

Modelos de organização da atenção básica e práticas de cuidado à pessoa com deficiência no Brasil

Primary health organization models and care practices for people with disabilities in Brazil

Modelos de organización de la atención básica y prácticas de atención a personas con discapacidad en Brasil

Mariana Silva Macedo (<https://orcid.org/0000-0001-5834-6846>)¹
Jorge Henrique Santos Saldanha (<http://orcid.org/0000-0001-9883-6962>)¹
Larissa Riani Costa Tavares (<http://orcid.org/0000-0002-2474-435X>)²
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0003-4647-6496>)³
Silvia Lanziotti Azevedo da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-2323-2029>)⁴
Fernando Pierette Ferrari (<https://orcid.org/0000-0002-8867-9833>)⁵
Rafaela Raulino Nogueira (<https://orcid.org/0000-0003-0143-4065>)²
Milena Maria Cordeiro de Almeida (<https://orcid.org/0000-0001-8065-4298>)¹

Resumo A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) propõe a ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde das pessoas com deficiência (PcD) com participação da atenção básica (AB). O objetivo deste estudo foi estimar a associação entre o modelo de organização da AB e as práticas de saúde voltadas às PcD nesse nível de atenção. Estudo transversal com 1.377 profissionais de nível superior da AB em oito estados brasileiros, recorte da pesquisa REDECIN-BRASIL. Foi realizada uma regressão logística para estimar a associação entre os modelos AB tradicional e Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a frequência das práticas voltadas às PcD. O modelo AB tradicional apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com menor frequência de práticas voltadas à PcD na AB, em comparação com o modelo da ESF, com ajuste da regressão para o conhecimento sobre a RCPD. Acompanhamento pré-natal, atendimento domiciliar e educação em saúde são práticas mais frequentes no modelo ESF, porém, criação de linhas de cuidado, protocolos clínicos, ações intersetoriais e articulação com recursos comunitários ainda são desafios para ambos os modelos.

Palavras-chave Pessoas com deficiência, Atenção primária à saúde, Serviços de saúde para pessoas com deficiência

Abstract The scope of the Care Network for People with Disabilities in Brazil is to enhance access to, and improve health care for, people with disabilities (PwD) with the participation of primary health care (PHC). The objective of this study was to estimate the association between the PHC organization model and health practices aimed at PwD at this level of care. It involved a cross-sectional study with 1,377 qualified PHC professionals in 8 Brazilian states, part of the REDECIN-BRASIL survey. Logistic regression was performed to estimate the association between the PHC model and the Family Health Strategy (FHS) Model and the frequency of care aimed at PwDs. The Traditional PHC Model revealed a positive and statistically significant association with a lower frequency of practices aimed at PwD in PHC, compared to the FHS model, with regression adjustment for knowledge about the care network for PwD. Prenatal care, home care and health education are more frequent practices in the FHS model, however, creating lines of care, clinical protocols, intersectoral actions and articulation with community resources are still challenges for both models.

Key words People with disabilities, Primary health care, Health services for people with disabilities

Resumen La Red de Atención a Personas con Discapacidad (RCPD) propone ampliar el acceso y la calificación de la atención en salud para personas con discapacidad (PcD) con la participación de la atención primaria (AP). Este estudio tuvo como objetivo estimar la asociación entre el modelo de organización de AP y las prácticas de salud dirigidas a las personas con discapacidad en este nivel de atención. Estudio transversal con 1.377 profesionales de AP de educación superior en ocho estados brasileños, parte de la encuesta REDECIN-BRASIL. Se realizó una regresión logística para estimar la asociación entre el Modelo AP tradicional y la ESF y la frecuencia de prácticas dirigidas a personas con discapacidad. El modelo AP Tradicional presentó asociación positiva y estadísticamente significativa con una menor frecuencia de prácticas dirigidas a PcD en AP, en comparación con el modelo de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), con ajuste de regresión por conocimientos sobre RCPD. La atención prenatal, la atención domiciliar y la educación en salud son prácticas más frecuentes en el modelo ESF. Sin embargo, la creación de líneas de atención, protocolos clínicos, acciones intersectoriales y la articulación con recursos comunitarios aún son desafíos para ambos modelos.

Palabras clave Personas con discapacidad, Atención primaria de salud, Servicios de salud para personas con discapacidad

¹ Universidade Federal da Bahia. Av. Reitor Miguel Calmon 1105, Canela. 40110-903 Salvador BA Brasil. marimacedo28@gmail.com

² Universidade Federal de São Carlos. São Carlos SP Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

⁴ Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora MG Brasil.

⁵ Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS Brasil.

Introdução

A atenção a pessoas com deficiência (PcD) no Brasil foi uma pauta historicamente negligenciada pelas agendas de governo, tendo como primeiro marco histórico, no que diz respeito a uma agenda de direitos da PcD, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002¹. A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a partir da portaria nº 793, ocorreu no ano de 2012², entretanto, são poucos os estudos que discutem o cuidado a PcD na interface atenção básica (AB) e RCPD³⁻⁷.

A atenção básica compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, devendo atuar de modo articulado aos outros níveis de atenção à saúde para garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos demais pontos de atenção às pessoas com deficiência. As atribuições dos profissionais da AB na atenção às PcD envolvem prevenção de agravos e acidentes, atividades de educação em saúde, articulação com dispositivos comunitários, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE), atenção domiciliar e cuidado direcionado ao indivíduo e sua família².

