








Reabilitação e atenção à pessoa com deficiência na atenção primária à saúde no Brasil: dados do 2º e 3º ciclos do Programa de Avaliação da Qualidade a Atenção Básica

Rehabilitation and attention to persons with disabilities in primary health care in Brazil: data from 2º and 3º cycles of the Program for Quality Assessment in Primary Care

 Bruna Lilian Severino Carvalho¹,  Ana Luiza Maia Nascimento¹,  Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva²,  Celso Brendo Furtado Brandão³,  Laíze Gabriele de Castro Silva³,  Lorrane Brunelle Moreira⁴,  Geraldo Eduardo Guedes de Brito³

RESUMO

Objetivo: Descrever e comparar ações de atenção e reabilitação na Atenção Primária à Saúde (APS) direcionadas 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-chaves: Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Pessoa com deficiência/reabilitação

ABSTRACT

Objective: Describe and compare actions of attention and rehabilitation in Primary Health Care (PHC) addressed to Persons with Disabilities (PWD) in Brazil. **Methods:** Retrospective data from Quality Assessment Program in Primary Care (PMAQ-AB, in Portuguese) were collected and analyzed considering Module IV of the 2nd (2015) and 3rd (2018) Cycles of the PMAQ-AB. Comparisons of the positive answers (yes) of the attention provided to PWD in the PHC were conducted by establishing the Prevalence Ratio (PR). The 2nd Cycle was the reference category, and the data were analyzed as national or regional samples. **Results:** The prevalence of positive answers for PWD care increased in the 3rd Cycle in the national sample concerning support in activities addressed 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. Changes in PWD care were found in the different geographical regions of Brazil. The Northeast region had the highest increase in attention activities for PWD, following the national trend, including an increase in referral for prostheses/orthotics and assistive devices. **Conclusion:** For most of the activities evaluated, there was an increase in performance prevalence between the assessments of the 2nd and 3rd Cycles of the PMAQ-AB. However, there is still a need to expand the offer of services in most regions of the country, favoring integral care for PWD.

¹Associação Mineira de Reabilitação – AMR
²Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
³Universidade Federal da Paraíba – UFPB
⁴Universidade Federal de Alenas – UNIFAL


Correspondência

Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva
 E-mail: silviafisiojif@yahoo.com.br

Submetido: 22 Agosto 2021
 Aceito: 28 Junho 2022

Como citar

Carvalho BLS, Nascimento ALM, Silva SLA, Brandão CBF, Silva LGC, Moreira LB, et al. Reabilitação e atenção à pessoa com deficiência na atenção primária à saúde no Brasil: dados do 2º e 3º ciclos do Programa de Avaliação da Qualidade a Atenção Básica. Acta Fisiatr. 2022;29(4):268-275.

 10.11606/issn.2317-0190.v29i4a189811



©2022 by Acta Fisiátrica

Este trabalho está licenciado com uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

Keywords: Quality Indicators, Health Care, Health Services Research, Primary Health Care, Disabled Persons/rehabilitation

INTRODUÇÃO

Pessoas com Deficiência (PCD) 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 e participação efetivas no convívio social.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1 bilhão de pessoas no mundo 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 (6,2%) de pessoas referem algum tipo de deficiência, sendo 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

Organizações mundiais e programas em saúde buscam estratégias para assegurar o cuidado e direito às PCD. Nesse cenário, a Atenção Primária a 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, não se resumindo a definições clínicas, gerando uma colaboração entre profissionais, usuários da saúde, família e comunidade. Estudos comprovam que APS de qualidade é a 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 no objetivo de oportunizar saúde de forma impactante.⁴ A Estratégia de Saúde da Família (ESF), apoiada por políticas nacionais, foi implantada com objetivo de ampliar a resolutividade das ações e serviços na APS. Suas possibilidades de ações integrais foram ampliadas com a somatória das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), formados 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, instituiu como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) deve ser organizada, considerando a APS.⁷ Nesse sentido, para a PCD, o NASF-AB é fundamental para o acesso universal aos serviços, o qual deve ser compreendido como garantia de 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 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 Apesar dos grandes avanços e estratégias de atenção e 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, 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 Na literatura, há resultados importantes referentes às limitações e barreiras enfrentadas no cuidado à PCD na APS.^{11,15} No entanto, não foram encontrados estudos que compreendessem de forma ampla a atenção e reabilitação direcionada à PCD na APS no Brasil.

