

Os núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado às pessoas com deficiência e necessidades de reabilitação: dados do terceiro ciclo PMAQ-AB

Family Health Support Centers and care for people with disabilities and rehabilitation needs: data from the third PMAQ-AB cycle

Equipos de Apoyo a la Salud de la Familia y atención a personas con discapacidad y necesidades de rehabilitación: datos del 3er ciclo PMAQ-AB

Amanda Oliveira Costa dos Santos¹ , Milena Maria Cordeiro de Almeida¹ 

¹Universidade Federal da Bahia – Salvador (BA), Brasil.

Resumo

Introdução: As equipes da atenção básica à saúde representam uma oportunidade de acolhimento e cuidado às pessoas com deficiência (PcD) ou com algum tipo de perda de funcionalidade que residem nos territórios cobertos por elas. **Objetivo:** Descrever o perfil dos núcleos de apoio à saúde da família (Nasf) segundo práticas de cuidado a PcD e pessoas com necessidades de reabilitação. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, com dados secundários do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2017, incluindo 4.031 profissionais das equipes de Nasf do país, 98% delas. **Resultados:** Apenas 5% das equipes disseram não realizar ações de cuidado a PcD ou de reabilitação, com piores resultados em relação ao planejamento, à execução e à avaliação das atribuições previstas para o Nasf. Adaptações das condições do domicílio e abordagem funcional foram as práticas mais citadas, e o suporte às equipes da atenção básica à saúde na identificação precoce de deficiências, a menos citada. **Conclusões:** As equipes que apontaram cuidado a PcD/reabilitação têm o trabalho mais bem organizado, persistindo desafios relacionados à gestão do trabalho em equipe, à articulação intersectorial e à construção de projetos terapêuticos singulares.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Estratégias de saúde nacionais; Pessoas com deficiência; Reabilitação.

Autor correspondente:

Amanda Oliveira Costa dos Santos
E-mail: amandaoli.cs@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/11/2023.

Aprovado em: 06/01/2025.

Editora associada:

Monique Bourget

Como citar: Santos AOC, Almeida MMC. Os núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado às pessoas com deficiência e necessidades de reabilitação: dados do terceiro ciclo PMAQ-AB. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4031. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4031](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4031)



Abstract

Introduction: The Primary Health Care teams represent an opportunity to welcome and care for people with disabilities or with some kind of loss of functional capacity who reside in the territories covered by them. **Objective:** To describe the profile of the Family Health Support Centers according to care practices for people with disabilities and rehabilitation needs. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with secondary data from the third cycle of the National Program for Improving Primary Care Access and Quality, 2017, including 4,031 professionals from the country's Family Health Support Centers, 98.0% of these. **Results:** Only 5.0% of the teams reported not performing care actions for people with disabilities and rehabilitation needs, with worse results in relation to planning, execution, and evaluation of the tasks provided for the Family Health Support Centers. Adaptations of home conditions and functional approach were the most mentioned actions; and support to Primary Health Care teams in the early identification of disability, the least mentioned. **Conclusions:** The teams that reported providing some care for people with disabilities and rehabilitation needs have a better organized work, but challenges remain related to the management of teamwork, intersectoral organization, and the development of singular therapeutic projects.

Keywords: Primary health care; National health strategies; Disabled persons; Rehabilitation.

Resumen

Introducción: Los equipos de Atención Primaria de Salud (APS) representan una oportunidad para acoger y atender a las personas con discapacidad (PcD) o con algún tipo de pérdida de funcionalidad que residen en los territorios que abarcan. **Objetivo:** Describir el perfil de los Equipos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) según las prácticas de atención a las personas con discapacidad y las necesidades de rehabilitación. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal, con datos secundarios del 3er ciclo del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad de la Atención Primaria, 2017, incluyendo 4.031 profesionales de los equipos NASF del país, el 98,0% de estos. **Resultados:** Solo el 5,0% de los equipos relató no realizar acciones de atención a las personas con discapacidad o de rehabilitación, con peores resultados con relación a la planificación, ejecución y evaluación de las tareas previstas para la NASF. Las adaptaciones a las condiciones del hogar y el enfoque funcional fueron las prácticas más mencionadas y el apoyo a los equipos de APS en la identificación temprana de deficiencias fue la menos mencionada. **Conclusiones:** Los equipos que derivaron la atención a PcD/rehabilitación tienen trabajo mejor organizado, persistiendo desafíos relacionados con la gestión del trabajo en equipo, la coordinación intersectorial y la construcción de proyectos terapéuticos singulares.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Estrategias de salud nacionales; Personas con discapacidad; Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

