaças à efetivação do cuidado integral às pessoas com deficiência no âmbito da APS. A recorrente menção à escassez de recursos financeiros, tanto para a manutenção das ações básicas quanto para a ampliação de serviços e qualificação das equipes, evidencia um cenário de subfinanciamento crônico, que compromete diretamente a operacionalização da RCPD. Conforme destacado nas falas, o orçamento reduzido da APS já representa um desafio para as ações gerais de saúde, tornando ainda mais difícil a implementação de estratégias voltadas a um público com necessidades específicas e frequentemente invisibilizadas.

"Acho que o maior obstáculo para a pessoa dentro da rede da pessoa com deficiência é a questão do recurso, a questão orçamentária, porque o nosso recurso na atenção básica já é pequeno... Mas a construção do cuidado que não é uma coisa palpável, que você precisa de profissional, que você precisa de outras coisas, cursos para além, a gente precisaria de um orçamento." (Gestor 01)

"Acho que é essa falta. Uma das questões é essa falta mesmo, essa falta de recurso..." (Gestor 07)

A ausência de investimentos em infraestrutura, formação profissional e articulação intersetorial, conforme apontado nas falas, impede que o cuidado à pessoa com deficiência seja compreendido e praticado de forma integral, longitudinal e interdisciplinar. A crítica à fragilidade do financiamento federal, especialmente após as mudanças no modelo de financiamento da APS, quando na época era o Previner Brasil, é ilustrada na fala de Gestor 05, que identifica essa reformulação como um fator adicional de instabilidade e desigualdade na alocação de recursos.

"Esse novo modelo de financiamento ele acaba se tornando um desafio. Ainda que o Município 05 pareça ser beneficiado, porque a gente tem uma população de mais de 60 mil, pelo IBGE nós temos uma população de 48 mil e essa população baixa que o IBGE enxerga, ele acaba mandando recurso a menos pro município, não enxerga o município na sua totalidade, na sua realidade." (Gestor 05)

A situação torna-se ainda mais crítica em municípios de pequeno porte, como relatado por Gestor 08, onde a estrutura assistencial já é limitada e os recursos disponíveis são

insuficientes para dar conta das múltiplas demandas da população. Mesmo com planos e estruturas previstas, como núcleos municipais voltados à saúde da pessoa com deficiência (Gestor 01), a falta de recursos inviabiliza a implementação de ações concretas, reduzindo esses instrumentos a registros formais sem efetividade prática. Observa-se que os gestores reconhecem a necessidade de aperfeiçoar a assistência à saúde da pessoa com deficiência, entretanto, limitam-se a realizar o que está ao seu alcance, considerando os recursos atualmente disponibilizados ao município, conforme expressa o Gestor 06.

"Bem, observando o município como um município de pequeno porte, um município de uma assistência limitada, eu acredito que muita coisa se a gente tivesse mais recursos." (Gestor 08)

"A gente tem no nosso plano de saúde, o núcleo da pessoa com deficiência, mas aí vem várias questões, vem a questão de recurso..." (Gestor 01)

"Eu acho que nós, o município ainda tem muito a melhorar, a gente tá fazendo o possível dentro daquilo que é fornecido também pelo Estado." (Gestor 06)

Diante disso, fica evidente a necessidade de uma política de financiamento mais equitativa, estável e condizente com as necessidades reais da RCPD, que caminhe para além do financiamento destinado para à atenção especializada, como os CER e CEO, para que os princípios de universalidade e integralidade possam, de fato, ser garantidos à pessoa com deficiência e para que haja o fortalecimento de outras frentes necessárias à efetiva articulação da rede, como a APS.

Pactuações e Acesso aos Serviços

Os relatos dos gestores destacam que a fragilidade na pactuação intermunicipal e a dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade configuram importantes ameaças à efetivação da RCPD. Em municípios de pequeno porte, a escassez de serviços especializados, como os serviços de reabilitação in-loco, torna a dependência de outros territórios inevitável, o que amplia os desafios logísticos, financeiros e organizacionais para o cuidado integral. A ausência de serviços de referência na região e a distância até os centros especializados, são apontadas como obstáculos recorrentes à continuidade da atenção, especialmente para esse público específico.

"Talvez o maior desafio seja a gente conseguir pactuação com outros serviços, principalmente em Município 2 que é um município pequeno, que tem suas dificuldades. Pro paciente com deficiência a gente tem algumas limitações, é um

município pequeno, então a gente tem aqui serviços de ambulatório... A gente tem pactuação, porém a oferta de vagas é insuficiente..." (Gestor 02)

"Por ser um município que não tem os serviços prestado, os especializados principalmente, não todos no município a gente tem essa dificuldade de acesso... a questão, a grande maior dificuldade é de o serviço não ser no município, é distante, da questão de 80km, 100km dependendo a qual especialidade ele vai acessar" (Gestor 06)

"... falta aqui um ambiente especializado para receber esses pacientes..." (Gestor 07)

"Pronto, Município 09, o que cabe à gestão prestar assistência, nós estamos tentando fazer isso sim. Temos alguns casos que são encaminhados para Pernambuco..." (Gestor 09)

"Eu acredito que a Rede mesmo, assim, a questão do acesso à Rede em outros níveis, outros níveis de complexidade." (Gestor 10)

"Olha, o maior desafio é a distância, pra gente encaminhar essas pessoas até outro município. Então seria muito importante se tivesse aqui na nossa região." (Gestor 14)

"Nosso município tem três mil habitantes, então as especialidades são todas referenciadas." (Gestor 15)

Dessa forma, a ausência, insuficiência ou centralização dos serviços especializados fora dos municípios compromete a integralidade do cuidado, impactando especialmente os moradores de municípios pequenos, que frequentemente enfrentam longos e inadequados deslocamentos para acessar um direito que lhes é garantido (Almeida, Silva e Bousquat, 2022).

