



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



CELSO BRENDON FURTADO BRANDÃO

**REABILITAÇÃO E ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

João Pessoa- PB

2021

CELSO BRENDÓ FURTADO BRANDÃO

**REABILITAÇÃO E ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, *artigo científico*, apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

João Pessoa- PB

2021

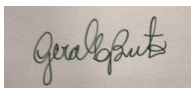
CELSO BRENDÓ FURTADO BRANDÃO

**REABILITAÇÃO E ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso, *artigo científico*, apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: 01/07/2021 Nota: 10,0 (dez pontos)

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.: Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito
Orientador (Universidade Federal da Paraíba)



Prof.: Dr. Robson da Fonseca Neves
Membro da banca (Universidade Federal da Paraíba)



Prof.ª: Dr.ª Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Membro da banca (Universidade Federal de Juiz de Fora)

João Pessoa, 2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B817r Brandão, Celso Brendo Furtado.

Reabilitação e atenção à pessoa com deficiência na
atenção primária à saúde no Brasil / Celso Brendo
Furtado Brandão. - João Pessoa, 2021.
36 f. : il.

Orientação: Geraldo Eduardo Guedes de Brito.
TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Reabilitação. 3. Pessoa
com deficiência. I. Brito, Geraldo Eduardo Guedes de.
II. Título.

UFPB/CCS

CDU 614

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por Sua graça e misericórdia que me acompanham até aqui. Seu consolo tem sido meu combustível para seguir em frente, e Seu amor tem sido meu refúgio nos dias difíceis. Louvo aquele que é Santo, Soberano e Único. Castelo Forte é o meu Deus. Ele é a rocha dentro de mim.

Aos meus pais, os quais são meus primeiros apoiadores, eles apostaram em mim mesmo quando eu não tinha perspectiva do que poderia alcançar. Foram os seus conselhos, seus abraços, suas correções e todo cuidado que me fizeram ser quem sou hoje. Mesmo quando a caminhada for difícil, o amor de Edna Brandão e a alegria de Welgnton Brandão, certamente me acompanharão e serão meu consolo, me alertando que nunca estarei sozinho. Cada conquista da minha caminhada sempre será dedicada a eles. Eu sempre amarei cada um deles.

À Gabriele Brandão, minha irmã, a qual é minha confidente desde que nos entendemos por gente. Com Gabriele, pude chorar, sorrir, gritar, compartilhar, sofrer, conquistar e viver cada dia. Que um dia ela saiba que em muitos dos dias em que me vi aflito pelas circunstâncias, estar com ela era tudo o que eu precisava para seguir em frente novamente. Que todo nosso amor continue sendo nosso maior laço. Gabriele me ensinou sobre o que é amar. Eu sempre serei grato e cuidarei dela.

À toda minha família materna e paterna, em especial minha vó paterna, Maria Celsa, minha tia materna, Damiana Furtado, e meu tio paterno, Severino Brandão, estes me acompanharam até aqui, e possuem enorme importância para mim, suas famílias são como segunda casa. Sempre serei grato por vocês e toda família.

Ao meu querido amigo e orientador, professor Geraldo Eduardo, o qual foi como um grande pai para mim desde o 5º período de curso. Com Eduardo, pude crescer como pesquisador e como pessoa, suas contribuições em pesquisa e nossas experiências vividas me fizeram entender a fisioterapia como algo muito além de um processo técnico. Sempre serei grato por tudo, e espero que sejamos bons amigos pelo restante da vida.

Ao meu amigo e professor Robson Neves, por aceitar fazer parte da banca examinadora, é um grande prazer receber um profissional como ele, uma vez que sei o quão incrível é como professor e pessoa. Sou grato por toda caminhada com professor Robson desde o 6º período, nossas experiências foram fundamentais para me despertar o desejo de ser atuante em sala de aula e investir na carreira acadêmica.

À professora Silvia Lanziotti, por aceitar fazer parte da banca examinadora. Apesar de, ainda, não ter tido a conhecido pessoalmente, é um enorme prazer ter uma experiência com uma profissional do renome de Silvia e certamente toda sua trajetória é um exemplo para mim.

À Mikael Oliveria, Matheus Ribeiro e Bruno Calaça, os quais são amigos que se tornaram verdadeiros irmãos durante a árdua caminhada que é a vida. Com meus irmãos tenho aprendido sobre o real sentido da amizade, cada um possuindo grande significado para mim. Espero que Cristo nos mantenha assim pelo restante da vida. Eu os amo. Sou grato pela vida de cada um.

À Gabriella Ataíde, a qual tem sido meu grande descanso nessa reta final. Com ela eu pude me afastar da ansiedade, dos medos, dos meus traumas e de toda negatividade do caminho, pois Gabriella é como meu Sol, lembrando sempre que a cada dia é dado um novo amanhecer como oportunidade. Sempre serei grato por tudo até aqui. Eu a amo. Que sigamos a vida eternamente juntos.

À Ataíde e Daniella, os quais são como pais para mim. Eu admiro seus ensinamentos e tudo o que são, é um grande prazer estar com eles em meus dias. Que saibam o quanto eu amo cada um como minha família. Que possamos conquistar, juntos, muito ainda.

A todos os amigos que fiz na minha vida, aos meus velhos amigos da “firma”, aos meus amigos que fiz ao cursar Fisioterapia, aos meus amigos de PROMIBB, aos que permaneceram, aos que se já se foram e aos que virão, todos foram/são essenciais em minha caminhada. Torço fielmente pela felicidade de cada um.

As instituições que fiz parte como aluno, o CEMAC e o CCD, foram nesses locais que aprendi os princípios básicos do ensino, do ler ao discutir sobre algo. Sou grato pelas contribuições para minha formação. Se hoje cheguei aqui, devo isso a essas duas escolas.

Ao curso de Fisioterapia e a instituição da UFPB, a todos os professores, coordenadores, recepcionistas da clínica, auxiliares, colegas e pacientes. Todos estes foram importantes na minha trajetória de formação, alguns se tornaram grandes amigos e outros se tornaram boas lembranças. Sempre serei grato.

Ao meu pastor e missionária, Valdemir e Marina de Melo, certamente suas orações e todo cuidado possuem uma enorme importância em minha vida. Sempre serei grato por tudo.

A instituição e minha igreja local, o Betel, o qual é tenho feito parte em toda minha vida. Foram os ensinamentos na salinha, na EBD, nos cultos, no discipulado, no PROMIBB e no seminário que me fizeram sempre buscar a palavra de Deus, avançando em conhecimento e sabedoria no Senhor, o verdadeiro Deus. Sou grato pelos ensinamentos que norteiam a vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram com a realização desse estudo.