As equipes da atenção básica (AB) representam uma oportunidade de acolhimento e cuidado às pessoas com deficiência (PcD) ou com algum tipo de perda de funcionalidade que residem nos territórios cobertos por elas.¹ O trabalho das equipes multiprofissionais na AB acontece pela proposta de interdisciplinaridade e é organizado no formato de equipes de referência da estratégia de saúde da família (ESF) e de apoio matricial, com os núcleos de apoio à saúde da família (Nasf)² e, mais recentemente, as equipes multiprofissionais.³

A reabilitação compõe o conjunto de ações em saúde previstas pela AB e é, portanto, atribuição de todos os profissionais inseridos nesse nível de atenção.^{4,5} Estes devem desenvolver ações como: acompanhamento de recém-nascidos, identificação precoce de deficiências/incapacidades, suporte às famílias, criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos; atenção domiciliar; entre outros.^{6,7}

Ainda no que se refere ao cuidado às PcD, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) é instituída com os objetivos de ampliar o acesso, qualificar a atenção à saúde, promover a vinculação da pessoa com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde nos diferentes territórios, qualificando o cuidado a essa população.

As ações previstas para a AB na portaria são: diagnóstico precoce no pré-natal, acompanhamento de crianças de alto risco, educação em saúde, criação de linhas de cuidado que possam orientar a atenção à saúde das PcD, implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise

de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, cuidado e acompanhamento na atenção domiciliar; apoio e orientação de famílias/acompanhantes e desenvolvimento de ações de inclusão, igualmente por meio do Programa Saúde na Escola.⁸ Todavia, persistem desafios relacionados ao desconhecimento dos profissionais sobre a RCPD e ao privilégio das ações programáticas na AB, com as ações mais específicas voltadas às PcD, que dependem muitas vezes de ações interdisciplinares e intersetoriais, que são desenvolvidas de forma insuficiente.⁹

Especificamente no que se refere às equipes do Nasf, existe um grande potencial para a interdisciplinaridade, uma vez que elas são compostas de uma variedade de profissionais, incluindo assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médicos de diversas especialidades, entre outros, sob a proposta de apoio matricial e ampliação da resolutividade de equipes AB.¹⁰

As equipes dos Nasf foram instituídas em 2008, com o intuito de prestar suporte técnico, pedagógico e assistencial às equipes ESF. Suas funções incluem participar do processo de territorialização; atualizar cadastro das famílias nos sistemas de informação; realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação; garantir continuidade da atenção e o estabelecimento do vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; participar de reuniões de equipe para discutir o planejamento e a avaliação das ações, com base nos dados disponíveis; entre outras.¹¹ Em 2017, com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), essas equipes passaram a ser denominadas de núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (Nasf-AB).⁵

Embora as ações de reabilitação estejam previstas nas ações da AB, é crucial ampliá-las ainda mais,⁶ uma vez que as equipes multiprofissionais podem desempenhar um papel importante nesse sentido, já que incluem ocupações relacionadas à reabilitação, fortalecendo as práticas de cuidado às PcD.⁷ Todavia, a operacionalização dessas práticas tem diversos desafios, desde a falta de visibilidade das PcD na área de atuação da equipe, acesso e acessibilidade limitados às unidades de saúde da família (USF), precarização do trabalho, desestruturação das equipes, desequilíbrio entre ações assistenciais e de promoção da saúde, além da falta de articulação interdisciplinar e intersetorial.^{12,13}

Outros desafios importantes relacionados às ações previstas e práticas de cuidado das equipes da AB, de modo geral, mas que também se referem às ações do Nasf e às de reabilitação, são a avaliação e o monitoramento das ações desenvolvidas, proporcionando a reflexão sobre os resultados alcançados, os facilitadores e desafios do processo e a valorização do trabalho das equipes. Na perspectiva da avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011, tinha como objetivos a melhoria da qualidade e o incentivo à ampliação do acesso à AB e representava uma das estratégias utilizadas para garantir a transparência e efetividade das ações direcionadas à AB, além de apresentar e avaliar o que era realizado pelas equipes multiprofissionais,¹⁴ porém ele foi extinto em 2019, substituído pela proposta do Previne Brasil.¹⁵

No contexto político e econômico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da AB no Brasil, com os retrocessos das políticas da AB, mais especificamente entre 2017 e 2020,¹⁵ relativizando o acesso universal, fragilizando o financiamento e desconfigurando equipes e processo de trabalho, desvinculando a tipologia e extinguindo novos credenciamentos Nasf-AB,¹⁶ ressalta-se a importância de dar visibilidade às ações e aos resultados dos trabalhos das equipes da AB, assim reforçando a necessidade de manutenção de um modelo de AB mais abrangente e resolutivo, superando o modelo biomédico e assistencialista, ainda hegemônico.¹⁷