A falta de pactuações efetivas entre os municípios, bem como a desarticulação entre os níveis de atenção, gera um cenário de fragmentação do cuidado, em que os usuários muitas vezes transitam entre serviços sem acompanhamento adequado e sem comunicação entre eles. A ausência de mecanismos de referência e contrarreferência, como relatado por Gestor 14, evidencia uma ruptura na comunicação entre a APS e os serviços de média e alta complexidade, comprometendo o princípio da integralidade e fragilizando a coordenação do cuidado.

"Se a APS recebe a contrarreferência? Não. Não, não tem. Só a referência mesmo." (Gestor 14)

Além disso, o Gestor 13 relata sobre a inexistência de centros voltados especificamente ao cuidado da pessoa com deficiência nas unidades locais, refletindo em uma invisibilização desse público dentro da rede assistencial, o que reforça a ideia de que, embora haja uma estrutura básica instalada, ela ainda é insuficiente para atender às demandas específicas desse grupo populacional.

"Ó! O que nós temos aqui, nós temos oito unidades básicas, né, os pacientes é, vamos supor, eles passam na unidade básica de saúde, tem a Unidade Pronto Atendimento (UPA) também que atende emergência e urgência, mas não tem lá um centro direcionado só para a pessoa com deficiência..." (Gestor 13)

Destaca-se, em algumas falas dos gestores, a presença de salas de fisioterapia nos serviços. No entanto, apesar da relativa disseminação desse tipo de estrutura, permanecem lacunas significativas na composição da rede, especialmente no que se refere à ausência de profissionais de outras áreas da reabilitação. Esse cenário revela que, embora a estrutura seja promissora, ainda não apresenta plena capacidade resolutiva para atender às demandas das pessoas com deficiência.

"Mas assim, a gente participa assim das reuniões, porque assim, o que tem mais em todo município da nossa região, e acredito que na maioria dos municípios do estado é a questão de salas de fisioterapia, todo município tem pelo menos ou uma sala menor ou uma maior com fisioterapeutas, poucos têm a questão da fonoaudiologia, são poucos." (Gestor 09)

Dessa forma, os achados indicam a necessidade de fortalecer os mecanismos de regionalização, pactuação e regulação assistencial, com base em uma lógica cooperativa entre municípios e estados, que leve em consideração as desigualdades territoriais e promova o acesso equitativo aos serviços de outros níveis de complexidade. O fortalecimento da RCPD requer não apenas a expansão física dos serviços, mas também a construção de fluxos bem definidos, protocolos compartilhados e sistemas de informação integrados, que garantam a continuidade e a qualidade do cuidado em toda a rede.

Impactos da Pandemia

Estima-se que as pessoas com deficiência estejam entre os grupos mais impactados pela pandemia de COVID-19, no entanto, ainda são escassas as informações sobre os efeitos da crise e as respostas direcionadas a essa população (Saldanha *et al.*, 2021).

A compreensão da invisibilidade histórica das pessoas com deficiência, evidenciada durante a pandemia, passa por fatores como o legado de discriminação, a diversidade de critérios para identificação e registro da deficiência, a carência de dados confiáveis em sistemas oficiais, a fragilidade das políticas públicas e a limitada participação social efetiva desse grupo (Pereira *et al.*, 2021).

De acordo com as falas dos gestores, ficou evidenciado que a pandemia de COVID-19 teve um impacto significativo na organização e continuidade das ações voltadas às pessoas com

deficiência, agravando vulnerabilidades pré-existent e interrompendo projetos em andamento. Como relatado pelo Gestor 03, iniciativas específicas como o atendimento fisioterapêutico foram suspensas com o início da pandemia, e, conforme aponta o Gestor 02, o cenário pandêmico dificultou a implementação e a avaliação de novas estratégias de cuidado. Esse contexto gerou um vazio assistencial que afetou diretamente a atenção a esse público, historicamente marginalizado nos serviços de saúde.

"Mas eu não consigo trazer muita informação nesse sentido de ações, porque eu acho que a pandemia realmente tem dificultado..." (Gestor 02)

"Olha, nós tínhamos antes de iniciar a pandemia um projeto que era direcionado à essas pessoas com deficiência, que era realizado na clínica de fisioterapia..." (Gestor 03)

"Porque veio o COVID e deu uma parada em tudo..." (Gestor 15)

A pandemia impôs uma reconfiguração emergencial da rede de saúde, com concentração de recursos e esforços no enfrentamento da crise sanitária, o que contribuiu para a descontinuidade de ações programadas e a redução de atendimentos presenciais – especialmente para pessoas com deficiência, cuja atenção depende frequentemente de abordagens presenciais, contínuas e multiprofissionais (Melo *et al.*, 2022).