“Esta é minha ordem: Seja forte e corajoso!

Não tenha medo nem desanime,

pois o Senhor, seu Deus,

estará com você por onde você andar.”

(Josué 1:9)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Comparação entre a avaliação positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica entre o 2º e 3º ciclo do PMAQ	17
Tabela 2:	Comparação entre a avaliação positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica em cada região do Brasil	18

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

NASF-AB – Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paraíba

OPMs – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

PCD – Pessoa com Deficiência

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

RCPCD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RP – Razão de Prevalência

RESUMO

Objetivo: descrever e comparar ações de atenção e reabilitação na Atenção Primária à Saúde (APS) direcionados à Pessoa com Deficiência (PCD) no Brasil. **Métodos:** dados do Programa de Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi realizada uma análise com base no Módulo IV do 2º (2015) e do 3º (2018) Ciclo do PMAQ-AB. Foram realizadas comparações da avaliação positiva (“sim”) dos cuidados prestados à PCD na APS, através do cálculo a Razão de Prevalência (RP), admitindo o 2º Ciclo como categoria de referência e considerando dados nacionais e das cinco regiões geográficas. **Resultados:** a prevalência de repostas afirmativas para atenção à PCD aumentou no 3º ciclo no cenário nacional em relação ao apoio em ações direcionadas à PCD, avaliação e adaptação no domicílio e promoção da inserção da PCD em atividades de esporte e lazer. A prevalência de ações de reabilitação na APS no Brasil também aumentou. O cenário das mudanças no cuidado à PCD foi diferente entre as regiões brasileiras. A região Nordeste foi a que mais aumentou o percentual de ações de atenção à PCD, seguindo o padrão nacional, e ainda incluindo aumento no encaminhamento para uso de próteses/órteses e dispositivos de auxílio. **Conclusão:** para a maioria das atividades avaliadas, houve aumento da prevalência de sua realização entre as avaliações do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, entretanto há necessidade ainda de ampliar a oferta e o serviço de algumas atividades na maioria das regiões do país, favorecendo o cuidado integral à PCD.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Reabilitação; Pessoa com deficiência;

ABSTRACT

Objective: describe and compare actions of attention and rehabilitation in Primary Health Care (PHC) aimed at Persons with Disabilities (PWD) in Brazil. Methods: data from Quality Assessment Program in Primary Care (PMAQ-AB, in portuguese). Analysis were carried out based on Module IV of the 2nd (2015) and 3rd (2018) Cycle of the PMAQ-AB. Comparisons of the positive evaluation (“yes”) of the care provided to PWD in the PHC were performed, by calculating the Prevalence Ratio (PR), admitting the 2nd Cycle as a reference category and considering national data and data from the five geographic regions. Results: the prevalence of affirmative answers for PWD care increased in the 3rd cycle in the national scenario in relation to support in actions related to PWD, assessment and home adaptations and promotion of the inclusion of PWD in sports and leisure activities. The prevalence of rehabilitation actions in PHC in Brazil has also increased. The scenario of changes in PWD care was different between Brazilian regions. The Northeast region was the one that most increased the percentage of care actions for PCD, following the national standard, and also including an increase in referral for use of prostheses/orthotics and assistive devices. Conclusion: for most of the activities evaluated, there was an increase in the prevalence of its performance between the assessments of the 2nd and 3rd cycles of the PMAQ-AB, however there is still a need to expand the offer and service of some activities in most regions of the country, favoring integral care for PCD.

Keywords: Primary Health Care; Rehabilitation; Disabled Persons.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. METODOLOGIA.....	19
3. RESULTADOS.....	21
4. DISCUSSÃO.....	26
5. CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

APRESENTAÇÃO

A inicial proposta do Trabalho de Conclusão de Curso consistiu na produção de uma revisão de literatura na primeira parte do projeto, entretanto, com alguns empecilhos da produção, foram tomadas decisões que culminaram na construção do artigo científico presente. O projeto atual faz parte de uma colaboração com a Faculdade de Medicina da UFJF, e o artigo produzido já se encontra avaliação por pares na Revista Pan-Americana de Saúde Pública.

A pessoa com deficiência (PCD) pode ser definida como qualquer tipo de pessoa que apresente uma limitação de longo prazo, podendo ser mental, física ou sensorial. Tais limitações podem comprometer a atuação efetiva e participação ativa desses indivíduos no contexto social que estão inseridos. Em todo mundo e no Brasil, os números de PCD tem aumentado ao longo dos anos, sendo, na maioria dos casos, o número de registros inversamente proporcional a condição socioeconômica dos países.

Sendo assim, com o intuito de ofertar o cuidado e a atenção devida a esses indivíduos, organizações e programas de saúde buscam mecanismos e estratégias em todo mundo para assistir a PCD. Nesse momento, a Atenção Primária a Saúde (APS), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), atua de forma relevante uma vez que tem como principal proposta: ofertar e promover o cuidado integral individual ou coletivo, não se restringindo as definições clínicas, mas indo além dessas perspectivas de assistência, ampliando ações resolutas no cenário da saúde brasileira. Em 2012, a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPCD) foi instituída com o intuito de promover, ofertar e gerir o cuidado destinado a PCD em todos os níveis de atenção de saúde, favorecendo a intersetorialidade e a integralidade na atuação em saúde, princípios que norteiam o papel fundamental APS.

Apesar das barreiras ainda existentes, foram realizados esforços com o objetivo de ampliar o alcance necessário para, dentre esses esforços surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual apresenta um agregado de estratégias de funcionamento e assistência dos trabalhos das equipes de saúde, contribuindo de forma significativa, uma vez que introduz de forma abrangente avaliação de desempenho da APS, induzindo a ampliação do acesso e o respaldo positivo na qualidade da atenção.

Através da avaliação externa, o PMAQ-AB apresenta seis módulos que compõem o instrumento de avaliação, dentre esses o Módulo IV (Entrevista com o profissional do NASF e

verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde) se destaca por ter como objetivo a avaliação do processo de trabalho das equipes e a organização do cuidado aos usuários. Através dele é possível avaliar o cuidado à PCD com necessidade de reabilitação através do instrumento utilizado, o qual averigua as ações realizadas à PCD, como promoção, atividades grupais ou individuais e oferta dispositivos auxiliares necessários, diante da relação das equipes avaliadas e o NASF-AB nas diferentes regiões do território nacional.