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos Nasf segundo práticas de cuidado a PcD e pessoas com necessidades de reabilitação.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo, com base nos dados secundários da segunda fase do terceiro ciclo do PMAQ-AB, avaliação externa, cuja coleta foi realizada em 2016-2017, cobrindo o total de 5.324 municípios (95%) e 4.031 equipes Nasf (98%). Os microdados PMAQ-AB são de acesso público e estão disponíveis no portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde,¹⁷ e foram obtidos por meio de entrevistas estruturadas feitas por entrevistadores capacitados, sob supervisão de instituições de ensino e/ou pesquisa. A coleta foi realizada utilizando *tablets*, e o questionário foi aplicado na própria USF por entrevistadores, com a participação de um ou mais profissionais do Nasf indicados pelos membros da equipe.¹⁸

A população de estudo foi composta de profissionais das 4.031 equipes que aceitaram participar da avaliação, mediante a indicação dos gestores municipais por meio do sistema do PMAQ-AB. O instrumento de avaliação externa possuía seis módulos: módulos I e V, sobre estrutura das unidades de modo observacional; módulos II e VI, com entrevistas com profissionais das equipes de referência; módulo III, para entrevista com usuário; e o módulo de interesse do presente estudo, módulo IV, que se referia à entrevista com o profissional do Nasf e verificação de documentos na unidade de saúde. O módulo IV tinha como objetivo avaliar o que a PMAQ-AB apresenta como processo de trabalho das equipes e a organização do cuidado aos usuários.

Os eixos avaliados compreendem: identificação da unidade de saúde, gestão do Nasf em âmbito municipal, qualificação do cuidado na AB, cuidado à PcD e com necessidade de reabilitação. Esse módulo possuía questões de múltipla escolha para as respostas. A recomendação era que mais de um profissional do Nasf estivesse presente para responder à entrevista. Nas questões que envolviam a verificação/observação de documento, o profissional entrevistado deveria indicar no referido documento os elementos que comprovavam a questão (documentos comprobatórios).¹⁸

As variáveis de interesse estavam relacionadas ao perfil profissional e à identificação das práticas de cuidado relacionadas às atribuições das equipes de cuidado das PcD e apresentavam-se nos componentes:

- IV.2: identificação da USF (profissional entrevistado) e local;
- IV.3: eixo 1, gestão do Nasf em âmbito municipal;
- IV.7: eixo 5, qualificação do cuidado na AB — processo de trabalho da equipe Nasf;
- IV.10: cuidado à PcD e com necessidade de reabilitação.

Frequências simples e relativas foram estimadas e apresentadas no formato de tabelas, segundo a referência pela equipe Nasf de apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de AB, ou seja, segundo as categorias sim e não da variável IV.10.1 — geral (O Nasf apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de reabilitação?). Foram apresentadas frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse, segundo as equipes Nasf que realizam ou não ações para PcD ou de reabilitação. A variável *profissionais entrevistados*, na Tabela 1, não soma 100%, porque os profissionais entrevistados poderiam responder concomitantemente à mesma questão pela equipe ou porque poderiam responder a mais de uma opção (categoria). Já nas Tabelas 2, 3 e 4, os valores totalizam 100%. Na Tabela 5, observa-se a mesma situação descrita na Tabela 1. Todas as análises foram feitas no pacote estatístico SAS 9.4.

Tabela 1. Perfil das equipes e gestão do núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) segundo a referência de apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de atenção básica*.

Variáveis	Realizam ações PcD e reabilitação (N=3.825)		Não realizam ações PcD e reabilitação (N=206)		Total (N=4.031)	
	N	%	N	%	N	%
*Profissionais entrevistados						
Fisioterapeuta	2.051	53,6	33	16,0	2.084	51,7
Psicólogo	2.011	52,6	117	56,8	2.129	52,8
Nutricionista	2.001	52,3	93	45,1	2.094	51,9
Assistente social	1.342	35,1	62	30,1	1.404	34,8
Profissional de educação física	994	26,0	53	25,7	1.047	26,0
Fonoaudiólogo	835	21,8	24	11,6	859	21,3
Farmacêutico	474	12,4	25	12,1	499	12,4
Terapeuta ocupacional	234	6,1	6	2,9	240	5,9
Médico ou outros	197	5,1	13	8,6	214	5,3
Número de equipes de estratégia de saúde da família apoiadas						
1 ou 2 equipes	754	19,7	83	40,3	837	20,8
3 a 6 equipes	1.525	39,9	72	35,0	1.597	39,6
7 a 9 equipes	1.061	27,7	35	17,0	1.096	27,2
Mais de 9 equipes	485	12,7	16	7,8	501	12,4
Referência técnica Nasf na gestão municipal						
Sim	3.585	93,7	170	82,5	3.755	93,2
Não	240	6,3	36	17,5	276	6,8
Realiza encontros mensais entre referência técnica municipal e Nasf (se sim na questão anterior)						
Sim	3.421	90,4	139	81,8	3.560	94,8
Não	164	9,6	31	18,2	195	5,2
Existe documento que comprove encontros mensais (se sim na questão anterior)						
Sim	3.126	87,2	109	64,1	3.235	86,1
Não	295	12,8	30	35,9	325	13,8
Realiza diagnóstico de território para orientar a composição da equipe Nasf						
Sim	2.645	69,1	81	39,3	2.726	67,6
Não	793	20,7	93	45,1	886	22,0
Não respondeu	387	10,1	32	15,5	419	10,4

*Percentuais não fecham 100% porque era recomendado que mais de um profissional de cada equipe Nasf respondesse às questões do instrumento; PcD: pessoas com deficiência.