OBJETIVO

Descrever e comparar ações do NASF-AB referentes ao serviço de atenção e reabilitação para pessoas com deficiência no território brasileiro e em suas regiões geográficas, nos anos de 2015 e 2018.

MÉTODOS

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. 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 "sim" ou "não".

O PMAQ-AB é um banco de dados de domínio público, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para consulta e análise pelos sites:¹⁶

- Ciclo 2 (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo2/>)

- Ciclo 3 (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>)

O PMAQ-AB é um inquérito proposto para avaliação das Equipes de Atenção Básica (EAB) de todo o Brasil, tendo participação de 30.523 EAB no 2º ciclo, representando 88,7% das equipes cadastradas e 38.865 EAB no 3º ciclo, representando 94,0% das equipes cadastradas. Em relação às equipes de NASF-AB, que responderam os Módulo IV utilizado neste estudo, 1.774 equipes NASF-AB participaram no 2º ciclo (93,0%) e 4.031 do 3º ciclo (94,0%). O Módulo IV aborda diversos aspectos do trabalho do NASF-AB, incluindo as ações direcionadas às pessoas com deficiência e de reabilitação.¹⁶

O instrumento aborda questões sobre participação do profissional do NASF-AB na gestão dos serviços, incorporação de ações de Educação Permanente em Saúde, coordenação do cuidado e integração com Rede de Atenção à Saúde, fortalecimento de ações intersetoriais e qualificação do cuidado na AB. As ações direcionadas à PCD são abordadas entre ações específicas como abordagem às doenças crônicas, atenção à saúde da criança e saúde mental, ações ligadas à nutrição e cuidado da pessoa com obesidade, Práticas Integrativas e Complementares, assistência farmacêutica, saúde do trabalhador, abordagem de questões sociais.¹⁶

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.

As perguntas relacionadas ao cuidado à PCD e ações de reabilitação que estavam presentes nos dois anos (2015 e 2018) foram incluídas para análise do estudo, sendo elas: (1)

Apoio do NASF-AB às ESF 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. Todas as perguntas aprestam opções de resposta “sim” ou “não”.

Neste estudo, foram realizadas comparações da prevalência de 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 do Brasil e de suas cinco regiões geográficas Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

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.

A RP foi considerada significativa pela análise do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), quando o valor “1” não estava contido no intervalo. Quando o valor “1” está dentro do intervalo, significa que, em um intervalo que abrange 95% das possíveis prevalências de respostas “sim” nos dois momentos do estudo, elas são iguais, e portanto, não há diferença significativa. Esta análise foi feita pelo pacote estatístico “EpiR”, no programa R versão 4.0.0 (<https://www.r-project.org/>).

RESULTADOS

Segundo o sistema do E-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>), em 2015, estavam cadastradas 5.067 equipes NASF-AB e em 2018, 5.783 equipes NASF-AB no território nacional. Todas as equipes cadastradas foram convidadas à aderir ao PMAQ-AB, mas não houve 100% de adesão.¹⁶

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). Assim, para 2015, foram analisados dados de 34,99% das equipes NASF-AB do Brasil, e, referente a 2018, com o aumento da adesão ao PMAQ-AB, foi possível analisar dados de 69,70% das equipes. Considerando os dados das equipes analisadas, 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 da análise 297 (7,3%) equipes na região Norte, 1.699 (42,1%) no Nordeste, 307 (7,6%) no Centro-Oeste, 1.153 (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. Razão de Prevalência de resposta positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica entre o 2 e 3 ciclo do PMAQ