O método do presente estudo consistiu na análise de dados do Módulo IV do 2º (2015) e 3º (2018) Ciclo do PMAQ-AB, onde, através do instrumento da base de dados, é possível avaliar o processo de trabalho das equipes de saúde por meio de respostas dicotômicas. Foram incluídas as perguntas relacionadas ao cuidado à PCD e ações de reabilitação que estavam presentes nos dois anos (2015 e 2018), sendo elas: (1) Apoio do NASF-AB às ESF/EAB nas ações referentes à PCD; (2) Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD; (3) Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer; (4) Realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoas com necessidade de reabilitação; (5) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios osteomusculares; (6) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios neuromusculares; (7) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios reumatológicos; (8) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos; (9) Avaliação e encaminhamento para uso de órteses/próteses/dispositivos auxiliares de locomoção. Em seguida, foram realizadas comparações da avaliação positiva (“sim”) dos cuidados referentes à atenção e reabilitação prestados pelo NASF-AB à PCD nos dois ciclos, considerando dados nacionais e das cinco regiões geográficas

Segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pela Resolução 466/2012, como o banco de dados é público, não há necessidade de submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa para realização do estudo. A descrição das amostras total e por região, em cada ciclo, foi feita pelo cálculo da prevalência de respostas “sim” e “não” entre as equipes que responderam ao questionário nos anos de 2015 e 2018. Para comparar as prevalências de respostas “sim” entre os dois ciclos foi calculada a Razão de Prevalência (RP), considerando o 2º Ciclo (2015) como categoria de referência.

O presente estudo analisou um total de 1.773 Equipes de NASF-AB no 2º Ciclo de PMAQ (2015) e 4.031 Equipes no 3º Ciclo (2018). Destes, no 2º Ciclo, foram 125 (7,0%) na região Norte, 829 (46,7%) no Nordeste, 117 (6,5%) no Centro-Oeste, 513 (28,9%) no Sudeste e 189 (10,9%) equipes na região Sul. Já no 3º ciclo, participaram 297 (7,3%) equipes na região

Norte, 1699 (42,1%) no Nordeste, 307 (7,6%) no Centro-Oeste, 1153 (28,6%) no Sudeste e 575 (14,4%) na região Sul. Diante dos dados nacionais, observou-se que a prevalência de repostas afirmativas aumentou no 3º ciclo, comparado ao 2º, em relação ao apoio dado pelo NASF-AB às ESF em ações direcionadas à PCD, referente a avaliação e adaptação no domicílio, promoção da inserção da PCD em atividades de esporte e lazer, e em ações de reabilitação para as especialidades avaliadas. Não houve mudança entre as duas avaliações em relação à realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos direcionadas à PCD e também nos encaminhamentos para o uso de próteses/órteses e aparelhos de locomoção.

Já o cenário das mudanças no cuidado à pessoa com deficiência foi diferente entre às regiões brasileiras. A região Nordeste foi a que mais aumentou o percentual de ações de apoio à PCD, seguindo o padrão nacional, e ainda incluindo aumento no encaminhamento para uso de próteses/órteses e dispositivos de auxílio. A região Centro – Oeste foi a que mais manteve o padrão de apoio entre as avaliações, exceto para recebimento de apoio do NASF-AB pela ESF e reabilitação em distúrbios uroginecológicos, que aumentaram no 3º ciclo. Também merece destaque que, nas regiões Sul e Sudeste, as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e os encaminhamentos para uso de prótese/órtese e dispositivos auxiliares diminuíram no 3º ciclo.

1. INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência são aquelas que apresentam algum tipo de impedimento a longo prazo, podendo este ser mental, sensorial ou físico. Tal condição, associada ou não a outros obstáculos, interfere na inclusão efetiva e participação ativa desses indivíduos no convívio social (1). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1 bilhão de pessoas na população mundial apresentaram algum tipo de deficiência, onde a taxa de prevalência, na maioria dos casos, é inversamente proporcional ao nível socioeconômico dos países (1). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), cerca de 12,4 milhões de pessoas, equivalente a 6,2% da população referem algum tipo de deficiência, sendo a mais comum a deficiência visual, presente em 3,6% da população, seguido da deficiência física (1,3%), auditiva (1,1%) e intelectual (0,8%) (2).

Sendo assim, organizações mundiais e programas em saúde buscam estratégias para assegurar o cuidado devido e de direito às Pessoas com Deficiência (PCD). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume um papel essencial na promoção de saúde. A proposta principal da APS é integrar e promover o cuidado que atende às necessidades de saúde individuais ou coletivas e não se resumindo a definições clínicas, gerando uma colaboração entre profissionais, usuários da saúde, família e comunidade. Estudos comprovam que a APS de qualidade é forma mais bem sucedida e determinante para investimento e aplicação de recursos na saúde (3,4).

A APS no Brasil é vista como um modelo exemplar a ser seguido no objetivo de oportunizar saúde de forma impactante (4). A partir dos anos 80, muitas reformulações ocorreram no âmbito da saúde no país, visando garantir tanto o acesso à saúde como um direito inerente à saúde pelo cidadão, como também a viabilização de um cuidado além da atuação clínica e hospitalar. Com esse propósito, foi criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiada por políticas nacionais e com o objetivo de ampliar a resolutividade das ações e serviços na APS, ampliando sua possibilidade de ações integrais com a somatória das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), formado por diversas áreas e profissionais da saúde, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos (5,6).

Em 2012, a Portaria 793/12, informou e ressaltou como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) deve ser organizada, e o papel da APS dentro dela (7). Nesse sentido, diante da pessoa com deficiência, o NASF-AB é fundamental para o acesso universal

aos serviços, o qual deve ser compreendido como garantia de que PCD contarão com ampla cobertura, inclusive, de atenção integral em suas necessidades de cuidados e assistência de longo prazo, previsíveis nos programas de reabilitação (8).

A APS possui um caráter relevante na oferta do cuidado à PCD, uma vez que elas apresentam necessidades que geralmente não são atendidas em serviços de saúde, ou são atendidas após grandes barreiras de acesso (9). Assegurar o direito a saúde de qualidade, viabilizar o processo de reabilitação e integrar de forma efetiva esses indivíduos na sociedade é papel importante da APS dentro da RCPCD (10). No entanto, apesar dos grandes avanços e estratégias de atenção e de significativas conquistas na autonomia desses indivíduos, barreiras como a falta de políticas inclusivas eficazes, profissionais determinados e capacitados para o cuidado e as limitações de cada paciente, ainda são desafios a serem vencidos pela assistência e reabilitação adequadas à PCD da APS (10-12).

Diante dos vários empenhos objetivando o acesso ao serviço de saúde, a ação de diversos esforços contribui para a propagação do processo assistencial da APS, sendo um desses esforços o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (13). O PMAQ-AB apresenta um agregado de estratégias de qualificação, assistência e funcionamento dos trabalhos das equipes de saúde. Sendo assim, se caracteriza por promover uma significativa contribuição, uma vez que introduz de forma abrangente avaliação de desempenho da APS, induzindo a ampliação do acesso e o respaldo positivo na qualidade da atenção (14).