Coexistem, no cenário da AB, modelos de organização orientados por concepções de modelos de atenção divergentes, tendo focos de intervenção, práticas de cuidado e ações desenvolvidas diferentes⁸, sendo estes o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o modelo atenção básica tradicional e o modelo de unidades mistas, em que se apresentam os dois modelos anteriores, simultaneamente. Como objetos de análise do presente estudo, o modelo de Estratégia de Saúde da Família e o modelo atenção básica tradicional apresentam diferentes enfoques no cuidado. Enquanto a ESF prioriza o cuidado integral, a participação social, a promoção da saúde e as necessidades em saúde da população com a presença de equipes multiprofissionais, agente comunitário e características como a oferta de cuidado longitudinal para uma população adscrita, o modelo UBS tem uma abordagem mais generalizada, com foco na clínica e em tratamentos, além do atendimento das demandas pontuais da população, sem uma população adscrita⁹.

Há poucas pesquisas que investigam os desdobramentos dos diferentes modelos de AB nas práticas de saúde, e tal escassez se amplia quando se inclui na discussão o cuidado prestado às pessoas com deficiência. Diante desse contexto, reitera-se o papel fundamental da atenção básica na discussão sobre a promoção e o cuidado à

saúde, considerando as particularidades do território e da comunidade na vida da população, especialmente quando se trata de grupos mais vulneráveis, como as pessoas com deficiência. Assim, o objetivo do presente estudo é verificar a associação entre os modelos de organização da AB e as práticas de saúde voltadas à pessoa com deficiência no Brasil nesse nível de atenção.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com os profissionais de saúde de nível superior integrantes das equipes da atenção básica dos oito estados participantes do projeto de pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN Brasil”, contemplado na chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD nº 35/2018 do Ministério da Saúde.

A presente pesquisa foi um dos recortes do referido projeto multicêntrico, que por sua vez tratou-se de um estudo transversal de métodos mistos, que contou com participação de oito estados e nove instituições de ensino superior, contemplando as cinco regiões geográficas do país: Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade de São Paulo, Universidade Estadual de Campinas, Universidade Federal do Pampa, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de Alfenas e Universidade Federal do Amazonas. O objetivo do projeto REDECIN Brasil foi analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, utilizando questionários, entrevistas e análise documental. Os participantes selecionados e convidados a participar do estudo foram profissionais de ensino superior e gestores da atenção básica e dos centros especializados em reabilitação (CERs), além de gestores dos diferentes componentes da RCPD. Outros aspectos da construção metodológica do projeto foram apresentados em publicação anterior¹⁰.

Participantes

O recorte do presente estudo teve como participantes a amostra de trabalhadores da atenção básica, que por sua vez foi aleatória, estratificada pelos estados e municípios, campos de coleta da pesquisa, com partilha proporcional

por categoria profissional, médicos, enfermeiros e dentistas das equipes de referência, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, atenção básica e outros formatos de equipe ampliada. Para a amostra também foi realizada a proporcionalidade por modelo de organização da AB. A amostra foi definida por cálculo amostral de 1.709 com margem de erro de 1,8% e 95% de nível de confiança, com base no número dos profissionais de nível superior dos municípios que foram campo para coleta no estudo⁵. A amostra foi composta por 1.555 trabalhadores de nível superior das unidades de saúde da atenção básica, 91% da amostra inicialmente projetada, porque a finalização da coleta de dados em campo foi marcada por desafios causados pela pandemia de COVID-19, inviabilizando o alcance da amostra prevista para o Rio Grande do Sul.

Os participantes foram categorizados segundo suas respostas referentes ao tipo de equipe a qual estavam vinculados, categorizadas por modelo de organização: modelo de organização de Estratégia de Saúde da Família e modelo atenção básica tradicional.

A categorização do modelo de organização não foi possível em 340 observações, pois alguns profissionais preencheram mais de uma alternativa em relação ao tipo de equipe vinculada, ou não preencheram a questão. Em relação às equipes NASF-AB, antes das alterações da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, os profissionais que integravam essas equipes estavam vinculados exclusivamente a unidades de Estratégia de Saúde da Família. A partir da última PNAB, em 2017¹¹, foi permitido que as equipes NASF-AB estivessem vinculadas a outras modalidades de unidades de atenção básica. Nesses casos, em que os profissionais sinalizaram estar vinculados a tipos de equipes que poderiam se enquadrar em ambos os modelos de organização, ou nos casos em que foi assinalada mais de uma opção referente a modelos diferentes, gerando inconsistências no banco, as observações foram checadas e, quando possível, corrigidas a partir dos registros de pesquisa ou informações oficiais dos municípios.

A correção desses dados também foi feita através do contato com as coordenações da pesquisa de cada estado correspondente, porém ainda persistiram 173 observações sem categorização ao final dessas correções, que foram excluídas da análise por conta da existência de modelos mistos nas unidades de saúde que foram campo de coleta. Além disso, também foram excluídas as observações em que as questões referentes à variável- desfecho não foram

assinaladas (cinco observações), o que representou uma perda total de 178 observações para a análise final. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a análise do presente estudo incluiu os dados de 1.377 trabalhadores.

Coleta de dados

Os dados foram coletados mediante questionários aplicados a trabalhadores da atenção básica de maneira presencial nas unidades onde atuam e também de forma remota por conta do cenário da COVID-19, como medida de prevenção ao seu contágio, em todo o território nacional. A coleta foi iniciada em fevereiro de 2020 e concluída em outubro de 2021. O instrumento utilizado foi um questionário autoaplicável organizado em questões dispostas em uma escala de tipo Likert para avaliação da frequência das práticas: sempre, na maioria das vezes, raramente e nunca/não se aplica.

Variáveis do estudo

As variáveis de caracterização da amostra foram: sexo (feminino, masculino), idade (média em anos), formação profissional (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico, assistente social, educador físico e outros), tempo de atuação na atenção básica (média em anos e desvio padrão) e tempo de vinculação na atual equipe de atenção básica (média em anos e desvio padrão).