| Resposta | 2015 (n= 1774) | 2018 (n= 4031) | RP (IC95%) |
|--|----------------|----------------|---------------------|
| Apoio do NASF – AB à ESF/EAB nas ações referentes à PCD | | | |
| Sim | 1596 (90,0%) | 3825 (94,8%) | 1,05 (1,04 – 1,07)* |
| Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD | | | |
| Sim | 1312 (85,3%) | 3663 (95,7%) | 1,12 (1,10 – 1,15)* |
| Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer | | | |
| Sim | 1157 (75,2%) | 3201 (83,6%) | 1,11 (1,08 – 1,15)* |
| Realização de grupos de promoção de saúde/prevenção de agravos direcionados à pessoas com necessidade de reabilitação | | | |
| Sim | 1378 (86,3%) | 3258 (85,1%) | 0,99 (0,96 – 1,01) |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios osteomusculares | | | |
| Sim | 1353 (84,8%) | 3399 (88,8%) | 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)* |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios reumatológicos | | | |
| Sim | 1292 (81,0%) | 3264 (85,3%) | 1,05 (1,03 – 1,08)* |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos | | | |
| Sim | 746 (46,7%) | 2101 (54,9%) | 1,18 (1,11 – 1,25)* |
| 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) |

*significativo IC95% não inclui o valor “1,00”

O cenário das mudanças no cuidado à PCD 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 atenção 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 diminuiram no 3º ciclo (Tabela 2).

Tabela 2. Razão de Prevalência de resposta positiva (Sim) dos cuidados prestados pelo NASF – AB à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica em cada região do Brasil