O PMAQ-AB está organizado em três fases (Adesão e Contratualização, Certificação e Recontratualização) e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica que compõem um ciclo. Nesse sentido, um dos pontos importantes, é a avaliação externa, a qual se caracteriza por ser o momento da execução de um conjunto de ações para averiguar as condições do acesso e da qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes do PMAQ-AB. Sendo coordenada de forma tripartite pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a avaliação externa objetiva reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica (AB) (13,14).

Entre os seis módulos que compõem o instrumento de avaliação externa, destaca-se o Módulo IV (Entrevista com o profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde), o qual objetiva avaliar o processo de trabalho das equipes e a organização do cuidado aos usuários. Por meio desse módulo, é possível avaliar o cuidado à PCD com

necessidade de reabilitação através do instrumento utilizado, o qual averigua as ações realizadas à PCD, como promoção, atividades grupais ou individuais e oferta dispositivos auxiliares necessários, diante da relação das equipes avaliadas e o NASF-AB nas diferentes regiões do território nacional (14). É imprescindível que seja ofertado o cuidado devido aos usuários com algum tipo de deficiência, e através do PMAQ-AB é possível uma perspectiva mais ampla dessa atenção, observando pontos positivos e negativos a serem enfrentados.

A literatura apresenta resultados importantes referentes à limitações e barreiras enfrentadas no cuidado à PCD na APS (11,15), entretanto, não foi encontrado estudos de base nacional que compreendesse de forma ampla a atenção e reabilitação direcionada à PCD na APS no Brasil. Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi descrever e comparar o serviço de atenção e reabilitação da APS para a PCD no território brasileiro e em suas regiões geográficas, por meio dos dados do segundo e terceiro ciclo do PMAQ-AB.

2. METODOLOGIA

O PMAQ-AB é um sistema de avaliação da APS que tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do território, e realizou três ciclos de avaliações, sendo o primeiro em 2013 (16). O presente estudo trata-se de uma análise com base nos dados do Módulo IV, do 2º e do 3º Ciclo do PMAQ-AB, que foram coletados nos anos de 2015 e 2018, respectivamente.

Aderiram voluntariamente à avaliação 1.773 equipes de NASF-AB no 2º ciclo do PMAQ-AB e 4.031 equipes no 3º Ciclo. O Módulo IV tem como um de seus objetivos, através de entrevista com profissional do NASF-AB, avaliar o processo de trabalho destas equipes a partir de respostas dicotômicas do tipo "sim" ou "não".

No presente estudo foram incluídas as perguntas relacionadas ao cuidado à PCD e ações de reabilitação que estavam presentes nos dois anos (2015 e 2018), sendo elas: (1) Apoio do NASF-AB às ESF/EAB nas ações referentes à PCD; (2) Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD; (3) Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer; (4) Realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoas com necessidade de reabilitação; (5) Reabilitação individual e -coletiva em casos de distúrbios osteomusculares; (6) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios neuromusculares; (7) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios reumatológicos; (8) Reabilitação individual e coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos; (9) Avaliação e encaminhamento para uso de órteses/próteses/dispositivos auxiliares de locomoção.

Neste estudo, foram realizadas comparações da avaliação positiva (“sim”) dos cuidados referentes à atenção e reabilitação prestados pelo NASF-AB à PCD na APS entre o 2º e o 3º ciclo do PMAQ-AB considerando dados nacionais e das cinco regiões geográficas Norte, Nordeste, Centro – Oeste, Sudeste e Sul. O PMAQ-AB é um banco de dados de domínio público, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para consulta e análise pelos sites: Ciclo 2 (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>) e Ciclo 3 (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pela Resolução 466/2011, como o banco de dados é público, não há necessidade de submissão e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa para realização do estudo.

A descrição das amostras total e por região, em cada ciclo, foi feita pelo cálculo da prevalência de respostas “sim” e “não” entre as equipes que responderam ao questionário nos

anos de 2015 e 2018. Para comparar as prevalências de respostas “sim” entre os dois ciclos foi calculada a Razão de Prevalência (RP), considerando o 2º Ciclo (2015) como categoria de referência. Esta análise foi feita pelo pacote estatístico “EpiR”, no programa R versão 4.0.0 (<https://www.r-project.org/>)

3. RESULTADOS

O presente estudo analisou um total de 1 773 Equipes de NASF-AB no 2º Ciclo de PMAQ (2015) e 4 031 Equipes no 3º Ciclo (2018). Destes, no 2º Ciclo, foram 125 (7,0%) na região Norte, 829 (46,7%) no Nordeste, 117 (6,5%) no Centro-Oeste, 513 (28,9%) no Sudeste e 189 (10,9%) equipes na região Sul. Já no 3º ciclo, participaram 297 (7,3%) equipes na região Norte, 1699 (42,1%) no Nordeste, 307 (7,6%) no Centro-Oeste, 1153 (28,6%) no Sudeste e 575 (14,4%) na região Sul.

Considerando todo o país, observou-se que a prevalência de repostas afirmativas aumentou no 3º ciclo, comparado ao 2º, em relação ao apoio dado pelo NASF-AB às ESF em ações direcionadas à PCD, referente a avaliação e adaptação no domicílio e a promoção da inserção da PCD em atividades de esporte e lazer. As ações de reabilitação para as especialidades avaliadas também foram mais prevalentes na avaliação de 2018. Não houve mudança entre as duas avaliações em relação à realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos direcionadas à PCD e também nos encaminhamentos para o uso de próteses/órteses e aparelhos de locomoção (Tabela 1)

Tabela 1: Comparação entre a avaliação positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica entre o 2 e 3 ciclo do PMAQ

Pergunta	2015 (n= 1774)	2018 (n=4031)	RP (IC95%)
Apoio do NASF – AB à ESF/EAB nas ações referentes à PCD Sim Não	1596 (90,0%) 178 (10%)	3825 (94,8%) 206 (5,2%)	1,05 (1,04 – 1,07)
Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD Sim Não	1312 (85,3%) 226 (14,7%)	3663 (95,7%) 162 (4,3%)	1,12 (1,10 – 1,15)
Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer Sim Não	1157 (75,2%) 381 (24,8%)	3201 (83,6%) 624(16,4%)	1,11 (1,08 – 1,15)
Realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoas com necessidade de reabilitação Sim Não	1378 (86,3%) 218 (13,7%)	3258 (85,1%) 567 (14,9%)	0,99 (0,96 – 1,01)
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios osteomusculares; Sim Não	1353 (84,8%) 243 (15,2%)	3399 (88,8%) 426 (11,2%)	1,05 (1,02 – 1,07)
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios neuromusculares			