A variável exposição foi o modelo de organização da atenção básica, categorizado em modelo da Estratégia de Saúde da Família e modelo atenção básica tradicional, coletada através da seguinte questão do questionário: “Você atua em qual tipo de equipe da atenção básica?” Nessa questão, podem ser assinaladas mais de uma alternativa. Os profissionais que assinalaram as opções: equipe de saúde da família, equipe de saúde da família ribeirinha (eSFR) e equipes de saúde da família fluviais (eSFF) foram classificados como modelo de Estratégia de Saúde da Família. Os profissionais que assinalaram as opções, equipe de atenção básica modelo tradicional e equipe multidisciplinar de saúde indígena foram classificados enquanto modelo atenção básica tradicional.

A variável desfecho foi a frequência das práticas de cuidado voltadas à pessoa com deficiência. Foi criado um escore contínuo a partir de dez questões presentes no questionário aplicado sobre a frequência das seguintes práticas: “Atenção

às necessidades e demandas das PcD”; “Identificação precoce das deficiências através da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância”; “Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e suporte às famílias”; “Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas”; “Criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientam a atenção à saúde das PcD”; “Articulação com recursos da comunidade que promovam inclusão e a qualidade de vida de PcD”; “Acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade para PcD”; “Acompanhamento e cuidado à saúde das PcD na atenção domiciliar”; “Apoio e orientação às famílias e acompanhantes das PcD”; “Apoio e orientação, por meio do PSE, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das PcD”.

As respostas foram dispostas em uma escala Likert que variou entre quatro e cinco categorias, dependendo da questão (sempre, na maioria das vezes, raramente, nunca e não se aplica). Para a construção do score, foram atribuídos valores às respostas, variando de 1 a 4, com “sempre” valendo 4 pontos, “na maioria das vezes” 3 pontos, “raramente” 2 pontos e “nunca” e “não se aplica» valendo 1 ponto. Dessa forma, a soma dos valores das dez questões gerou um score de frequência das práticas para PcD que variou entre 10 e 40 pontos.

Em seguida, a variável foi dicotomizada em “cuidado menos frequente”, quando os valores do score foram menores ou iguais a 20, e “cuidado mais frequente”, quando os valores do score foram maiores do que 20. Pelo caráter qualitativo do instrumento e discreto da variável, o valor 20 foi definido como limite para categorização, pois seria o resultado de todas as respostas às questões que compõem a variável-desfecho como “raramente”. Valores acima de 20 compreenderiam pelo menos a resposta “na maioria das vezes” para as dez perguntas, considerada uma melhor frequência de práticas.

A variável “conhecimento sobre a rede” foi coletada por meio da questão “Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do seu município?”, também disposta em escala Likert e dicotomizada em “conhece a RCPD do seu município”, quando as respostas eram “conhece totalmente” ou “conheço parcialmente”, e “não conhece a RCPD do seu município”, quando as respostas eram “conheço superficialmente” e “não conheço». Todas as respostas foram obtidas de forma autorreferida pelos profissionais.

Análise dos dados

As variáveis categóricas foram descritas em frequência absoluta e percentual, e as variáveis contínuas foram descritas através de média e desvio padrão, ambas estratificadas por modelo de organização. No que diz respeito à análise estatística, foi utilizado o modelo de regressão logística, no qual o modelo de organização de UBS foi utilizado como exposição, enquanto o modelo de organização da ESF foi a referência para obter estimativas de *odds ratios* e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, adotando-se modelagem para trás e utilizando como critério de permanência na equação o p valor (α : 5%) e o ajuste global do modelo (R2). Assim, o modelo de regressão foi ajustado para a variável “conhecimento sobre a RCPD”: a exposição considerada foi “não conhece a RCPD do seu município», e a referência, “conhece a RCPD do seu município”.

A qualidade do ajuste do modelo foi mensurada por meio do teste de Hosmer e Lemeshow. Os dados foram organizados e analisados no *software* R 4.2.2¹² e da interface Rstudio 2022.12.0¹³.

Aspectos éticos

O estudo obedeceu aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em todas as etapas. Todos os participantes que participaram do projeto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE nº 13083519.3.1001.5188 e por outros comitês de ética das instituições coparticipantes dos estados.

Resultados

Dos 1.377 profissionais selecionados para este estudo, a maioria era composta por mulheres para ambos os modelos de organização, compondo 74,6% da totalidade da amostra investigada. A média de idade dos profissionais foi de 43,2 (\pm 11,6) anos no modelo UBS e 38,9 (\pm 11,04) anos no modelo ESF (Tabela 1).

Em relação à ocupação, para ambos os modelos, ESF e UBS, a maioria dos profissionais participantes foi composta por médicos (33,6% e 37,7%, respectivamente), enfermeiras (33,8%

Tabela 1. Características sócio-ocupacionais dos profissionais segundo Modelo de Organização da Atenção Básica, 2020-2021, REDECIN-Brasil.