RESULTADOS

Participantes do terceiro ciclo

A maioria dos Nasf cobria de três a seis equipes ESF (39,6%), tinha referência técnica na gestão municipal (93,2%) e mantinha encontros mensais (94,8%), embora apenas 67,6% realizassem diagnóstico de território para orientar composição das equipes Nasf. Quando se comparam os Nasf que disseram realizar ações PcD e reabilitação e aqueles que disseram não o fazer, observa-se que, entre os que não

o realizavam, estes cobriam menos equipes ESF, uma ou duas equipes (40,3%), e apontaram com maior frequência para a inexistência de referência técnica Nasf na gestão municipal (17,5%), além de a maioria não realizar diagnóstico de território (45,1%) (Tabela 1).

De acordo com as características do trabalho e qualificação do cuidado, para a totalidade entrevistada, a maioria dos Nasf afirmou que sempre planejou ações com as equipes da AB (63,5%), se reunia para discutir o processo de trabalho (97,5%) e não tinha dificuldade de locomoção no território (51,4%) (Tabela 2). Observou-se proporção maior referente à falta de planejamento de ações articuladas com equipes da AB, ou ao planejamento apenas algumas vezes (32%), e à não realização de reuniões de processo de trabalho (13,1%) entre equipes que não realizaram ações PcD/reabilitação, ao compará-las com as equipes que realizaram essas ações (Tabela 2).

Tabela 2. Características do trabalho da equipe do núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) e qualificação do cuidado segundo a referência de apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de atenção básica.

Variáveis	Realizam ações PcD e reabilitação (N=3.825)		Não realizam ações PcD e reabilitação (N=206)		Total (N=4.031)	
	N	%	N	%	N	%
Planeja ações articuladas com equipes de atenção básica						
Sempre	2.486	65,0	74	35,9	2.560	63,5
Na maioria das vezes	1.061	27,7	66	32,0	1.127	27,9
Nunca ou apenas algumas vezes	278	7,3	66	32,0	344	8,5
Existe documento que comprove articulação de ações mensais entre Nasf e equipes de atenção básica						
Sim	3.306	86,4	126	61,2	3.432	85,1
Não	485	12,7	61	29,6	546	13,5
Não realiza articulação	34	0,9	19	9,2	53	1,3
Realiza reuniões de processo de trabalho						
Sim	3.752	98,1	179	86,9	3.931	97,5
Não	73	1,9	27	13,1	100	2,5
Tem dificuldades de locomoção Nasf no território (grandes distâncias e ausência de veículo)						
Sim	1.850	48,4	110	53,4	1.960	48,6
Não	1.975	51,6	96	46,6	2.071	51,4

PcD: pessoas com deficiência.

Sobre a avaliação das equipes Nasf, do total das equipes, a maioria realizou monitoramento e análise de indicadores de processo de trabalho (80,5%) e autoavaliação no último ano (90%), por intermédio do instrumento AMAQ (87,3%), definiu critérios de acesso, fluxos e atribuições de cada profissional do Nasf (89,8%), registrou ações em prontuários comuns com as equipes de AB (89,1%) e realizou análise de efetividade de ações coletivas (94,2%). Apesar disso, equipes que não apresentaram documentos que comprovassem a autoavaliação (38,5%), o monitoramento e a análise de indicadores (19,5%) e a definição de atribuições Nasf (21%) também foram observadas (Tabela 3).

Ao comparar a avaliação das equipes que realizaram ações PcD/reabilitação com as que não as realizaram, observou-se que as últimas apontaram mais para a ausência de monitoramento e análise de indicadores (47,1%), realização de autoavaliação (28,2%), definição de critérios de acesso, fluxos e atribuições dos profissionais (32,5%), análise de efetividade das ações coletivas (28,2%), além do sub-registro das ações em prontuários (29,6%) e da inexistência de documentos que comprovassem a realização dessas avaliações (40–48%) (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da equipe do núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) segundo a referência de apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de atenção básica.