Sim	1333 (85,5%)	3393 (88,7%)	1,06 (1,04 – 1,09)
Não	263 (16,5%)	432 (11,3%)	
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios reumatológicos;			
Sim	1292 (81,0%)	3264 (85,3%)	1,05 (1,03 – 1,08)
Não	304 (19,0%)	561 (14,7%)	
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos			
Sim	746 (46,7%)	2101 (54,9%)	1,18 (1,11 – 1,25)
Não	850 (53,3%)	1724 (45,1%)	
Avaliação e Encaminhamento para uso de órteses/próteses/dispositivos auxiliares de locomoção			
Sim	1306 (84,9%)	3406 (84,4%)	1,00 (0,97 – 1,02)
Não	232 (15,1%)	625 (15,6%)	

O cenário das mudanças no cuidado à pessoa com deficiência foi diferente entre às regiões brasileiras. A região Nordeste foi a que mais aumentou o percentual de ações de apoio à PCD, seguindo o padrão nacional, e ainda incluindo aumento no encaminhamento para uso de próteses/órteses e dispositivos de auxílio, sendo a única região a apresentar este resultado. A região Centro – Oeste foi a que mais manteve o padrão de apoio entre as avaliações, exceto para recebimento de apoio do NASF-AB pela ESF e reabilitação em distúrbios uroginecológicos, que aumentaram no 3º ciclo. Também merece destaque que, nas regiões Sul e Sudeste, as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e os encaminhamentos para uso de prótese/órtese e dispositivos auxiliares diminuíram no 3º ciclo. (Tabela 2)

Tabela 2: Comparação entre a avaliação positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica em cada região do Brasil

Pergunta	2013	2018	RP (IC95%)
Apoio do NASF - AB à ESF/EAB nas ações referentes à PCD			
Norte			
Sim	103 (82,4%)	280 (94,3%)	1,14 (1,05 – 1,25)
Não	22 (17,6%)	17 (5,7%)	
Nordeste			
Sim	748 (90,9%)	1654 (97,4%)	1,07 (1,05 – 1,10)
Não	75 (9,1%)	45 (2,6%)	
Centro – Oeste			
Sim	95 (81,2%)	283 (92,2%)	1,14 (1,03 – 1,25)
Não	22 (18,8%)	24 (7,8%)	
Sudeste			
Sim	480 (92,3%)	1093 (94,8%)	1,03 (1,00 – 1,06)
Não	40 (7,7%)	60 (5,2%)	
Sul			
Sim	170 (89,9%)	515 (89,6%)	1,00 (0,94 – 1,05)
Não	19 (10,1%)	60 (10,4%)	
Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD			

Norte Sim Não	82 (79,6%) 21(20,4%)	269 (96,1%) 11(3,9%)	1,21 (1,09 -1,33)
Nordeste Sim Não	630 (85,1%) 110 (14,9%)	1621 (98,0%) 33 (2,0%)	1,15 (1,12 – 1,19)
Centro – Oeste Sim Não	75 (88,2%) 10 (11,8%)	259 (91,5%) 24 (8,5%)	1,04 (0,95 – 1,13)
Sudeste Sim Não	397 (87,3%) 58 (12,7%)	1036 (94,8%) 57 (5,2%)	1,09 (1,05 – 1,13)
Sul Sim Não	128 (82,6%) 27 (17,4%)	478 (92,8%) 37 (7,2%)	1,12 (1,04 – 1,21)
Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer			
Norte Sim Não	71 (68,9%) 32 (31,1%)	247 (88,2%) 33 (11,8%)	1,28 (1,12 – 1,47)
Nordeste Sim Não	554 (74,9%) 186 (25,1%)	1426 (86,2%) 228 (13,8%)	1,15 (1,10 – 1,21)
Centro – Oeste Sim Não	60 (70,6%) 25 (29,4%)	224 (79,2%) 59 (20,8%)	1,12 (0,97 – 1,30)
Sudeste Sim Não	366 (80,4%) 89 (19,6%)	948 (86,7%) 145 (13,3%)	1,08 (1,02 – 1,13)
Sul Sim Não	106 (68,4%) 49 (31,6%)	356 (69,1%) 159 (30,9%)	1,01 (0,90 – 1,14)
Realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoas com necessidade de reabilitação			
Norte Sim Não	80 (77,7%) 23 (22,3%)	225 (80,4%) 55 (19,6%)	1,03 (0,92 – 1,16)
Nordeste Sim Não	614 (82,1%) 134 (17,9%)	1398 (84,5%) 256 (15,5%)	1,03 (0,99 – 1,07)
Centro – Oeste Sim Não	85 (89,5%) 10 (10,5%)	238 (84,1%) 45 (15,9%)	0,94 (0,86 – 1,02)
Sudeste Sim Não	452 (94,2%) 28 (5,8%)	993 (90,9%) 100 (9,1%)	0,96 (0,94 – 0,99)
Sul Sim Não	147 (86,5%) 23 (13,5%)	404 (78,4%) 111 (21,6%)	0,91 (0,84 – 0,98)
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios osteomusculares;			
Norte Sim	86 (83,5%)	251(89,6%)	1,07 (0,98 – 1,18)