| REGIÃO | RESPOSTA | 2015 | 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)* |
| Nordeste | Sim | 748 (90,9%) | 1654 (97,4%) | 1,07(1,05 – 1,10)* |
| Centro-Oeste | Sim | 95 (81,2%) | 283 (92,2%) | 1,14 (1,03 – 1,25)* |
| Sudeste | Sim | 480 (92,3%) | 1093 (94,8%) | 1,03 (1,00 – 1,06) |
| Sul | Sim | 170 (89,9%) | 515 (89,6%) | 1,00 (0,94 – 1,05) |
| Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio da PCD | | | | |
| Norte | Sim | 82 (79,6%) | 269 (96,1%) | 1,21 (1,09 -1,33)* |
| Nordeste | Sim | 630 (85,1%) | 1621 (98,0%) | 1,15 (1,12 – 1,19)* |
| Centro-Oeste | Sim | 75 (88,2%) | 259 (91,5%) | 1,04 (0,95 – 1,13) |
| Sudeste | Sim | 397 (87,3%) | 1036 (94,8%) | 1,09 (1,05 – 1,13)* |
| Sul | Sim | 128 (82,6%) | 478 (92,8%) | 1,12 (1,04 – 1,21)* |
| Promoção da inserção da pessoa com necessidades de reabilitação em atividades esportivas, laborais e de lazer | | | | |
| Norte | Sim | 71 (68,9%) | 247 (88,2%) | 1,28 (1,12 – 1,47)* |
| Nordeste | Sim | 554 (74,9%) | 1426 (86,2%) | 1,15 (1,10 – 1,21)* |
| Centro-Oeste | Sim | 60 (70,6%) | 224 (79,2%) | 1,12 (0,97 – 1,30) |
| Sudeste | Sim | 366 (80,4%) | 948 (86,7%) | 1,08 (1,02 – 1,13)* |
| Sul | Sim | 106 (68,4%) | 356 (69,1%) | 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 | 80 (77,7%) | 225 (80,4%) | 1,03 (0,92 – 1,16) |
| Nordeste | Sim | 614 (82,1%) | 1398 (84,5%) | 1,03 (0,99 – 1,07) |
| Centro-Oeste | Sim | 85 (89,5%) | 238 (84,1%) | 0,94 (0,86 – 1,02) |
| Sudeste | Sim | 452 (94,2%) | 993 (90,9%) | 0,96 (0,94 – 0,99)* |
| Sul | Sim | 147 (86,5%) | 404 (78,4%) | 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) |
| Nordeste | Sim | 655 (87,6%) | 1546 (93,5%) | 1,07 (1,04 – 1,10)* |
| Centro-Oeste | Sim | 76 (80,0%) | 240 (84,8%) | 1,06 (0,95 – 1,19) |
| Sudeste | Sim | 400 (83,3%) | 939 (85,9%) | 1,03 (0,98 – 1,08) |
| Sul | Sim | 136 (80,0%) | 423 (82,1%) | 1,03 (0,94 – 1,12) |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios neuromusculares | | | | |
| Norte | Sim | 83 (80,6%) | 256 (91,4%) | 1,13 (1,03 – 1,26)* |
| Nordeste | Sim | 645 (86,5%) | 1551 (93,8%) | 1,09 (1,05 – 1,12)* |
| Centro-Oeste | Sim | 74 (77,9%) | 237 (83,7%) | 1,08 (0,95 – 1,21) |
| Sudeste | Sim | 396 (82,5%) | 929 (85,0%) | 1,03 (0,98 – 1,08) |
| Sul | Sim | 135 (79,4%) | 420 (81,6%) | 1,03 (0,94 – 1,12) |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios reumatológicos | | | | |
| Norte | Sim | 85 (82,5%) | 224 (86,2%) | 1,04 (0,94 – 1,16) |
| Nordeste | Não | 119 (15,9%) | 131 (7,9%) | |
| Nordeste | Sim | 629 (84,1%) | 1523 (92,1%) | 1,10 (1,06 – 1,13)* |
| Centro-Oeste | Sim | 63 (66,3%) | 217 (76,7%) | 1,16 (0,99 – 1,35) |
| Sudeste | Sim | 385 (80,2%) | 883 (80,8%) | 1,01 (0,96 – 1,06) |
| Sul | Sim | 130 (76,5%) | 397 (77,1%) | 1,01 (0,92 – 1,11) |
| Reabilitação Individual e Coletiva em casos de distúrbios uroginecológicos | | | | |
| Norte | Sim | 46 (44,7%) | 147 (52,5%) | 1,18 (0,92 – 1,50) |
| Nordeste | Sim | 297 (39,7%) | 920 (55,6%) | 1,40 (1,27 – 1,55)* |
| Centro-Oeste | Sim | 30 (31,6%) | 140 (49,5%) | 1,57 (1,14 – 2,15)* |
| Sudeste | Sim | 278 (57,9%) | 611 (55,9%) | 0,97 (0,88 – 1,06) |
| Sul | Sim | 95 (55,9%) | 283 (55,0%) | 0,98 (0,84 – 1,15) |
| 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) |
| Nordeste | Sim | 621 (83,9%) | 1526 (89,8%) | 1,07 (1,03 – 1,11)* |
| Centro-Oeste | Sim | 69 (81,2%) | 226 (73,6%) | 0,91 (0,80 – 1,02) |
| Sudeste | Sim | 395 (86,8%) | 952 (82,6%) | 0,95 (0,91 – 0,99)* |
| Sul | Sim | 136 (87,7%) | 444 (77,2%) | 0,88 (0,82 – 0,95) |

*significativo IC95% não inclui o valor “1,00”

DISCUSSÃO

Os resultados 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-AB aumentou. A adesão ao PMAQ-AB foi positiva e crescente entre todos os ciclos, estando sempre acima de 70% de participação, indicando uma aceitação por parte das equipes e também esforço nos ajustes das unidades para avaliação e avanço nos indicadores produzidos pelo programa.¹⁸

Baseado nos dados do 2º ciclo, um estudo 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 nos programas e no registro das atividades em prontuário comum, favorecendo a integralidade.¹⁹ 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, reforçando a integralidade como fator constitutivo do cuidado efetivo na APS.²⁰

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. Um motivo 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.

A portaria inclui NASF-AB e ESF como componentes da APS, 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 PCD.

A Portaria 835/2012²² institui as bases do financiamento da RCPCD e prevê grande repasse financeiro para essas atividades, somados ainda ao previsto 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, a rede preconiza a integralidade do cuidado, que é um atributo da APS.²³ 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 PCD adscritas 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 das PCD entrevistados 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 da 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. Elas são facilitadores para o alcance das estratégias de cuidado à PCD na APS ações de reabilitação, visita domiciliar e apoio matricial.²⁶ 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.²⁷ 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 & Machado³² 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 acesso às OPM.