Variáveis	Realização ações PcD e reabilitação (N=3.825)		Não realizam ações PcD e reabilitação (N=206)		Total (N=4.031)	
	N	%	N	%	N	%
Monitoramento e análise de indicadores de processo de trabalho						
Sim	3.136	82,0	109	52,9	3.245	80,5
Não	689	18,0	97	47,1	786	19,5
Existe documento que comprove monitoramento/análise de indicadores (se sim na questão anterior)						
Sim	2.449	78,1	65	59,6	2.514	77,5
Não	687	21,9	44	40,4	731	22,5
Que instrumento de autoavaliação utilizou no último ano						
AMAQ – Nasf	3.376	88,3	144	69,9	3.520	87,3
Instrumento próprio de município/equipe	62	1,6	2	1,0	64	1,6
Instrumento desenvolvido pelo estado	10	0,3	0	0	10	0,2
Outros instrumentos de avaliação	33	0,9	2	1,0	35	0,8
Não realizou avaliação	344	9,0	58	28,2	402	10,0
Existe documento que comprove autoavaliação (caso cite autoavaliação)						
Sim	2.154	61,9	77	52,0	2.231	61,5
Não	124	38,1	8	48,0	132	38,5
Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional do Nasf						
Sim	3.482	91,0	139	67,5	3.621	89,8
Não	343	9,0	67	32,5	410	10,2
Existe documento que comprove definições de atribuições do Nasf (se sim na questão anterior)						
Sim	2.784	80,0	75	54,0	2.859	79,0
Não	698	20,0	64	46,0	762	21,0
Registro de ações Nasf em prontuários comuns com as equipes de atenção básica						
Sim	3.448	90,1	145	70,4	3.593	89,1
Não	377	9,9	61	29,6	438	10,9
Análise de efetividade de ações coletivas realizadas ou apoiadas pelo Nasf						
Sim	3.651	95,5	148	71,8	3.799	94,2
Não	174	4,5	58	28,2	232	5,8

PcD: pessoas com deficiência.

Entre as atividades realizadas pelo Nasf, as mais realizadas pela totalidade das equipes foram: atividades de educação em saúde (96,5%), consultas compartilhadas profissionais Nasf/ESF (94,7%), práticas corporais/atividade física no território (93,7%) e grupos terapêuticos operativos (92,3%). Entre as menos citadas, estão: o projeto terapêutico singular (PTS) (77,9%) e a vigilância em saúde (74,3%). Para essas atividades, cerca de 15% das equipes não apresentaram documentos comprobatórios para o PTS, 15,3% para consultas compartilhadas e 7,9% para grupos operativos. Entre as equipes que não realizaram ações PcD/reabilitação, foi maior a referência à não realização dessas atividades, quando comparadas às demais equipes (Tabela 4).

Tabela 4. Atividades realizadas pelo núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) segundo a referência de apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de atenção básica.

Variáveis	Realização ações PcD e reabilitação (N=3.825)		Não realizam ações PcD e reabilitação (N=206)		Total (N=4.031)	
	N	%	N	%	N	%
Consultas compartilhadas profissionais NASF/Estratégia de Saúde da Família						
Sim	3.653	95,5	166	80,6	3.819	94,7
Não	172	4,5	40	19,4	212	5,3
Existe documento que comprove consultas compartilhadas (se sim na questão anterior)						
Sim	3.123	85,5	112	67,5	3.235	84,7
Não	530	14,5	54	32,5	584	15,3
Grupos terapêuticos ou operativos						
Sim	3.559	93,0	163	79,1	3.722	92,3
Não	266	7,0	43	20,9	309	7,7
Existe documento que comprove grupos operativos (se sim na questão anterior)						
Sim	3.296	92,6	134	82,2	3.430	92,1
Não	263	7,4	29	17,8	292	7,9
Apoio e desenvolvimento de práticas corporais e atividade física no território						
Sim	3.627	94,8	149	72,3	3.776	93,7
Não	198	5,2	57	27,7	255	6,3
Ações de vigilância em saúde						
Sim	2.898	75,8	99	48,1	2.997	74,3
Não	927	24,2	107	51,9	1.034	25,7
Atividades de educação em saúde						
Sim	3.714	97,1	177	85,9	3.891	96,5
Não	111	2,9	29	14,1	140	3,5
Construção compartilhada de projeto terapêutico singular (PTS) para casos complexos						
Sim	3.052	79,8	88	42,7	3.140	77,9
Não	773	20,2	118	57,3	891	22,1
Existe documento que comprove construção de PTS para casos complexos (se sim na questão anterior)						
Sim	2.603	85,3	65	73,9	2.668	85,0
Não	449	14,7	23	26,1	472	15,0

PcD: pessoas com deficiência.

As ações desenvolvidas por mais de 90% das equipes que referiram apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes da AB são a orientação sobre adaptações das condições do domicílio (95,8%) e abordagem funcional, observando a diversidade de necessidades das pessoas (94,8%). O atendimento individual ou coletivo para distúrbios osteomusculares (88,9%) e neuromusculares (88,7%) também estava entre as ações mais referidas. O atendimento individual ou coletivo para distúrbios uroginecológicos foi mencionado apenas por 54,9% das equipes, e 0,18% afirmaram não realizar nenhuma das ações apontadas (Tabela 5).