Não	17 (16,5%)	29 (10,4%)	
Nordeste			
Sim	655 (87,6%)	1546 (93,5%)	1,07 (1,04 – 1,10)
Não	93 (12,4%)	108 (6,55)	
Centro – Oeste			
Sim	76 (80,0%)	240 (84,8%)	1,06 (0,95 – 1,19)
Não	19 (20,0%)	43 (15,2%)	
Sudeste			
Sim	400 (83,3%)	939 (85,9%)	1,03 (0,98 – 1,08)
Não	80 (16,7%)	154 (14,1%)	
Sul			
Sim	136 (80,0%)	423 (82,1%)	1,03 (0,94 – 1,12)
Não	34 (20,0%)	92 (17,9%)	
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios neuromusculares			
Norte			
Sim	83 (80,6%)	256 (91,4%)	1,13 (1,03 – 1,26)
Não	20 (19,4%)	24 (8,6%)	
Nordeste			
Sim	645 (86,5%)	1551 (93,8%)	1,09 (1,05 – 1,12)
Não	103 (13,5%)	103 (6,2%)	
Centro – Oeste			
Sim	74 (77,9%)	237 (83,7%)	1,08 (0,95 – 1,21)
Não	21 (22,1%)	46 (16,3%)	
Sudeste			
Sim	396 (82,5%)	929 (85,0%)	1,03 (0,98 – 1,08)
Não	84 (17,5%)	164 (15,0%)	
Sul			
Sim	135 (79,4%)	420 (81,6%)	1,03 (0,94 – 1,12)
Não	35 (20,6%)	95 (18,4%)	
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios reumatológicos;			
Norte			
Sim	85 (82,5%)	224 (86,2%)	1,04 (0,94 – 1,16)
Não	18 (17,5%)	36 (13,8%)	
Nordeste			
Sim	629 (84,1%)	1523 (92,1%)	1,10 (1,06 – 1,13)
Não	119 (15,9%)	131 (7,9%)	
Centro – Oeste			
Sim	63 (66,3%)	217 (76,7%)	1,16 (0,99 – 1,35)
Não	32 (33,7%)	66 (23,3%)	
Sudeste			
Sim	385 (80,2%)	883 (80,8%)	1,01 (0,96 – 1,06)
Não	95 (19,8%)	210 (19,2%)	
Sul			
Sim	130 (76,5%)	397 (77,1%)	1,01 (0,92 – 1,11)
Não	40 (23,5%)	118 (22,9%)	
Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos			
Norte			
Sim	46 (44,7%)	147 (52,5%)	1,18 (0,92 – 1,50)
Não	57 (55,3%)	133 (47,5%)	
Nordeste			
Sim	297 (39,7%)	920 (55,6%)	1,40 (1,27 – 1,55)

Não	451 (60,3%)	734 (44,4%)	
Centro – Oeste			
Sim	30 (31,6%)	140 (49,5%)	1,57 (1,14 – 2,15)
Não	65 (68,4%)	143 (50,5%)	
Sudeste			
Sim	278 (57,9%)	611 (55,9%)	0,97 (0,88 – 1,06)
Não	202 (42,1%)	482 (44,1%)	
Sul			
Sim	95 (55,9%)	283 (55,0%)	0,98 (0,84 – 1,15)
Não	75 (44,1%)	232 (45,0%)	
Avaliação e Encaminhamento para uso de órteses/próteses/dispositivos auxiliares de locomoção			
Norte			
Sim	85(82,5%)	258 (86,9%)	1,05 (0,95 – 1,16)
Não	18 (17,5%)	39 (13,1%)	
Nordeste			
Sim	621 (83,9%)	1526 (89,8%)	1,07 (1,03 – 1,11)
Não	119 (16,1%)	173 (10,2%)	
Centro – Oeste			
Sim	69 (81,2%)	226 (73,6%)	0,91 (0,80 – 1,02)
Não	16 (18,5%)	81 (26,45)	
Sudeste			
Sim	395 (86,8%)	952 (82,6%)	0,95 (0,91 – 0,99)
Não	60 (13,2%)	201 (17,4%)	
Sul			
Sim	136 (87,7%)	444 (77,2%)	0,88 (0,82 – 0,95)
Não	19 (12,3%)	131 (22,8%)	

4. DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que, segundo comparação dos resultados do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB, houve aumento no percentual de respostas positivas em relação aos serviços de atenção e reabilitação realizados pelo NASF-AB na APS, focados no cuidado à PCD, considerando Brasil e regiões. Em uma experiência realizada na região metropolitana do Chile, a implementação do modelo de assistência em Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) também apresentou respostas positivas diante das ações ofertadas e direcionadas ao cuidado e inclusão de pessoas com deficiência (17).

Na comparação entre os dois ciclos, observamos que o percentual de equipes que aderiram ao PMAQ aumentou entre eles. A adesão ao PMAQ foi positiva e crescente entre todos os ciclos, estando sempre acima de 70% de participação em todo o país, indicando uma aceitação por parte das equipes e também esforço nos ajustes das unidades para avaliação e avanço nos indicadores produzidos pelo programa (18). De forma geral, o programa evidenciou a qualificação das equipes, o que também fica evidente neste estudo, referente às ações direcionadas à PCD.

Baseado nos dados do 2º ciclo, o estudo de Brocardo et. al. (19) analisou ações gerais do NASF-AB, em conjunto com a ESF, e avaliou seu diagnóstico como positivo, indicando que mais de 80% das equipes atuavam em conjunto no planejamento das ações, cronogramas de atividades pactuadas e também em ações não programadas e no registro das atividades em prontuário comum, favorecendo a integralidade. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no presente estudo, onde, em relação às ações direcionadas à PCD no 2º ciclo, apresentadas no presente estudo, 90% das equipes de NASF-AB relataram ações em conjunto com a ESF. Segundo Carnut (20), a integralidade é o fator constitutivo do cuidado efetivo na APS, de modo que outros sistemas de saúde pelo mundo também preconizam uma atenção operacionalizada pela atuação integral.

O presente estudo objetivou verificar mudanças possíveis em relação ao cuidado à PCD entre os 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. Foi observado um aumento no percentual de relatos da realização de ações direcionadas a este público, com $RP > 1$. Um dos motivos para este aumento pode ser a própria metodologia da avaliação do programa, que, no 2º ciclo permitiu inclusão de equipes de NASF-AB sem que a ESF que ele apoiava aderisse ao programa, indicando isolamento entre elas e fragmentação. Já no 3º ciclo, somente poderiam aderir equipes de NASF-AB que a ESF também aderisse, trazendo para a avaliação equipes mais integradas e que trabalhassem em conjunto (21).

Outra possível explicação para o aumento da realização de ações de atenção e reabilitação da PCD pelo NASF-AB, em conjunto com a ESF, entre os ciclos do PMAQ-AB avaliados foi o lançamento da Portaria 793/2012, que estabelece diretrizes para a implantação da RCPCD, e traz propostas de ação para os três níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A portaria inclui NASF – AB e ESF como componentes do primeiro nível de atenção, incluindo ações de diagnóstico precoce, prevenção de acidentes, desenvolvimentos de programas voltados para a comunidade, orientação das famílias e acompanhamento à atenção domiciliar da PCD sob o cuidado dessas equipes (7). Tais ações são relacionadas aos itens do PMAQ-AB que passaram a ser mais realizados no 3º Ciclo, indicando aumento do olhar das equipes atuantes na APS para o usuário portador de deficiência.