| Variáveis | Modelo Atenção Básica Tradicional | | Modelo Estratégia de Saúde da Família | | Total | |
|--|---|------|---|------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| | Sexo (n = 1376) ^a | | | | | |
| Feminino | 237 | 78,2 | 790 | 73,6 | 1027 | 74,6 |
| Masculino | 66 | 21,8 | 283 | 26,4 | 349 | 25,4 |
| Idade (anos) | | | | | | |
| Média (± dp) | 43,2 (±11,66) | - | 38,9(±11,04) | - | 39,9 (±11,32) | - |
| Formação profissional (n = 1375) ^b | | | | | | |
| Médico | 114 | 37,7 | 361 | 33,6 | 475 | 34,5 |
| Enfermeiro | 86 | 28,5 | 363 | 33,8 | 449 | 32,6 |
| Cirurgião Dentista | 45 | 14,9 | 171 | 15,9 | 216 | 15,7 |
| Nutricionista | 17 | 5,6 | 16 | 1,5 | 33 | 2,4 |
| Fisioterapeuta | 4 | 1,3 | 38 | 3,5 | 42 | 3,1 |
| Terapeuta Ocupacional | 0 | 0 | 5 | 0,5 | 5 | 0,4 |
| Fonoaudiólogo | 1 | 0,3 | 17 | 1,6 | 18 | 1,3 |
| Psicólogo | 4 | 1,3 | 21 | 2,0 | 25 | 1,8 |
| Farmacêutico | 11 | 3,6 | 24 | 2,2 | 35 | 2,5 |
| Assistente Social | 18 | 6,0 | 40 | 3,7 | 58 | 4,2 |
| Profissional de Educação Física | 0 | 0,0 | 16 | 1,5 | 16 | 1,2 |
| Outra | 2 | 0,7 | 1 | 0,1 | 3 | 0,2 |
| Tempo de experiência na Atenção Básica (média em anos) (± dp) | 11,4 (±9,7) | - | 8 (± 7,7) | - | 8,8 (± 8,3) | - |
| Tempo vinculado a equipe atual de Atenção Básica (média em anos) (± dp) | 7,8 (± 8,4) | - | 4,3 (± 5,2) | - | 5,1 (± 6,3) | - |

^aUm registro não apresentou a informação do sexo. ^bDois registros não apresentaram a informação sobre formação profissional.

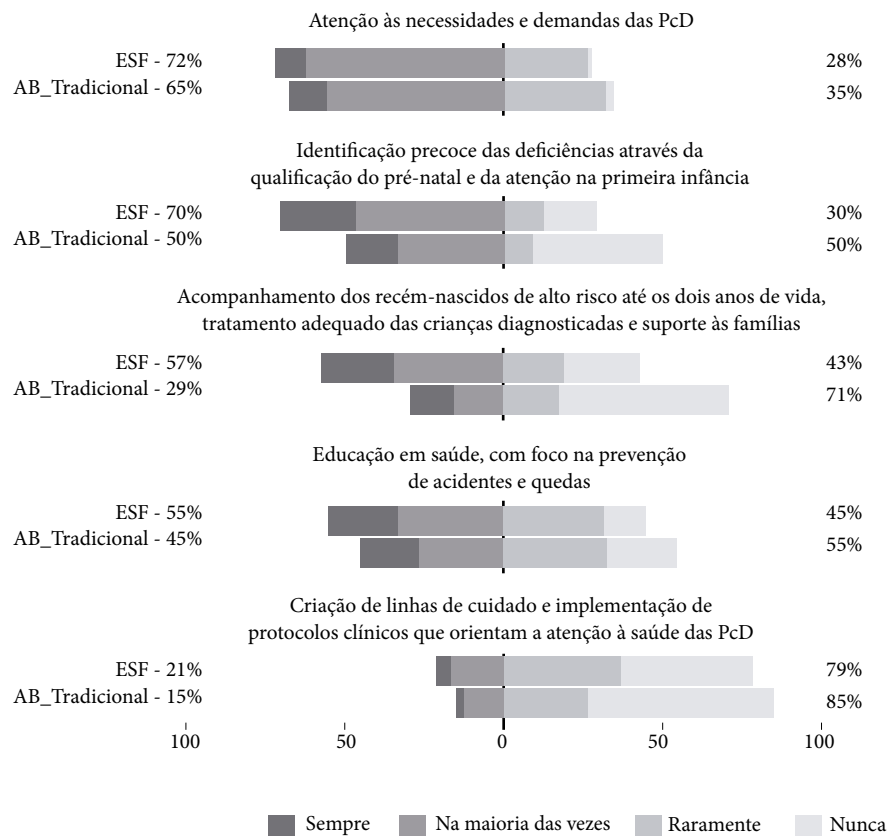
Fonte: Autores.

e 28,5%) e cirurgiões-dentistas (15,9% e 14,9%). Fisioterapeutas (3,5%), psicólogos (2,0%), educadores físicos (1,5%) e fonoaudiólogos (0,5%) foram ocupações mais frequentes no modelo ESF, quando comparado ao UBS, que apresentou 1,3% de fisioterapeutas e 0,3% fonoaudiólogos, sem presença de terapeutas ocupacionais e educadores físicos. Assistentes sociais (6,0%), nutricionistas (5,6%) e farmacêuticos (3,6%) foram mais frequentes no modelo UBS, em comparação ao modelo ESF, que apresentou frequências de 3,7%, 1,5% e 2,2% para cada categoria referida, respectivamente (Tabela 1).

O tempo médio em anos de experiência na atenção básica foi de 11,4 (± 9,7) anos para o modelo UBS e 8,0 (± 7,7) para ESF. O tempo médio em anos de vínculo com a equipe atual também foi maior entre os profissionais do modelo UBS, com 7,8 (± 8,4) anos. No modelo ESF, o tempo médio foi de 4,3 (± 5,2) anos (Tabela 1).

No que diz respeito às questões que compuseram a variável-desfecho, o percentual das respostas “Sempre/na maioria das vezes” e “raramente/nunca” foi agrupado e apresentado por modelo de organização, para melhor apresentação dos dados (Figura 1). A maioria dos profissionais em ambos os modelos UBS e ESF responderam “sempre/na maioria das vezes” para as seguintes questões, respectivamente: atenção às necessidades e demandas das PcD (65,0%; 72,0%); acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade para PcD (54,0%; 68,0%); apoio e orientação às famílias e acompanhantes das PcD (74,0%; 88,0%).

Em contrapartida, a maioria dos participantes afirmou realizar “raramente/nunca” as seguintes práticas nos modelos UBS e ESF, respectivamente: criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientam a atenção à saúde das PcD (85,0%; 79,0%);



continua

Figura 1. Distribuição da frequência das respostas às questões que compuseram o escore da frequência das práticas de cuidado às PcD (desfecho), segundo Modelo de Organização da AB, REDECIN-Brasil, 2020-2021.

articulação com recursos da comunidade que promovam inclusão e a qualidade de vida PcD (71,0%; 60,0%); e apoio e orientação, por meio do PSE, visando a adequação do ambiente escolar às especificidades das PcD (80,0%; 60,0%).