Diversos estudos revelam que os governos, de modo geral, falharam em incorporar, de forma tempestiva e adequada, as demandas das pessoas com deficiência nas ações de resposta à COVID-19. A ONU reconheceu a situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência diante da pandemia e divulgou diretrizes, cerca de três meses após ser considerada emergência em saúde pública (ONU, 2020). No contexto brasileiro, essa negligência se materializou na demora do Governo Federal em apresentar um plano direcionado a essa população, o que só ocorreu aproximadamente quatro meses após o início da crise sanitária (Brasil, 2020; Saldanha *et al.*, 2021).

O contexto pandêmico reforçou a urgência de estruturar sistemas e estratégias que garantam a proteção e a promoção dos direitos das pessoas com deficiência, sobretudo em situações de emergência em saúde pública (Melo *et al.*, 2022).

Instabilidade Política e de Gestão

A instabilidade política no âmbito municipal aparece nas falas dos gestores como uma ameaça estruturante à continuidade das ações de cuidado às pessoas com deficiência na APS.

A recorrente troca de Secretários Municipais de Saúde, como exemplificado pelo Gestor 04, compromete a continuidade das políticas públicas e impede a consolidação de planos desenhados a médio e longo prazo. Essa rotatividade revela a fragilidade institucional dos processos de gestão em saúde, frequentemente influenciados por interesses político-partidários que desconsideram a lógica da continuidade administrativa.

"Eu tô há dez anos, mas com esses dez anos passou vários secretários e cada um tem uma metodologia diferente e eu vou só seguindo..." (Gestor 04)

"A instabilidade política, ela tem influenciado muito nisso, muito, principalmente no Município 05... mas, posso dizer pra vocês que de 2012 pra cá, o município passou por uma instabilidade muito grande, muito grande, nós tivemos prefeito cassado, governo tampão, aí sai governo tampão, vem o outro governo, e o outro governo troca de secretário assim todo mês, entendeu?" (Gestor 05)

Essa instabilidade atinge diretamente a RCPD, cujas ações, por exigirem planejamento intersetorial e investimentos de longo prazo, são as primeiras a serem interrompidas diante de mudanças de gestão, como descreve o Gestor 13. Em contextos de instabilidade, projetos voltados a essa população – que já enfrenta invisibilidade e baixa prioridade política – tendem a ser descontinuados ou sequer iniciados.

"É um município bem pequenininho, tem todo esse problema político, que nem eu disse, a gente começa um projeto aí muda tudo, para tudo..." (Gestor 13)

Dentro desse cenário, a rotatividade de profissionais de saúde também compõe o quadro de descontinuidade (Carmo *et al.*, 2021). O estudo de Almeida, Silva e Bousquat (2022) identificou que a elevada rotatividade de médicos nos municípios representava um desafio contínuo para o funcionamento articulado de uma Policlínica Regional. A cada mudança de profissional, tornava-se necessário reiniciar o processo de familiarização com os fluxos assistenciais, as diretrizes de encaminhamento e o próprio perfil de serviços ofertados pela unidade especializada. Essa instabilidade comprometia a consolidação de práticas coordenadas e integradas entre os níveis de atenção e a ausência de vínculos profissionais duradouros, dificultava tanto a continuidade da assistência quanto a efetivação de uma lógica de cuidado compartilhado e longitudinal, pilares essenciais para a integralidade no SUS.

Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecimento institucional da gestão municipal, com maior valorização da capacidade técnica (Fertonani *et al.*, 2015) e da implementação de mecanismos de planejamento e monitoramento contínuos, que garantam a sustentabilidade das políticas públicas independentemente das mudanças políticas. Isso inclui a criação de planos municipais de saúde que transcendam ciclos eleitorais, a institucionalização

de comissões intersetoriais permanentes e o fortalecimento dos conselhos de saúde como instâncias de controle social e estabilidade democrática.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que, nos municípios de pequeno e médio porte investigados, o cuidado à saúde das pessoas com deficiência apresenta avanços importantes, mas também enfrenta desafios estruturais e operacionais significativos. As entrevistas com os gestores permitiram identificar, por meio da matriz SWOT, elementos internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) que influenciam diretamente o cuidado à saúde das pessoas com deficiência e consequentemente a implementação e consolidação da RCPD.

Dentre as *Forças*, destacam-se o compromisso com a acessibilidade física, a garantia de transporte e atendimento prioritário, a realização de ações no âmbito da APS e as estratégias de gestão voltadas à capacitação profissional e à inclusão participativa. Em contrapartida, outros gestores também identificam como *Fraquezas* a ausência de protocolos clínicos específicos, a inadequação da estrutura física em parte das unidades, a insuficiência na formação dos profissionais e a escassez de ações sistematizadas para o cuidado específico à pessoa com deficiência.