Observou-se, com o estudo, que a maioria das equipes Nasf implantadas aderiu ao terceiro ciclo PMAQ-AB e realizavam algum tipo de cuidado voltado às PcD ou às pessoas com necessidade de reabilitação. Psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas foram os profissionais mais entrevistados,

embora entre as equipes que não citaram ações PcD/reabilitação o fisioterapeuta não tenha aparecido entre os três profissionais mais entrevistados. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais são ocupações clássicas da reabilitação.^{19,20} Por isso, as entrevistas com a participação deles podem ter trazido uma compreensão mais ampla dos elementos relacionados às temáticas de reabilitação na AB. Outra hipótese é que essas ocupações são mais frequentes nas equipes Nasf e, por essa razão, também estiveram entre as mais entrevistadas.²¹

Tabela 5. Ações desenvolvidas por equipes do núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) que dissem realizar apoio e desenvolvimento de estratégias de reabilitação com as equipes de atenção básica.

Ações desenvolvidas (realizam)*	n	%
Avaliação e orientação sobre adaptações das condições do domicílio	3.663	95,8
Abordagem funcional conforme as necessidades das pessoas	3.628	94,8
Atendimento individual ou coletivo para distúrbios osteomusculares	3.399	88,9
Atendimento individual ou coletivo para distúrbios neuromusculares	3.393	88,7
Abordagem integral a PcD	3.376	88,3
Avaliação e encaminhamento para uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3.320	86,8
Atendimento individual ou coletivo para distúrbios reumatológicos	3.264	85,3
Grupos de prevenção de agravos e promoção de saúde no cuidado das pessoas com necessidade de reabilitação	3.258	85,2
Promoção da inserção da PcD em atividades esportivas, laborais e de lazer	3.201	83,7
Suporte às equipes de atenção básica na identificação precoce de deficiências	3.126	81,7
Atendimento individual ou coletivo para distúrbios uroginecológicos	2.101	54,9
Nenhuma das anteriores	7	0,18

*Percentual de equipes que disse realizar as ações descritas (frequência não fecha 100% porque equipes poderiam citar realizar mais de uma das ações); PcD: pessoas com deficiência.

As equipes que disseram realizar ações PcD/reabilitação apoiam um maior número de equipes ESF, com a maioria cobrindo de três a nove equipes, número que se mantém em conformidade com o que é previsto nas diretrizes do Nasf.¹⁰ Vale ressaltar que 12% delas ainda estão sobrecarregadas com a cobertura de mais de nove equipes, com desvantagem maior entre equipes que realizavam ações PcD/reabilitação. Uma possibilidade é que as modalidades/tipo dessas equipes sejam diferentes, Nasf tipo 1 ou 2,⁸ e/ou elas sejam mais completas em relação a número e inserção de ocupações diferentes em saúde, mas não é possível identificar esses aspectos com base nos dados PMAQ-AB.

As equipes que disseram realizar ações PcD/reabilitação apresentaram mais a referência técnica Nasf na gestão municipal. Nesse aspecto, é importante lembrar que a escolha de composição das equipes e onde elas são implantadas é de responsabilidade dos gestores municipais, de acordo com as necessidades do território. Por isso, a importância do diálogo do Nasf com a gestão^{12,22} e os encontros mensais entre ambos. Também por esse motivo as equipes revelaram duas vezes mais o diagnóstico do território na orientação da composição do Nasf, quando comparadas às equipes sem ações para PcD/reabilitação.

Em relação às ações previstas e práticas de cuidado, o planejamento das ações articuladas com demais equipes da AB e reuniões de processo de trabalho, comprovadas por documentos, também foram mais relatadas nas equipes que realizavam ações para PcD/reabilitação. A mesma situação foi observada

para a avaliação das equipes, com monitoramento e análise de indicadores de processo de trabalho, definição de critérios de acesso, fluxos e atribuições dos profissionais, registro de ações em prontuários e análise de efetividade de ações coletivas.

Esses resultados mostram uma fragilidade maior nas ações e práticas previstas e na qualificação do cuidado das equipes que não realizavam ações PcD/reabilitação, salientando a insuficiência no trabalho conjunto das equipes AB, como, por exemplo, incipiência no apoio matricial,²³ que pode estar relacionada à forma como o trabalho se organiza, seja por falta de registro, seja pelo número de equipes de ESF que elas apoiam, seja pela região do Brasil em que estão inseridas,²⁴ sugerindo que essas equipes possam ter menos interação no território e menor participação social também.¹⁰