Tal situação pode ser explicada pela grande disponibilidade tecnológica e de Centros Especializados de Reabilitação (CER) 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.

De forma geral, os resultados do estudo indicam que o processo de implantação da RCPCD, iniciado em 2012, pode ter fomentado a realização de ações voltadas à PCD na APS, observado pelo aumento da realização das ações do NASF-AB para pessoa com deficiência entre os anos de 2015 e 2018. O que também é possível observar é que, embora a portaria de criação da RCPCD seja nacional, a gestão da rede é estadual, o que pode explicar as diferenças regionais.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve continuar a ser pesquisada, bem como seu processo de implantação, desafios e cuidados oferecidos à esta população, considerando o papel da APS como coordenadora e ordenadora da Rede. Projetos em andamento no país devem ter seus resultados cuidadosamente analisados e divulgados, para organização do cuidado e apoio à gestão e trabalhadores.

CONCLUSÃO

A comparação da prevalência de ações direcionadas à PCD e de reabilitação pelo NASF-AB avaliadas no estudo mostram que houve aumento da prevalência das ações avaliadas no Brasil, com diferenças entre as cinco regiões.

A região Nordeste foi a que mais aumentou a prevalência de oferta de serviços, indicando pioneirismo desta região no crescimento do NASF-AB. Em comparação, Sul e Sudeste, embora regiões mais desenvolvidas, não apresentaram investimento em reabilitação neste nível de atenção, confirmando perfil mais secundário de oferta destes serviços. Em relação a alguns serviços direcionados à pessoa com deficiência, como o encaminhamento para as Oficinas Ortopédicas, não houve aumento em todo o Brasil e na maioria das regiões, o que indica que alguns pontos ainda não estão consolidados como Rede integrada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: WHO; 2011.
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. *Ciê Saude Coletiva*. 2016; 21(10): 3253-64. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>
3. Druetz T, Integrated primary health care in low- and middle-income countries: a double challenge, *BMC Med Ethics*. 2018; 19(1):48. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0288-z>

4. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
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. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>
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):1903-14. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201723>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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 Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2012 Abr 25; Seção 1:94-95.
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>
9. Casey R. Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disabil Health J*. 2015; 8(2): 173-81 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.09.010>
10. McClintock HF, Kurichi JE, Barg FK, Krueger A, Colletti PM, Wearing KA, et al. Health care access and quality for persons with disability: Patient and provider recommendations. *Disabil Health J*. 2018;11(3):382-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.12.010>
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200074>
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. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000495>
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>
14. Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coelho 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 Lat Am Enfermagem*. 2016; 24:e2672 Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>
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 Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de Outubro de 2015. Instaura o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2015 Out 5; Seção 1:668-9.
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. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001999>
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):91729-49. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-545>
19. 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): 91729-49. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-545>
20. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017; 41(115):1177-86. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
21. Cavalcanti P, Fernandez M. Programa de melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. *Physis*. 2020;30(3): e300323. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 835, de 25 Abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF)*; 2012 Abr 27; Seção 1:50-1.
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>
24. Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(1):175-84. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>
25. Veltman A, Stewart DE, Tardif GS, Branigan M. Perceptions of primary healthcare services among people with physical disabilities - part 1: access issues. *MedGenMed*. 2001;3(2):18.

26. Amarin 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):224-36. Doi: <https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16786424012017>
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):663-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400016>
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):328-40. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>
30. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saude Debate*. 2018; 42(2): 145-58. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S210>
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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>
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): 1033-51. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Guia para prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
34. Carvalho FCD, Vasconcelos TB, Arruda GMMS, Macena RHM. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. *Trab Educ Saude*. 2019;17(2):e0018925. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00189>
35. Silvia SLA, Cruz AP, Freire JCG, Silva AM, Vasconcellos FGG, Santos GA, et al. Fisioterapia na Atenção Primária no Brasil baseado em um Programa de Avaliação da Qualidade: estudo transversal. *Res Soc Develop*. 2021; 10(2):e15110212389. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12389>