A análise das *Oportunidades e Ameaças* à consolidação da RCPD, revela um cenário ambíguo, marcado por avanços importantes e desafios persistentes. Por um lado, destacam-se o apoio técnico e político da esfera Estadual, bem como as condições facilitadoras nos municípios de menor porte, como a proximidade entre os serviços dos municípios (quando existentes) e a fluidez da comunicação, que favorecem a construção de vínculos e a articulação intersetorial. Esses elementos, quando articulados de forma estratégica, configuram-se como janelas de oportunidade para o fortalecimento da RCPD e para a efetivação de um cuidado mais integral, coordenado e equitativo.

Por outro lado, as *Ameaças* identificadas expõem entraves significativos, de natureza formativa, estrutural e político-institucional, que limitam a sustentabilidade das ações e aprofundam as desigualdades no acesso aos serviços. A formação insuficiente dos profissionais sobre deficiência, o subfinanciamento da APS, a fragilidade das pactuações regionais, a descontinuidade dos projetos em decorrência da instabilidade política compõem um panorama desafiador para a efetivação da política.

Esses achados reforçam a necessidade de fortalecer os mecanismos de governança interfederativa, ampliar os investimentos na qualificação profissional e na infraestrutura de

cuidado, bem como assegurar a continuidade administrativa e política das ações voltadas à saúde da pessoa com deficiência. Também evidenciam a necessidade de consolidar a APS como coordenadora do cuidado, garantindo a formação continuada dos profissionais com base no modelo biopsicossocial, em consonância com as diretrizes da PNAISPD e da RCPD. Somente por meio de um esforço articulado entre os entes federativos e o engajamento da sociedade civil será possível consolidar uma rede que promova, de fato, os princípios de equidade, integralidade e inclusão, sendo o reconhecimento dessas *Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças* um passo essencial para o aprimoramento das políticas públicas de saúde no cuidado às pessoas com deficiência no contexto brasileiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Com base nos objetivos traçados e nos achados deste estudo, é possível afirmar que a análise da oferta de cuidados à saúde das pessoas com deficiência em municípios de pequeno e médio porte do Brasil revelou um cenário complexo, marcado por avanços, limitações e importantes potencialidades. A investigação permitiu identificar os serviços da RCPD disponíveis, construir um escore de ações de saúde direcionadas às pessoas com deficiência realizadas pela APS (EAS/APS – PCD). Possibilitou, também, propor, a partir dos dados obtidos, um modelo de apoio à decisão voltado ao aprimoramento do cuidado, além de avaliar qualitativamente as fragilidades e fortalezas existentes no que tange ao cuidado à saúde das pessoas com deficiência nesses municípios específicos.

Os resultados demonstram que a qualificação do cuidado à pessoa com deficiência está intrinsecamente associada ao conhecimento dos profissionais sobre a RCPD, à permanência dos mesmos nos serviços e à estruturação de equipes multiprofissionais. A autopercepção positiva sobre o cuidado prestado e o uso efetivo das diretrizes clínicas se mostraram fatores decisivos para o desempenho das ações na APS, destacando a importância da educação permanente como estratégia contínua de qualificação. A análise revelou, ainda, que embora os municípios de pequeno e médio porte apresentem, em muitos casos, melhor desempenho em ações da APS, isso depende diretamente da presença e capilaridade dos serviços da RCPD, bem como da articulação intersetorial e do apoio das esferas estaduais e federal.

Adicionalmente, a análise SWOT aplicada às entrevistas com gestores evidenciou que o cuidado à saúde da pessoa com deficiência nesses contextos é influenciado por fatores internos e externos que vão desde o comprometimento local com a acessibilidade e gestão participativa, até fragilidades como ausência de protocolos, deficiências formativas e

instabilidades político-institucionais. As oportunidades identificadas – como a proximidade entre os serviços e a fluidez da comunicação em cidades menores – contrastam com ameaças estruturais e de financiamento que comprometem a continuidade e a sustentabilidade da política.

Diante disso, torna-se evidente que o fortalecimento da RCPD exige um investimento contínuo na qualificação das equipes, na estabilidade dos vínculos profissionais, na ampliação e integração dos serviços da rede e na consolidação da APS como coordenadora do cuidado. Além disso, o reconhecimento das desigualdades territoriais deve nortear políticas públicas que promovam a equidade, a integralidade e a universalidade do SUS, especialmente no que tange ao cuidado das pessoas com deficiência. A construção de um modelo de apoio à decisão, proposto neste estudo, pretende justamente responder a essas necessidades, oferecendo diretrizes que possam orientar gestores e profissionais na implementação de estratégias mais efetivas, baseadas em evidências e sensíveis às realidades locais.