Nas demais questões, os valores entre os grupos UBS e ESF variaram, porém, sempre com um percentual maior de respostas “sempre/na maioria das vezes” para o grupo ESF. Identificação precoce das deficiências por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância (50,0%, 70,0%); acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e suporte às famílias (29,0%, 70,0%); educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas (45,0%, 55,0%); acompanhamento e cuidado à saúde das PcD na atenção domiciliar (18,0%, 78,0%) (Figura 1).

Em relação à distribuição dos valores do escore de frequência das práticas realizadas, o mo-

delo de Estratégia de Saúde da Família apresenta frequência maior de valores acima do ponto de corte do escore (20).

Na análise bruta, observa-se associação positiva e significativa entre o modelo de AB tradicional e uma menor frequência das práticas voltadas à PcD na atenção básica em comparação com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (OR: 4,33; IC95%: 3,26-5,76) (Tabela 2).

Na análise ajustada pela variável “conhecimento da RCPD do seu município”, a associação entre o modelo UBS e uma menor frequência das práticas permaneceu estatisticamente significativa (OR: 4,10; IC95%: 3,06-5,48) (Tabela 2).

Discussão

Os achados do estudo mostram que o modelo de organização da atenção básica está associado às práticas voltadas às PcD, com o modelo AB

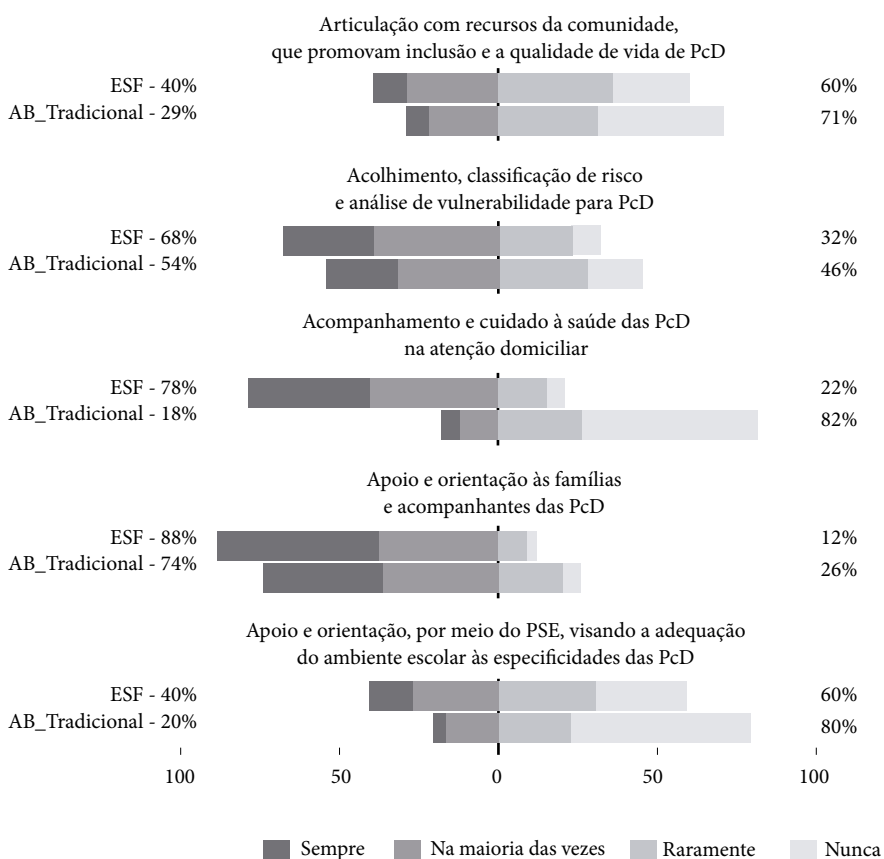


Figura 1. Distribuição da frequência das respostas às questões que compuseram o escore da frequência das práticas de cuidado às PcD (desfecho), segundo Modelo de Organização da AB, REDECIN-Brasil, 2020-2021.

Fonte:

Tabela 2. Estimativas da regressão logística para a associação de modelo de organização e menor frequência de práticas para PcD na Atenção Básica, Brasil, análise bruta e ajustada, REDECIN-BRASIL, 2020-2021.

| Variáveis | Análise Bruta | | | | Análise Ajustada | | | |
|--|---------------|--------|------|--------|------------------|--------|------|--------|
| | OR | IC 95% | | p | OR | IC 95% | | p |
| | | LI | LS | | | LI | LS | |
| Modelo de Organização da Atenção Básica | | | | | | | | |
| Modelo da Estratégia de Saúde da Família | 1 | | | | 1 | | | |
| Modelo Atenção Básica Tradicional | 4,33 | 3,26 | 5,76 | <0,001 | 4,10 | 3,06 | 5,48 | <0,001 |

p=p-valor obtido pela regressão logística múltipla; IC95%=Intervalo de confiança de 95%; LI=Limite inferior; LS=Limite superior; OR=Odds ratio. OR (IC 95%) = Oddsratio ajustada por "Conhecimento da RCPCD no seu município", cuja categoria de referência foi "Conhece a RCPCD do seu município".

Fonte: Autores.

tradicional apresentando menor frequência de práticas quando comparado ao modelo de ESF. Conhecer a Rede de Cuidados da Pessoa com

Deficiência também se associa a uma melhor frequência de práticas quando comparado com o não conhecimento sobre a Rede.