A autoavaliação faz parte de um processo de reorganização e ampliação da oferta qualificada dos serviços SUS, tanto das equipes AB quanto da gestão.²⁴ Nos resultados observados no presente estudo, nota-se que as equipes Nasf realizam atividades de avaliação, porém nesse contexto as equipes que realizam ações PcD/reabilitação apresentaram maior referência à realização da autoavaliação, bem como avaliação e documentação das ações realizadas, quando comparadas às que não as realizavam, o que pode impactar diretamente em como essas equipes reconhecem e deliberam adversidades, além de suas potencialidades, influenciando na qualidade dos serviços prestados pela equipe.²⁵

Em relação à comprovação das ações por meio de documentos, as equipes que realizavam ações de reabilitação apresentavam a documentação em pelo menos 78% das questões, com menores frequências para as ações referentes à avaliação/autoavaliação, o que representa boa confiabilidade das respostas. As equipes que disseram não realizar ações voltadas para PcD/reabilitação apresentaram pior comprovação das ações por documentos, reforçando a hipótese de maior fragilidade na organização do processo de trabalho. Considera-se que a documentação fortalece a avaliação das ações realizadas, evitando inconsistências, valorizando o trabalho das equipes e possibilitando ajustes nos processos e planejamentos futuros, funcionamento e mesmo incremento de financiamento para equipes. Além disso, a ausência de documentação das ações pode estar relacionada à precarização dos processos de trabalho e à sobrecarga de profissionais da equipe.

Entre as atividades realizadas pelas equipes, encontramos resultados que corroboram o que é esperado conforme as diretrizes Nasf,¹⁰ e todas as ações citadas foram realizadas em maior proporção pelas equipes que realizavam ações para PcD/reabilitação, com maiores diferenças para as ações de vigilância em saúde e práticas corporais. Vale ressaltar também que, mesmo assim, as ações de vigilância e a construção compartilhada de PTS foram as menos citadas por ambos os grupos. Tanto a vigilância em saúde quanto a construção do PTS são de responsabilidade das equipes da AB e importantes para melhorar a qualidade das ações prestadas, além de oferecer suporte e capacidade de resolução às necessidades do território.^{26,27}

A vigilância trabalha principalmente com base no pressuposto da territorialização, auxiliando nos problemas e nas especificidades de saúde dessa população.²⁶ Por sua vez, o PTS sistematiza o cuidado explorando a singularidade e garantindo a autonomia do sujeito e deve ser construído de forma interdisciplinar, o que tende a fortalecer o trabalho em conjunto das equipes. Além disso, a construção do PTS também demanda a participação ativa do usuário e é importante para a criação de vínculo equipe-sujeito-família, identificação de vulnerabilidade, longitudinalidade do cuidado e ampliação da clínica.²⁸ A formação em saúde no Brasil, que ainda tende a ser baseada em um modelo pouco interdisciplinar e

mais especializado, dificulta o processo de construção de PTS.^{27,29} Sendo assim, a falta de realização dessas ações pode indicar a fragilidade dos pressupostos de territorialização e responsabilização do cuidado, essenciais para a operacionalização da AB e tendendo a ficarem mais distantes da proposta da clínica ampliada.

Sobre as ações realizadas pelas equipes que apontaram ações para PcD/reabilitação, prevaleceram ações de atenção domiciliar, abordagem funcional e voltadas para distúrbios osteomusculares. As ações mais específicas, como abordagem integral à PcD, atenção ao uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, promoção da inserção de PcD em atividades esportivas, laborais e de lazer e identificação precoce de deficiências, apesar de relatadas, não estiveram entre as mais frequentes. O relato de ações com perfil mais assistencial pode indicar a vulnerabilidade de PcD que não conseguem acessar à USF, seja por aspecto do território, seja pela falta de políticas públicas que os favoreçam, o que pode prejudicar o cuidado integral, afetando a qualidade de vida desses usuários.¹⁰

O PMAQ-AB tem o seu instrumento de avaliação baseado na PNAB, investigando apenas as atribuições regulamentadas para as equipes Nasf. Por um lado, não há espaço para o relato de ações não previstas, diferentes ou inovadoras. Por outro, pode acontecer um constrangimento na negativa de ações que deveriam estar sendo realizadas. Além disso, não se trata de um questionário específico para o propósito do estudo, o que pode ter influenciado negativamente os resultados relacionados a ações PcD/reabilitação. Cabe destacar que o PMAQ-AB é um programa de adesão voluntária das equipes de AB, representando um processo avaliativo, o que pode ter impacto positivo no resultado.

Vale ressaltar que este estudo é inédito. Ele investigou as características do perfil das equipes dos Nasf e das práticas de cuidado às PcD e necessidades de reabilitação e explorou dados sobre as ações de cuidado ofertadas por equipes Nasf, identificando potencialidades e desafios, demonstrando a importância dessas equipes no suporte, ampliação e qualificação do cuidado na AB, especialmente no que se refere às populações vulneráveis, como as PcD. Além disso, a avaliação é um dos pressupostos fundamentais na AB, tirando da invisibilidade o trabalho das equipes e, por sua vez, valorizando esse trabalho e viabilizando o planejamento de ações mais efetivas na AB.