Nesse sentido, os achados desta tese apontam para a necessidade de traduzir as evidências em propostas práticas, organizadas em horizontes temporais distintos para que possam ser alcançadas. No curto prazo, recomenda-se o fortalecimento da educação permanente em saúde, a elaboração de protocolos clínicos específicos e o incentivo à articulação intersetorial, assegurando respostas mais ágeis e qualificadas no cotidiano da APS. No médio prazo, é fundamental investir na ampliação da RCPD, com a consolidação de equipes multiprofissionais estáveis, a expansão da infraestrutura de cuidado e a incorporação de tecnologias de informação que favoreçam a coordenação entre os pontos da rede. Já no longo prazo, destacam-se a necessidade de políticas de financiamento sustentáveis, a consolidação da APS como ordenadora do cuidado e a institucionalização de mecanismos de governança interfederativa capazes de garantir a continuidade administrativa e política das ações.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A.C. et al. Desafios para regionalização da Vigilância em Saúde na percepção de gestores de regiões de saúde no Brasil. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 128, p. 29-41, 2021.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, spe1, p. 244–260, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 244–260, set. 2018.
- 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*, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.
- ALMEIDA, P.F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018.
- Almeida, Patty Fidelis de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. O artigo é resultado de pesquisa denominada “O papel da APS na coordenação do cuidado em redes regionalizadas em Regiões de Saúde da Bahia”, financiada pelo CNPq, por meio do Edital Universal (14/2011). **Saúde e Sociedade [online]**, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.
- AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Holos*, Natal, v. 1, p. 224–236, 2018. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/holos/article/view/5775>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- AMORIM, É.G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 224–236, 2018.
- ANDRADE, A.M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 210-219, 2017.
- ARAÚJO, S.Q. et al. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
- ARAÚJO, Y. F. de L. et al. Acessibilidade da pessoa com deficiência física às unidades básicas de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 27, p. e75651, 2022.
- ASSAIFE, T. F. C. et al. Desafios e potencialidades do Programa Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34029, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434029pt>. Acesso em: 16 jul. 2025.
- ASSUNÇÃO, M. L. de B. et al. Atendimento em saúde à pessoa com deficiência e a formação inicial do profissional de saúde: o que há entre nós? *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 26, n. 2, p. 327–342, abr. 2020.

BALDISSERA, M. I. et al. Characteristics of work in primary care identified in the collective exercise of application of the SWOT matrix. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 2, p. e20220443, 2023.

BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARROS, F.P.C.; SOUSA, M.F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/ Coordenação Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência, Brasília: SDH-PR/SNPC, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISDP) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. Brasília, DF, 2011.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei Nº 7.853 de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências**. Brasília, DF, 1989.

_____. Conselho Nacional de Secretarias Municipais. **Regionalização da Saúde: posicionamento e orientações**. Brasília, DF, 2019.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 nov. 2023².

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. **Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. **Estabelece diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS**. Brasília, DF, 2017¹.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. **Dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado e a organização de macrorregiões de saúde.** Brasília, DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011².

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2017².

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.362, de 6 de dezembro de 2006. **Torna público o termo de compromisso de gestão federal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006³.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.691, de 19 de outubro de 2007. **Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros federais referentes ao incentivo para apoiar as ações de regionalização no sistema único de saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre a transferência de recursos aos Estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011¹.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica 01/96.** Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. **Norma Operacional Básica 01/92.** Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006¹.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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).** Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. **Norma Operacional Básica 01/93.** Atos Normativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. 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. 25 abr 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.379, de 14 de junho de 2024. **Estabelece as Diretrizes Nacionais do Cuidado Farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Informação e Gestão da Atenção Básica: histórico de cobertura da APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 767–776, out. 2016.

CAMPOS, D. S. et al. Oportunidades de abordagens sobre imunização durante o atendimento à demanda espontânea. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, v. 28, n. 1, p. 128–147, 2024.

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, Educação [online]**, v. 19, n. 52, p.207-210, 2015.

CARMO, R. F. et al. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 77–85, jan. 2021.

CARNEIRO, S. A. F.; JESUS, W. L. A. de. Dimensão relacional do planejamento estratégico municipal: um relato de experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, p. e230579, 2025.

CASANOVA, A.O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, 2017.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 8, 2018.

COCHRAN, W. **Sampling Techniques**. 3rd Edition: Wiley Series, 1977.

CONDESSA, A.M. et al. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014**Artigo derivado de tese de doutorado intitulada ‘Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde’, defendida por

Aline Macarevich Condessa junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 29, n. 5, 2020.

CORRAR, L.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M.; RODRIGUES, A. **Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia**. São Paulo: Atlas, 2011.

DIAS, T. E.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Instrumento Quality of CareScale aplicado a usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise psicométrica. **Audiology - Communication Research** [online], v. 25, e2256, 2020.

DIAS, T.E.C.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CoDAS** [online], v. 31, n. 5 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** [online], v. 42, n. 117, p. 455-467, 2018.

FARIAS, T. M. O. et al. O estreito acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde em uma capital nordestina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1539–1548, maio 2023.

FERNANDES, F.M.B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2017, v. 22, n. 4, p. 1311-1320, 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, jun. 2015.

GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe1, p. 81–99, set. 2018.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e diretrizes da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate (Rio de Janeiro)**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6a Edição. Porto Alegre: Bookman; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Banco de Dados agregados do IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019: ciclos de vida: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. p.139.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2013 - ciclos de vida: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 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 [online]**, v. 31, n. 01 2021.

LANDIM, E.L.A.S.; GUIMARÃES, M.C.L.; PEREIRA, A.P.C.M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. spe5, p. 161-173, 2019.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. **The measurement of observer agreement for categorical data.** Biometrics. 33: 159.