A Portaria 835/2012 institui as bases do financiamento da RCPCD e prevê grande repasse financeiro para essas atividades (22), somados ainda ao previsto pelo ganho a partir da boa avaliação obtida no PMAQ-AB, o que pode ter incentivado as equipes a investir nestas ações. Tais repasses financeiros poderiam proporcionar ampliação da assistência e qualificação dos serviços, por contratação e capacitação profissional, o que fortaleceria a estruturação da APS (23). Além do destaque para a questão financeira, Campos et. al. (23) destacam ainda que a rede preconiza a integralidade do cuidado, que é um atributo da APS. Este ponto também pode ter influenciado o maior envolvimento das equipes da APS em ações direcionadas ao cuidado da PCD após a implantação da RCPCD.

Um estudo realizado em João Pessoa (PB) com pessoas portadoras de deficiência física sujeitadas à ESF identificou que 71,7% dos entrevistados apresentam dificuldades em participar de reuniões e/ou grupos na comunidade e, entre os que não participam, 37,5% revelaram desejo de participar (24). Com relação à PCD, as dificuldades de acesso no âmbito da APS são um dos mais relevantes e antigos questionamentos feitos por parte dos próprios usuários no Brasil e também outros países como o Canadá, onde um estudo constatou que cerca de um terço dos entrevistados, portadores de deficiência, relataram dificuldade de acesso ao consultório, ao uso de equipamento e/ou banheiro do médico de família (25). A maior oferta de atividades de lazer, laborais e esporte para a comunidade é positiva para o maior engajamento deste grupo, e aumento de sua participação social (24).

A comparação entre a prevalência de ações do NASF – AB entre o 2º e 3º ciclo do PMAQ-AB evidenciou aumento da realização de ações de reabilitação individual e coletiva em distúrbios osteomusculares, neuromusculares, reumatológicos e uroginecológicos. Na estratégia RBC, implantada no Chile, todos os centros vinculados a estratégia realizaram atividades de reabilitação em grupo, enquanto 86,0% realizaram visitas domiciliares e

atividades individuais de reabilitação (17). O crescimento destas ações de reabilitação é fundamental para a ampliação do cuidado à PCD no âmbito da APS. Segundo Amorim et. al. (26) são facilitadores para o alcance das estratégias de cuidado à PCD na APS ações de reabilitação, visita domiciliar e apoio matricial. A disponibilidade de Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais cresceu no estado de São Paulo entre 2007 e 2015, embora este aumento tenha sido muito menor na APS, quando comparado à Atenção Especializada e Atenção Hospitalar. Apesar deste crescimento, o mesmo estudo aponta para a dificuldade na realização de ações específicas da APS, como a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular e o apoio matricial (28). Apesar destes desafios, um estudo de perfil dos atendimentos de reabilitação na APS identificou que eram atendidos pelo NASF – AB 34,4% dos pacientes que procuravam a unidade, sendo 38,5% em domicílio e 31,3% por equipe multiprofissional. O autor considerou que a equipe contribui de forma importante com o cuidado em reabilitação pautado na integralidade (29).

Um dos itens que não apresentou mudanças entre os ciclos avaliados do PMAQ-AB foi a realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoa com necessidade de reabilitação. O NASF–AB, em uma análise dos seus 10 primeiros anos de criação e seu processo de implementação, se mostrou inovador enquanto equipe capaz de atuar de forma multidisciplinar, com intervenções intersetoriais e ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, mas às vezes apresenta dificuldades em colocar tais ações na rotina de seu processo de trabalho (29). Sendo a reabilitação vista, muitas vezes, como ações individuais e curativas, sua realização enquanto prevenção fica fora de qualquer proposta de cuidado. Outro estudo observou que as ações de prevenção e promoção de saúde muitas vezes não são vistas pela ESF como possibilidades de atuação do NASF – AB, ou, em cenário ainda mais curativo, não são inseridas de forma institucional no processo de cuidado das Unidades, para nenhum público (30).

Uma avaliação do NASF – AB a partir da percepção de usuários indicou que o acesso à equipe é considerado restrito, e o desenvolvimento do cuidado continuado é frágil e ele apresenta ainda pouca articulação com a Rede de Atenção (31). Esta colocação pode ser vista como um desafio à RCPCD que traz uma perspectiva de cuidados em rede, e que, mesmo o aumento de diversas ações observadas neste estudo, pode não estar garantindo um cuidado integral, longitudinal e aumentado no acesso da PCD a estes profissionais. O estudo de Moreira et. al. (31) traz que os grupos de prevenção e promoção de saúde podem ser ferramentas para fortalecimento de vínculo e esta é uma das ações que não tiveram incremento nas ações da APS investigadas neste estudo, mesmo após as diretrizes propostas pela Portaria 793/2012 (7).

O estudo de Pereira & Machado (32) reflete esta realidade ao identificar uma desarticulação entre os serviços pertencentes à RCPCD em uma Microrregião do Estado do Rio de Janeiro, especialmente em relação à referência e contrarreferência. O mecanismo adotado é puramente institucional e formal, e não contribui com uma integralidade do cuidado, e também para o acesso do usuário portador de deficiência ao serviço para o qual ele é referenciado. Dificuldades semelhantes também acontecem no momento do retorno à APS após atendimento no nível de maior complexidade da Rede, determinando uma baixa resolubilidade entre os casos. Da mesma forma, estes resultados podem indicar que o aumento da realização das ações avaliadas pelo PMAQ-AB referentes à PCD podem não garantir que a RCPCD esteja ativa e atingindo seu objetivo de cuidado integral.

A avaliação e encaminhamento dos usuários portadores de deficiência para serviços de avaliação e obtenção de próteses/órteses e dispositivos auxiliares também se manteve constante entre os 2 ciclos do PMAQ-AB. Este achado surpreende uma vez que a RCPCD implementada a partir de 2012 incentiva e normatiza a implantação de Oficinas Ortopédicas junto à Atenção Especializada, e este passa a ser o serviço responsável pela confecção, adaptação e manutenção das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs), devendo aumentar a oferta dessas tecnologias assistivas (23). O não avanço das ações de encaminhamento para aquisição e uso de OPM pode ser prejudicial para o cuidado à PCD na rede, uma vez que o Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, publicado pelo Ministério da Saúde em 2019, coloca a APS como responsável pelo acompanhamento do paciente que recebe a OPM, as orientações de adaptações necessárias no domicílio e rotina diária, a abordagem da família e a continuidade do cuidado (33).

Em relação às diferenças regionais observadas nos resultados do presente estudo, destaca-se a região Nordeste por ter aumentado a oferta pelo NASF-AB de todos os serviços avaliados, inclusive referentes às OPM. A região Nordeste apresenta tendência de crescimento de implantação da ESF e NASF-AB, e uma APS forte e consolidada. Na região, a APS é modelo de orientação do cuidado e as ações neste nível de atenção valorizadas dentro da Rede (34). Tais informações são observadas no presente estudo, onde a maioria das equipes participantes dos dois ciclos do PMAQ-AB analisados são da região. Esta maior organização e consolidação das ações é também refletida no cuidado à PCD.