CONCLUSÕES

As equipes que disseram realizar algum cuidado às PcD/reabilitação tendem a ter o trabalho mais bem organizado, atendendo às ações previstas pela PNAB e pela RCPD. A finalidade comparativa do estudo contribui para uma reflexão sobre como as equipes dos Nasf vêm organizando suas ações e atribuições, ampliando o escopo de atuação da AB para além das ações programáticas na AB, embora persistam desafios relacionados à estruturação de equipes, à articulação do trabalho interdisciplinar, com equipes de referência, com rede intersetorial e territórios, o que aparece de modo mais expressivo nas equipes que afirmaram não realizar ações para PcD/reabilitação.

Importa ressaltar que, apesar de ocupações como psicólogos, profissionais de educação física e nutricionistas não serem tradicionalmente associados à reabilitação, eles podem oferecer contribuições significativas para o atendimento de PcD/reabilitação, tanto que integram as equipes multiprofissionais de apoio à ESF desde a criação dos Nasf até a atual proposta de equipes multiprofissionais de 2023.

Reforça-se, assim, a importância do restabelecimento das políticas de fortalecimento das equipes de apoio matricial à ESF e dos pressupostos da AB, especialmente em um contexto de mudança de governo em 2023. Os resultados permitem a observação de que, após 15 anos da sua implantação, as equipes multiprofissionais de apoio matricial à ESF seguem cumprindo atribuições, qualificando e ampliando a capacidade de cuidado na AB, como previsto na PNAB. Apesar disso, vale salientar a presença de fragilidades relacionadas ao cuidado a PcD e/ou pessoas com necessidades de reabilitação, com equipes que ainda enfrentam dificuldades na realização e organização das ações previstas, que eventualmente comprometem a resolutividade e qualidade do cuidado atribuído à essas equipes.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AOCS: Conceituação, Curadoria de Dados, Metodologia, Escrita – Primeira Redação, revisão e edição. MMCA: conceituação, curadoria de dados, Metodologia, Supervisão, Visualização, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf
2. Cunha GT, Campos GW. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011;20(4):961-70. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902011000400013>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde Diário Oficial da União [Internet]. 2023 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional da Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diário Oficial da União [Internet]. 2006 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. 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 [Internet]. 2017 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Brasil. Ministério da Saúde. 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 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2012 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
7. Ribeiro KS, Medeiros AD, Silva SL. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Rede Unida; 2022. <https://doi.org/10.18310/9788554329723>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [acessado em 24 ago. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
9. Almeida MMC, Tavares LRC, Arce VAR, Macedo MS, Pereira ICS, Fernandes TG. A Atenção Básica no cuidado às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. In: Ribeiro KSQS, Medeiros AA, Silva SLA, editores. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Rede Unida; 2022. p. 103-22.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n. 39 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União [Internet]. 2008 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
12. Brocardo D, Andrade CL, Fausto MC, Lima SM. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde Debate. 2018;42(spe1):130-44. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s109>
13. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes ÂB, Schmitt AC. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Fisioter Pesqui. 2017;24(1):74-82. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16786424012017>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
16. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde Debate. 2019;43(spe5):137-44. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Atenção Primária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diário Oficial da União [Internet]. 2005 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.html
20. Vendruscolo C, Metelski FK, Maffisoni AL, Tesser CD, Trindade LD. Characteristics and performance of professionals of the expanded family health and basic healthcare centers. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03554. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018033003554>
21. Seus TL, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do núcleo de apoio à saúde da família: pesquisa nacional - programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ), 2013. Epidemiologia Serv Saúde. 2020;28(3):e2018510. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000300017>
22. da Silva ICB, da Silva LAB, Lima RS de A, Rodrigues JA, Valença AMG, Sampaio J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1433](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1433)
23. Cruz MM, Souza RB, Torres RM, Abreu DM, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Saúde Debate. 2014;38(spe.). <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s010>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Amaq - Nasf: Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: núcleos de apoio à saúde da família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amaq_nasf_autoavaliacao_melhoria_acesso.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acessado em 22 out. 2023]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-politica-nacional-de-atencao-basica-modulo-1-integracao-atencao-basica-e-vigilancia-em-saude/
26. Lima RS, Nascimento JA, Ribeiro KS, Sampaio J. O apoio matricial no trabalho das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade. Cad Saúde Coletiva. 2019;27(1):25-31. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010454>
27. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. O Mundo Saúde [Internet]. 2012 [acessado em 22 out. 2023];36(3):521-5. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/en/int-4698>
28. Almeida Filho NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc Amp Saúde Coletiva. 2013;18(6):1677-82. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232013000600019>
29. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. Fisioter Pesqui. 2016;23(2):185-92. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14945923022016>