LEMO, R. A.; VERÍSSIMO, M. de L. Ó. R. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 505–518, fev. 2020..

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. F.; KREHBIEL, T. C. **Statistics for Managers Using Microsoft Excel.** 5. ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 2008.

LOUSADA, M.; POMIM VALENTIM, M. L. Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 16, n. 1, p. 147–164, mar. 2011.

LOUVISON, M. C. P. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, e00116019, 2019.

MACEDO, M. S. et al. Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e16312023, 2025.

MACHADO, M.H.; XIMENES, F.R.G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1971-1979, 2018.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe1, p. 18–37, set. 2018.

MARQUES, J. F. et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017–0009, 2018.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. In: PINHEIRO, R. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 369-384.

MEDEIROS, C.R.G.; GERHARDT, T.E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde em Debate [online]**, v. 39, n. spe, p. 160-170, 2015.

MELLO, A. G. et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: análise do primeiro Censo Nacional das UBS, 2012. **Revista Espaço para a Saúde – RESS**, Salvador, v. 29, n. 2, e2018258, 2020.

MELO, D. C. F. de et al. Pessoas com deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo, Brasil: entre a invisibilidade e a falta de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 11, p. 4203–4212, nov. 2022.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Este artigo apresenta os resultados da pesquisa "Análise do Processo de Construção da Gestão Regional no Estado de São Paulo - COAP/Redes de Atenção à Saúde", 2013, realizada por professores e seus orientandos, da linha de pesquisa Política, Gestão e Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, financiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) - Carta Acordo BR/LOA/1200125.001. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, A. S. G. B. et al. Atenção infantil na rede de cuidados à pessoa com deficiência no Brasil: um estudo multicêntrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. e06802023, 2024.

MINAYO, M C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12a ED. São Paulo, Hucitec, 2010. 407 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A. K. F. de et al. **Plano Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Tocantins: 2024–2027**. Palmas, TO: Secretaria de Estado da Saúde, 2024. 125 p.

MIRANDA, G. M. D.; KÖPTCKE, L. S.; ALBUQUERQUE, M. do S. V. de; SANTOS, M. da P. R. dos; CARVALHO, M. E. L. de; REICHENBERGER, V. et al. O acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a percepção de profissionais e gestores da atenção primária à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 2, e230582pt, 2024.

MONTGOMERY, D. C.; PECK, E. A.; VINING, G. G. **Introduction to Linear Regression Analysis**. 4. ed. Hoboken: Wiley-Interscience, 2006.

MOORE, D. S.; McCABE, G. P. **Introduction to the Practice of Statistics**. 3.^a ed. New York: W. H. Freeman, 1999.

MORAIS, J. C. V. **Tomada de decisão em organizações**. São Paulo: Atlas, 2009.

MOREIRA, M.R., RIBEIRO, J.M., OUVENEY, A.M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1097-1108, 2017.

NAKATA, L.C. et al. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery [online]**, v. 24, n. 2, 2020.

OLIVEIRA, Vitória Costa; BARBOSA, Stella Maia; LIMA, Morgama Mara Nogueira; GRIMALDI, Monaliza Ribeiro Mariano. Percepções da pessoa com deficiência sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Primária em Saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 15, e202463, set. 2024.

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 (Botucatu)**, v.13, n.28, p. 177-188, 2009.

PADILHA, A.R.S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEITER, C.C. et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery [online]**, v. 23, n. 1, 2019.

PEIXOTO, R. T. et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 358-375, jan. 2022.

PEREIRA, A.M.M.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 7, p. 2239-2252, 2018.

PEREIRA, É. L. et al. Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200677, 2021.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 03, p. 1033-1051, 2016.

PINAFO, E. et al. Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n. 5, p. 1619-1628, 2020.

PINHO, E.S.; SOUZA, A.C.S.; ESPERIDIAO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 141-152, Jan. 2018.

PIRES, D. E. P. de et al. Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, e20180216, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180216>. Acesso em: 16 jul. 2025.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing (Version 4.4) [programa de computador]. 2024.

Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006².

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. e00186122, 2023.

RIBEIRO, K.S.Q.S. et al. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, e200767, 2021.

RODRIGUES, K.V. et al. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. **Saúde em Debate [online]**, v. 45, n. 131, p. 998-1016, 2021.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014.

RUMOR, P. C. F. et al. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, spe3, p. 116–128, nov. 2022.

SALDANHA, J. H. S. et al. Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 9, p. e00291720, 2021.

SANCHO, L. G.; CARMO, J. M. do; SANCHO, R. G.; BAHIA, L. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431–447, nov. 2011.

SANTOS, A.M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018, p.311.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizacional sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p.1281-1289, 2017.

SANTOS, M.F.N.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. **CoDAS [online]**, v. 33, n. 1, 2021.

SECRETARIA Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Brasil). Governo Federal lança plano para diminuir impacto da pandemia na vida de pessoas com deficiência. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/julho/governo-federal-lanca-plano-para-diminuir-impacto-da-pandemia-na-vida-de-pessoas-com-deficiencia>.

SEIDL, H.; VIEIRA, S. de P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. de C. D.; GAGNO, J. **Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, spe, p. 94–108, out. 2014.