Em relação ao perfil profissional das equipes AB, observou-se uma maior presença de profissionais historicamente vinculados à reabilitação na ESF (fisioterapeuta, educador físico, fonoaudiólogo, psicólogos e terapeutas ocupacionais), quando comparadas às equipes no modelo UBS. Tal fato pode ser explicado pela presença dos NASF-AB, vinculados exclusivamente à Estratégia de Saúde da Família até o ano de 2017¹¹, e pode indicar a presença dos NASFs como facilitador do acesso das PcD às ações de reabilitação promovidas em conjunto pela equipe mínima e multiprofissional^{3,14}. No que diz respeito à atenção no pré-natal e na primeira infância, Costa *et al.* (2022)¹⁵ também identificaram que a realização do pré-natal com um número de consultas de enfermagem maior e orientações acerca da prevenção de doenças foi mais frequente nas Equipes de Saúde da Família, quando comparados à AB tradicional, o que dialoga com os resultados do presente estudo. Fatores como o cuidado articulado em Rede, a importância da orientação e capacitação da família e o atendimento prioritário na atenção a crianças com deficiência são identificados como potencialidades presentes na rotina de profissionais da ESF⁴.

Ainda sob o cuidado voltado para a infância, Santos *et al.* (2019)¹⁶ analisaram diferentes modelos de organização da AB avaliando qual deles seria mais orientado para crianças, através da ferramenta PCAtool, e identificaram que as unidades que apresentavam o modelo ESF (unidades mistas e unidades de saúde da família) tiveram melhores avaliações quando comparadas às de modelo de AB tradicional. Entre as unidades mistas e unidades de saúde da família, as primeiras se destacaram por essa razão. Os autores levantam a hipótese de que os modelos em conjunto podem ter suas fragilidades compensadas e conseqüentemente prestar um cuidado melhor orientado à saúde da criança¹⁶.

O estímulo para participação das PcD em atividades comunitárias e o encaminhamento para que o indivíduo acesse outros equipamentos sociais e inclusivos, realizadas com frequência reduzida em ambos os modelos no presente estudo, também são referidos como menos frequentes em estudo prévio⁵. A desarticulação entre os diferentes pontos da Rede e o desconhecimento dela também contribuem para essa dificuldade de integração⁵. A escola é um exemplo de espaço reconhecido nas políticas públicas como promotor de saúde e que, por meio do Programa Saúde na Escola, busca a integração e corresponsabilização entre os setores da saúde e da educação para garantir melhor qualidade de

vida para os jovens e adolescentes em idade escolar^{17,18}. Entretanto, essa articulação intersetorial com a escola foi pouco proporcionada pelos profissionais da AB no presente estudo.

A articulação junto a outros pontos da Rede, bem como a outros setores, é parte constitutiva do papel de coordenação do cuidado desenvolvido pela atenção básica, na intenção de permitir que o usuário circule de forma eficiente pelo sistema de saúde e outros setores, garantido o acesso oportuno e adequado. Para tanto, estabelecer conexões com pontos de atenção como a escola, associações e instituições dentro da própria comunidade é fundamental¹⁹.

Práticas como acolhimento, classificação de risco, análise de vulnerabilidade, orientações para PcD recomendadas pela RCPD²⁰ e apoio prestado aos familiares através da escuta e do acolhimento estão diretamente ligadas à rotina de trabalho típica das equipes de atenção básica⁵, o que condiz com os resultados do presente estudo. Também fazendo parte das rotinas das equipes da atenção básica, há as práticas de educação em saúde voltadas para a prevenção de doenças, ferramentas que, quando estimulam a autonomia e protagonismo do usuário, são relevantes para a promoção da saúde. Elas podem ser desenvolvidas em diferentes espaços e estar presentes em diversos momentos da rotina de trabalho das equipes de saúde da família, a exemplo da visita domiciliar²¹.

A atenção domiciliar aparece como atividade já consolidada nos processos de trabalho das equipes ESF, podendo ter uma frequência até quatro vezes maior quando comparado ao modelo UBS²². A AB tradicional ainda concentra grande parte das suas ações na clínica, principalmente na figura do médico²², o que provavelmente impacta no tempo disponível para as visitas domiciliares. A visita domiciliar permite que diversas ações, como busca ativa, cadastramento, vigilância e educação em saúde junto ao usuário, cuidador e família, possam ser desenvolvidas no espaço do domicílio, facilitando o acesso para aqueles que não podem se locomover até as unidades de saúde²³.

No que se refere à participação na criação de linhas de cuidados e implementação de protocolos clínicos, foram pouco frequentes em ambos os modelos. A mesma fragilidade foi observada a partir da análise documental das políticas de saúde da pessoa com deficiência, em outro estudo da pesquisa REDECIN Brasil com o objetivo de avaliar o grau de implantação da RCPD nos oito estados integrantes do estudo⁷. A construção de fluxos e protocolos envolve a definição dos pa-

péis dos pontos de atenção e a construção de um processo de trabalho colaborativo, sendo atividade fundamental para facilitar o acesso dos usuários aos serviços, garantindo maior qualificação do cuidado ofertado^{4,19,24}. Negligenciar tais práticas também pode trazer prejuízos para a avaliação da RCPD, à medida que dificulta a criação de marcadores para o seu monitoramento⁷.

Apesar dos valores próximos à média do escore máximo em relação às práticas preconizadas pela Portaria da RCPD em ambos os grupos, a maioria dos profissionais do presente estudo refere oferecer frequentemente uma atenção adequada às demandas e necessidades da PcD. Tal fato pode se dar pelas incongruências entre as práticas e o discurso profissional, em que o falado se aproxima do paradigma social da deficiência, porém, na rotina do processo de trabalho, pouco se explora a autonomia e os projetos de vida do indivíduo⁵. O fato de o questionário aplicado ser auto avaliativo também pode explicar tais diferenças, pelo enviesamento da resposta positiva, no qual o entrevistado busca não se associar a respostas que possam ser socialmente indesejáveis²⁵.