O presente estudo identificou que, nas regiões Sul e Sudeste, não houve aumento das ações conjuntas entre ESF e NASF-AB direcionadas à PCD, e outras atividades avaliadas foram menos relatadas no 3º ciclo do PMAQ, como o encaminhamento para Oficinas Ortopédicas. Tal situação pode ser explicada pela grande disponibilidade tecnológica e de

Centros Especializados de Reabilitação nessas regiões, o que pode direcionar os usuários direto para o nível secundário da Rede, sem passar pela APS, o que não é preconizado pela Portaria 793/2012 (7). O estudo de Silva et. al. (35), realizado com dados do 3º ciclo do PMAQ-AB identificou que nas regiões Sul e Sudeste existem mais equipamentos tecnológicos disponíveis para realização de ações de reabilitação na APS, embora sejam identificadas menor quantidade de equipes NASF-AB.

A limitação do presente estudo foi a ausência de detalhamento sobre a realização das ações analisadas pelo NASF-AB nas Unidades, uma vez que esta descrição mais aprofundada não é possível pelos dados do PMAQ-AB. Entretanto, o uso deste banco é um ponto forte do estudo, pois traz informações em abrangência nacional, e, pela uniformidade do instrumento entre os ciclos, permitiu a comparação entre dois momentos e se houve mudança mediante aos movimentos de implantação da RCPCD.

5. CONCLUSÃO

Para a maioria das atividades avaliadas, houve aumento da prevalência de sua realização pela equipe do NASF-AB entre as avaliações do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB. Isto pode indicar que o processo de implantação da RCPCD iniciado em 2012 pode ter fomentado a realização de ações voltadas à PCD na APS, uma vez que este nível de atenção é visto como eixo componente da Rede, incluindo as ESF e os NASF-AB. Entretanto, serviços como o encaminhamento para as Oficinas Ortopédicas não aumentaram em todo o Brasil e na maioria das regiões, o que indica que alguns pontos ainda não estão consolidados como Rede integrada, e precisam ser melhor estudados para que ainda possam ser potencializados, em busca do cuidado integral à pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS:

- (1) World Health Organization. World Report on Disability; WHO: Geneva, Switzerland, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/silvi/Downloads/9789240685215_eng.pdf

- (2) Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VL, Goulart BN, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saude Coletiva*. 2016; 21(10): 3253-64.

- (3) Druetz T, Integrated primary health care in low- and middle-income countries: a double challenge, *BMC Med Ethics*. 2018; 19(1):48.

- (4) Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad Saude Publica*. 2019; 35(3): e00012219

- (5) Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Transition to universal primary health care coverage in Brazil: Analysis of uptake and expansion patterns of Brazil's Family Health Strategy (1998-2012). *PLoS ONE*. 2018; 13(8): e0201723.

- (6) Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1903-1914.

- (7) Ministério da Saúde. Portaria 793/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012.

- (8) Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(3):e4480016

- (9) Casey R. Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disabil Health J*. 2015; 8(2): 173-81

(10) McClintock HF, Kurichi JE, Barg FK, Krueger A, Colletti PM, Wearing KA, Bogner HR. Health care access and quality for persons with disability: Patient and provider recommendations. *Disabil Health J.* 2018;11(3):382-389.

(11) Condessa AM, Giordani, JMA, Neves M, Hugo FN, Hilgert JB. Barriers to and facilitators of communication to care for people with sensory disabilities in primary health care: a multilevel study. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23: e200074.

(12) Dassah E, Aldersey HM, McColl MA, Davison C. Healthcare providers' perspectives of providing primary healthcare services to persons with physical disabilities in rural Ghana. *Prim Health Care Res Dev.* 2019;20:e108.

(13) Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cienc Saude Colet* 2016; 21:2697-708.

(14) Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what does the National Program for Access and Quality Improvement data show? *Rev Latinoam Enferm.* 2016; 24:e2672

(15) Marques JF, Áfio ACE, Carvalho LV, Leite SS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e2017-0009

(16) Ministério da Saúde. Portaria No. 1,645 de 2 de Outubro de 2015. Instaura o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília DF, Brasil, 2015.

Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html.

(17) Besoain-Saldaña A, Sanhueza JR, Hizaut MM, Rojas VC, Ortega GH, Aliaga-Castillo V. Community-Based Rehabilitation (CBR) in primary care centers in Chile. *Rev Saude Publica.* 2020;54:38

- (18) Piffer DM, Matos GBC. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): avaliação sob o escopo teórico das políticas públicas. *Braz J Develop*. 2020; 6(11): 91729-91749.
- (19) Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde Debate*. 2018; 42(1): 130-144.
- (20) Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017; 41(115): 1177 – 1186.
- (21) Cavalcanti P, Fernandez M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. *Physis*. 2020;3 0(3): e300323.
- (22) Ministério da Saúde. Portaria 835/2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2012.
- (23) Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface: Comun Educ Saúde*. 2015; 19(52):207-10
- (24) Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, Ribeiro KSQ. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2015; 20(1):175-184.
- (25) Veltman A, Stewart DE, Tardif GS, Branigan M. Perceptions of Primary Healthcare Services Among People With Physical Disabilities. *Medscape Gen Med*. 2001;3(2): 1- 15.
- (26) Amorin EG, Liberali R, Medeiros -Neta OM. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Holos*. 2018. 34(1): 224-236.
- (27) Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes AB, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisio Pesq*. 2017; 24(1): 78-82

(28) Reis DC, Flisch TMP, Vieira MHF, Santos-Junior, WS. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2012; 21(4): 663-674

(29) Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saude Debate*. 2018; 42(1): 328-340

(30) Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saude Debate*. 2018; 42(2): 145-158.

(31) Moreira DC, Bispo Junior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(12):e00031420

(32) Pereira JS, Machado WCA. 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*. 2016; 26 (3): 1033-1051.

(33) Ministério da Saúde. Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, Brasil, 2019.

Disponível:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_proteses_auxiliares_locomocao.pdf

(34) Carvalho FCD, Vasconcelos TB, Arruda GMMS, Macena RHM. Changes in social indicators of the northeastern region after the implementation of primary health care. *Trab Educ Saude*. 2019;17(2): e0018925.

(35) Silvia SLA, Cruz AP, Freire JCG, Silva AM, Vasconcellos FGG, Santos GA, Lima MVDS, Oliveira MPC, Brito GEG. Fisioterapia na Atenção Primária no Brasil baseado em um Programa de Avaliação da Qualidade: estudo transversal. *Res Soc Develop*. 2021; 10(2): e15110212389.