SHIMIZU, H.E. et al. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde debate (Rio de Janeiro)**, v. 45, n. 131, p. 945-957, 2021.

SILVA, J. L. da et al. Potenciais e limites no cuidado domiciliar compartilhado entre equipes: um estudo qualitativo. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, v. 26, p. e, abr. 2022.

SILVA, J.F.M. et al. A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 30, n. 03, 2020.

SILVA, R.C.F. et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 30, n. 03, 2020.

SILVEIRA, M. B. G. da .; BARBOSA, N. F. M. .; PEIXOTO, A. P. B. .; XAVIER, Érika F. M. .; XAVIER JÚNIOR, S. F. A. Application of logistic regression in the analysis of risk factor associated with arterial hypertension. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 16, p. e20101622964, 2021.

SOUSA, Amanda Braga Lima et al. Rede regional de saúde no contexto Amazônico: o caso de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro. **Rev. Brás. Saudade Mater. Infantil**, Recife, v. 17, supl. 1, pág. S239-S248, 2017.

SOUSA, F. de O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283–1293, abr. 2014.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.

SOUZA, M.T.; NOGUEIRA, M.C.; CAMPOS, E.M.S. Fluxos assistenciais de médios e grandes queimados nas regiões e redes de atenção à saúde de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 03, pp. 327-335, 2018.

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

TEIXEIRA, M.B. et al. **Avaliação das práticas de promoção da saúde:** um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúdeem Debate [online]*, v. 38, n. spe, p. 52-68, 2014.

THE JAMOVİ PROJECT. Jamovi (Version 2.6) [programa de computador]. 2024.

UNITED NATIONS. **Policy brief: a disability-inclusive response to COVID-19**. New York: United Nations, 2020. Disponível em: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf>.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. **Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples**. 1st Edition. Statisticalfor SocialandBehavioralSciences: Springer, 2013.

VIANA, A.Á.; IOZZI, F.L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 35, n. Suppl 2, 2019.

VIANA, A.L.A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 23, p. 1791- 1798, 2018.

VIANA, A.L.D., LIMA, L.D., FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização em saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)**, v.15, n.5, p.2317-2326, 2010.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery [online]**, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013.

WILLEMANN, M.C.A. et al. Atualização intercensitária de estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 28, n. 3, e2018377, 2019.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4ªed. Porto Alegre (RS): Bookman, 2010.

ANEXOS

Anexo 1



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **AValiação DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN - BRASIL**, desenvolvida professora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, do **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS** da Universidade Federal da Paraíba.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de compreender o processo de implantação da RCPCD de modo a contribuir para dar maior efetividade da garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência e estruturar o cuidado em saúde para essas pessoas.

A participação do(a) sr.(a) na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor.

Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Os riscos desta pesquisa são mínimos no que tange ao desconforto que possa ser gerado durante a realização das entrevistas. Para minimizá-los, garantimos que serão tomadas todas as medidas para garantir o sigilo de suas informações, bem como da sua identidade. Para seu

conforto e comodidade, as entrevistas serão realizadas individualmente, em local e horário combinados.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas, assegurando-se que o seu nome será mantido no mais absoluto sigilo por ocasião da publicação dos resultados.

Caso a participação de vossa senhoria implique em algum tipo de despesas, as mesmas serão ressarcidas pelo pesquisador responsável, o mesmo ocorrendo caso ocorra algum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados, assim como o uso de minha imagem nos slides destinados à apresentação do trabalho final. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável, como trata-se de um documento em duas páginas, a primeira deverá ser rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por mim.

Local, ____ de ____ de 2



Prof. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável: Prof.ª Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Endereço do Pesquisador Responsável: Avenida Umbuzeiro, 91, Manaíra – João Pessoa-PB - CEP: 58.038-1800
- Fones: (83)988932909 / E-mail: katiaribeiro.ufpb@gmail.com
E-mail do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba: eticaccs@ccs.ufpb.br – fone: (83) 3216-7791 – Fax: (83) 3216-7791
Endereço: Cidade Universitária – Campus I – Conj. Castelo Branco – CCS/UFPB – João Pessoa-PB - CEP 58.051-900

Anexo 2

AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN – BRASIL**Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018****UFPB – UFBA – UFAM – UFMS – UNIFAL/MG – UFES – USP – UNIPAMPA – UFSCAR****QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

Prezado(a) Profissional,

Convidamos o(a) Sr(a) a responder o questionário a seguir sobre aspectos relacionados à Atenção Básica e sua interface com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como parte da Pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde - REDECIN-BRASIL.”

O preenchimento levará poucos minutos, não há necessidade de identificação dos participantes no questionário e todas as informações e respostas são confidenciais e serão utilizados exclusivamente para fins dessa pesquisa e melhora do serviço e processo de trabalho da Atenção Primária.

Caso concorde em participar solicitamos que leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a seguir e assinale a opção de que está ciente e concorda com os objetivos da pesquisa.