A associação entre o modelo UBS e menor frequência de práticas voltadas à PcD pode ser compreendida pelas diferenças de concepção entre os modelos. A atenção básica tradicional antecede historicamente a ESF. Na década de 1980, iniciativas baseadas na atenção primária culminaram, no início dos 1990, na formação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, no Programa de Saúde da Família. Alguns anos depois, a PNAB²⁶ se apresenta como marco na afirmação de uma proposta mais robusta, que transforma o então Programa Saúde da Família em Estratégia de Saúde da Família, estruturante da atenção básica no Brasil, que amplia o conceito de cuidado ofertado inicialmente pela AB tradicional²⁷.

Portanto, o modelo de atenção que norteia as práticas nas unidades básicas tradicionais ainda é orientado pela queixa-conduta, com ausência de uma área adstrita e ocorrência de grande número de atendimentos. Em contrapartida, a Estratégia de Saúde da Família apresenta maior foco nas ações direcionadas ao território e realiza o acompanhamento longitudinal do usuário e sua família, apresentando uma melhor orientação comunitária do que o modelo UBS⁹. A ESF, por intermédio de ações com foco na prevenção de doenças, promoção da saúde e reabilitação, além do trabalho em equipe e interdisciplinar e o investimento em formação profissional através da educação permanente²⁸, se aproxima

do modelo de APS abrangente preconizado na Conferência de Alma-Ata⁸.

O cuidado ofertado à PcD, por vezes, ainda tem como foco uma abordagem exclusivamente curativista, que afasta iniciativas que promovam a autonomia e projetos de vida dos sujeitos⁵. Em paralelo a esse cenário, ainda existe uma formação acadêmica influenciada por esse modelo de cuidado, com um currículo pouco orientado ao SUS²⁸. Em uma perspectiva mais otimista, a Estratégia de Saúde da Família tende a avançar na direção da construção de um modelo de atenção que combine de forma coerente tecnologias e abordagens adequadas às necessidades em saúde dos indivíduos que convivem com diferentes realidades por todo o país²⁹. Assim, as práticas de atenção básica se aproximam da oferta de um cuidado mais adequado, de uma prática promotora de direitos, genuinamente inclusiva e alinhada com os atributos essenciais da atenção primária⁹.

As práticas na atenção básica englobam, para além das ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado, a corresponsabilização pelos usuários, compreendendo que esse cuidado pode ser compartilhado com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde³⁰. As relações estabelecidas no contexto das práticas podem ser facilitadoras ou não no alcance dos atributos da AB, e as ações desenvolvidas podem sofrer influências de diferentes contextos, como a organização do serviço e o perfil do profissional³¹, portanto, conhecer a estrutura da rede pode ser um elemento relevante no que diz respeito a práticas coerentes com os atributos preconizados.

É relevante compreender os serviços como espaços físicos de produção do cuidado que devem refletir e discutir sobre suas práticas constantemente, considerando que se tratam de “arena de interesses construídos no cotidiano dos serviços de saúde que definirá o desenho assistencial”. Existe um campo de disputa no que diz respeito ao modelo de atenção que orienta as práticas de cuidado em saúde, ainda sendo predominante o conceito de cuidado centrado na doença e na lógica de oferta e demanda²⁸. Tal conceito vai de encontro aos princípios da atenção básica, em que o cuidado deve ser orientado a partir das necessidades em saúde e do território²⁶.

A construção de uma atenção básica fortalecida, com a ESF ocupando um espaço central e coordenador da rede, com capacidade de resolver a grande maioria dos problemas de saúde, oferecendo acessibilidade e garantindo a continuidade dos cuidados, contribui para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Para tal,

iniciativas como a institucionalização dos fluxos de informação e encaminhamento, reconhecimento do papel do profissional generalista, fortalecimento das equipes multiprofissionais e a priorização política e financeira da Estratégia de Saúde da Família devem ser incentivadas¹⁹.

O presente estudo contribui para a literatura por meio de análises sobre os modelos de organização da atenção básica na interface com a RCPD e no cuidado prestado à pessoa com deficiência, contemplando estados das cinco regiões do Brasil. Porém, apresenta limitações, pelo caráter autoavaliativo do instrumento de pesquisa, que pode favorecer um viés de desejabilidade social²⁵, além de tratar de um recorte de tempo específico, que não contempla as mudanças ocorridas no cenário da AB entre 2017 e 2023. Outro limite do estudo é a ausência de possíveis covariáveis para ajuste do modelo, a exemplo de equipes cobertas pelo NASF-AB ou equipes multiprofissionais, grau de implantação da RCPD nos municípios investigados, entre outras.

Considerações finais

O modelo AB tradicional e o não conhecimento da RCPD estão associados a uma menor frequência de práticas voltadas às pessoas com deficiência, em comparação com o modelo da Estratégia de Saúde da Família. As práticas de

apoio e orientação às PcD e suas famílias, bem como as práticas de acolhimento e classificação de risco, usualmente mais consolidadas na rotina de trabalho das equipes de atenção básica, apresentam frequências de realização próximas entre os modelos. No modelo ESF, as práticas relacionadas ao acompanhamento no pré-natal e na primeira infância, atendimento domiciliar e atividades de educação em saúde com foco na prevenção, que indicam longitudinalidade do cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde, são mais frequentes. Em contrapartida, a criação de linhas de cuidado e protocolos clínicos, ações intersetoriais através do Programa Saúde na Escola (PSE) e articulação com recursos comunitários ainda são desafios para ambos os modelos de organização.