INCLUIR TCLE

PARTE A: PERFIL PROFISSIONAL

Identificação do ponto de atenção:

Selecione o estado em que a unidade em que atua está localizada:

_____ Selecione o município em que a unidade em que atua está

localizado: _____

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 (eABP) 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
Q11) 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;

Anexo 3



ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR (A) DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO

ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A

- A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do coordenador (a) da atenção básica do município, o objetivo da entrevista é “Analisar o papel e a inserção da atenção básica na operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território”.
- É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.
- É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.
- Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado (<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

ENTREVISTADO: _____

FORMAÇÃO: _____

VÍNCULO PROFISSIONAL: _____

(União, Estado ou Município)

ESTADO: _____

MUNICÍPIO: _____

ATUAÇÃO NA RCPD: _____

(Exemplo: Grupo Conductor de Redes; Comissão Intergestores Bipartite; Gestor da Unidade Hospitalar XXXXX; Gestor da Atenção Básica)

DATA DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como e quando a temática da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência chegou até sua gerência?
2. Fale sobre as ações voltadas a pessoa com deficiência desenvolvidas na Atenção Básica.

TEMAS:

Criação de linhas de cuidados

Implantação de protocolos clínicos

Identificação precoce e acompanhamento

Educação em saúde

Prevenção

Inclusão a pessoa com deficiência

Estratégia de acolhimento e classificação de risco

Atenção domiciliar

Orientação as famílias

Articulação com programas especiais

OBS: Se houver citação sobre algum desses temas de forma abrangente ou não suficiente, perguntar sobre os pontos citados pedindo para que fale mais a respeito.

3. Em relação a esse cuidado, como tem sido pensado a articulação da Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

TEMAS:

Articulação entre os pontos na própria atenção básica (UBS, NASF, etc)

Atenção Básica e Atenção Especializada

Atenção Básica e Alta Complexidade

Atenção Básica e demais equipamentos sociais

OBS: Se houver citação sobre algum desses temas de forma abrangente ou não suficiente, perguntar sobre os pontos citados pedindo para que fale mais a respeito.

4. Fale sobre os desafios enfrentados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?
5. Fale sobre os facilitadores enfrentados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?
6. Fale sobre os obstáculos enfrentados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?
7. Você percebe algum avanço na oferta do cuidado à pessoa com deficiência na Atenção Básica a partir da portaria que institui a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência (2012)? Conte-me sobre isso.

8. ***Somente para municípios que não possuam CER habilitados: qual a referência para a atenção especializada (reabilitação física, auditiva, visual e/ou intelectual) à pessoa com deficiência deste município? Como o município faz a gestão do cuidado destes casos que necessitam da atenção especializada? (Há serviços municipais? Há referência em outro município e transporte entre eles?) Obs.: Caso o coordenador da atenção básica não saiba responder, questionar a área responsável pela saúde da pessoa com deficiência do município.***
9. Algo mais sobre este assunto que não tocamos e que você gostaria de falar?

Anexo 4



ROTEIRO DE ENTREVISTA – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A

- A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do coordenador (a) da atenção hospitalar e da urgência e emergência do município, o objetivo da entrevista é “Analisar o papel do município na operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território”.
- É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.
- É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.
- Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado (<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

ENTREVISTADO: _____

FORMAÇÃO: _____

VÍNCULO PROFISSIONAL: _____
(União, Estado ou Município)

ESTADO: _____

MUNICÍPIO: _____

ATUAÇÃO NA RPCD: _____
(Exemplo: Grupo Condutor de Redes; Comissão Intergestores Bipartite; Gestor da Unidade Hospitalar XXXXX; Gestor da Atenção Básica)

DATA DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale como se deu o processo de implantação da RCPD no município ou na região de saúde (em municípios que só tem AB fica difícil questionar sobre a rede)?

TEMAS:

Planejamento da implantação;

Atores envolvidos;

Facilitadores, desafios e dificuldades;

Pactuações entre os municípios da região de saúde;

Relação com a área técnica estadual e com o grupo condutor estadual;

Acompanhamento da RCPD pelo grupo condutor.

2. Como você avalia o funcionamento da RCPD no município ou na região de saúde?

TEMAS:

Quais necessidades de saúde das PCD o município consegue atender;

Ações para articulação entre os pontos da RCPD;

Integração com os centros de reabilitação.

3. Quais estratégias são adotadas para garantir o acesso das PCD aos serviços de reabilitação? (nos casos em que o município não disponha de qualquer serviço de reabilitação).

TEMAS:

Qual município da região dá esse suporte?

Como se dá o deslocamento?

Como foram feitas as pactuações?

4. Fale sobre os facilitadores, desafios e dificuldades encontradas para atender às necessidades de saúde das PCD.

TEMAS:

Garantia de acesso a todos os serviços e níveis de atenção;

Questões organizacionais do sistema (Questões sobre acesso regulado aos pontos da RCPD, fila de espera, etc);

Abordagem à família;

Intersetorialidade (educação, acessibilidade e inclusão social).

5. Como se dá a assistência odontológica às PCD? (no caso dos municípios que não têm CEO).

TEMAS:

Há serviço no município que oferte esse cuidado à PCD?

Não havendo, como o município possibilita a assistência necessária?

6. Sobre o que conversamos aqui, gostaria de acrescentar mais alguma coisa?