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família se apresenta como melhor modelo para ofertar cuidado e garantir um acesso mais qualificado à população com deficiência. Recomenda-se o fortalecimento da ESF como estratégia para ampliar e fortalecer a atenção básica e a RCPD, bem como estudos futuros que aprofundem a análise acerca dos modelos de organização a partir do olhar de outros atores, a exemplo de usuários com deficiência que utilizam os serviços e que explorem diálogos com a Rede e a AB. Recomenda-se também estudos que façam uma análise comparativa entre diferentes regiões e estados do país e entre as equipes ESF com e sem apoio NASF-AB ou equipes multiprofissionais.

Colaboradores

M Macedo: escrita do artigo, revisão bibliográfica, coleta, análise e interpretação de dados, análise dos resultados e formatação do manuscrito. JH Saldanha: concepção da pesquisa e supervisão, contribuição no arcabouço teórico, análise, interpretação e escrita dos resultados e revisão crítica. L Riani: escrita do manuscrito, principalmente na introdução e nos resultados, revisão bibliográfica e revisão crítica. K Ribeiro: supervisão, concepção e coordenação da pesquisa, orientação do projeto e revisão crítica. S Lanzioti: validação e discussão dos resultados, revisão crítica e análise estatística. F Ferrari: revisão de literatura e arcabouço teórico, análise e discussão dos resultados, revisão crítica. M Almeida: contribuição na escrita do artigo como um todo, construção metodológica, análise estatística e interpretação de dados, análise dos resultados, revisão geral e formatação do manuscrito. R Nogueira: análise dos dados e construção metodológica.

Agradecimentos

Às pesquisadoras e aos pesquisadores do Grupo de Pesquisa REDECIN, que colaboraram para a execução do projeto que deu origem a esse estudo, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Ministério da Saúde, pelo financiamento da pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN Brasil (processo nº 442788/2018-5), e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento da bolsa de mestrado de MS Macedo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União* 2002; 6 jun.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
3. Carvalho BLS, Carvalho BLS, Nascimento ALM, Silva SLA, Brandão CBF, Silva LGC, Moreira LB, Brito GEG. 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 de Atenção Básica. *Acta Fisiatrica* 2022; 29(4):268-275
4. Seidel B, Mazza VA, Schuertz AL, Ruthes VBTN, Macedo LC. Percepção do profissional da Estratégia Saúde da Família no cuidado à criança com deficiência. *Av Enferm* 2022; 40(2):241-253.
5. Othero MB, Whitaker AS. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):177-188
6. Machado WC, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na Rede de cuidados da Pessoa com Deficiência. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(3):e4480016.
7. Ribeiro KSQS, Saldanha JHS, Zanela ÁK, Ferrari FP, Freitas GKF, Barroso RB, Silva SLAD, Chaves SCL, Aquino VDS, Schmitt ACB, Fernandes TG. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. *Cad Saude Publica*; 39(5):e00186122.
8. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 493-542.
9. Ferreira RA, Silva SA, Nascimento MC, Barbieri AF, Fioroni LN. Avaliação da atenção primária à saúde: comparação entre modelos organizativos. *Interações (Campo Grande)* 2022; 23(2):489-503.
10. Ribeiro KSQS, Barroso RB, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS, Silva SLA, Fernandes TG, Schmitt ACB. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2021; 25(21):e200767.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
12. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing [Internet]. [cited 2023 11 jun]. Available from: <https://www.R-project.org/>
13. RStudio Team. RStudio: Integrated Development Environment for R [Internet]. 2015. [cited 2023 jun 11]. Available from: <http://www.rstudio.com/>

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território*. Brasília: MS; 2017.
15. Costa LC, Rodrigues LS, Bringel LS, Bastos AB, Santos MM, Meneses Filho EP, Rêgo AS, Batista RFL. Atenção Básica à Saúde: uma comparação entre a atenção pré-natal na Unidade de Saúde da Família e os serviços tradicionais. *RBPS* 2022; 23(1):79-86
16. Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N, Reichert APDS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad Saude Publica* 2018; 34(1):e00014216.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dez.
18. Araújo MJAG, Nogueira EAM, Santos VR, Monteiro SC, Vieira IB, Quadros JFC, Freitas TCC, Oliveira JNA, Rodrigues GF, Brito AM, Moraes DS, Teixeira NA, Moreira LG. Programa saúde na escola: experiências, práticas e desafios na atenção primária à saúde. *Res Soc Dev* 2021; 10(10):e255101017816.
19. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(Esp. 1):244-260.
20. Almeida MMC, Tavares LRC, Arce VAR, Macedo MS, Pereira ICS, Fernandes TG. Atenção Básica no cuidado às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. In: Ribeiro KSQS, Medeiros AA, Silva SLA, organizadores. *Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis*. Porto Alegre: Ed. Rede unida; 2022. p. 103-122.
21. Travagim MF, Pini JS, Labegalini CMG, Spigolon DN, Travagim GF. Ações de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais. *Cienc Cuid Saude* 2022; 21:e61606.
22. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, Siqueira FV, Teixeira VA, Dilélio AS, Maia MF. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4395-4404.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: MS; 2013.
24. Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis PD, Ichisato SMT, Bega AG, Paiano M, Lino IGT. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. *REME* 2020; 24:e-1277
25. Almiro P. Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Aval. psicol.* 2017; 16(3):0-0.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
27. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICCSAB). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1913.
28. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1869-1878.
29. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 459-492.
30. Medina MG, Aquino R, Vilabôas ALQ, Nunes CA, Prado NMBL. Atenção primária à saúde: reflexões sobre a política a partir da prática de pesquisa. In: Teixeira CF, organizadores. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 227-265.
31. Farias JM, Minghelli LC, Soratto J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. *Cad Saude Colet* 2020; 28(3):381-389.

Artigo apresentado em 18/10/2023

Aprovado em 12/12/2023

Versão final apresentada em 14/12/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva