

**Percepção dos usuários com deficiência física assistidos pelo NASF-AB acerca de suas condições de saúde**

**Perception of users with physical deficiency assisted by NASF-AB about your health conditions**

**Percepción de usuarios con discapacidades físicas asistidos por NASF-AB sobre sus condiciones de salud**

Recebido: 04/09/2020 | Revisado: 12/09/2020 | Aceito: 15/09/2020 | Publicado: 17/09/2020

**Heloíse Maria de Freitas Barros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0407-1503>

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

E-mail: [heloisemarifb@hotmail.com](mailto:heloisemarifb@hotmail.com)

**Eleazar Marinho de Freitas Lucena**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9851-1815>

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

E-mail: [eleazar\\_lucena@hotmail.com](mailto:eleazar_lucena@hotmail.com)

**Natália Peixoto de Lemos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5793-8732>

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

E-mail: [natalia.delemos1@gmail.com](mailto:natalia.delemos1@gmail.com)

**Rayane Stefany Borges Sabino**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1128-6836>

Centro Universitário de João Pessoa, Brasil

E-mail: [rayaneb-1@hotmail.com](mailto:rayaneb-1@hotmail.com)

**Renata Newman Leite dos Santos Lucena**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9818-4412>

Universidade Estadual da Paraíba, Brasil

E-mail: [renatanewman@hotmail.com](mailto:renatanewman@hotmail.com)

**Resumo**

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) foi criado para apoiar à inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e ampliar as ações da Atenção

Primária à Saúde (APS) no Brasil. O estudo teve como objetivo investigar as condições de saúde de usuários com deficiência física, que são assistidos pelo NASF-AB no município do litoral paraibano. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório e descritiva, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 21 usuários que possuíam algum tipo de deficiência física, onde o tamanho da amostra seguiu o critério de saturação de respostas. Verificou-se dificuldade no acesso e a necessidade de acompanhamento (social, saúde e família) dos usuários nas unidades de APS, se tornando um desafio para uma boa assistência. Constatou-se potencialidades quanto à percepção positiva dos usuários no que diz respeito à assistência domiciliar e as visitas realizadas por parte dos profissionais de saúde, constituindo-as como aspectos facilitadores para o acesso à saúde da família. Portanto, vê-se a necessidade de aprimorar o acesso dos usuários com deficiência física à APS, pela possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a proposta e organização do NASF-AB e, conseqüentemente, otimizar o cuidado com as condições de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Condições de saúde; Assistência integral à saúde; Pessoas com deficiência.

### **Abstract**

The Expanded Family Health Center (NASF-AB) was created to support the insertion of the Family Health Strategy (ESF) into the service network and expand Primary Health Care (APS) actions in Brazil. The study aimed to investigate the health conditions of users with physical disabilities, who are assisted by NASF-AB in the municipality of the coast of Paraíba. It is a field research of the exploratory and descriptive type, with a qualitative approach. We interviewed 21 users who had some kind of physical disability, where the size of the sample followed the saturation of responses criteria. There was difficulty in access and the need for monitoring (social, health and family) of the users in the APS units, becoming a challenge for a good assistance. Potentialities were observed regarding the positive perception of the users regarding home care and visits made by health professionals, constituting them as facilitators for access to family health. Therefore, there is a need to improve the access of physically disabled users to APS, by the possibility of increasing knowledge about the proposal and organization of NASF-AB and, consequently, optimizing care with health conditions.

**Keywords:** Primary health care; Health conditions; Comprehensive health care; Disable persons.

## Resumen

El Centro de Salud Familiar Extendida (NASF-AB) fue creado para apoyar la inserción de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en la red de servicios y expandir las acciones de Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. El estudio tuvo como objetivo investigar las condiciones de salud de los usuarios con discapacidades físicas, que reciben asistencia de NASF-AB en el municipio de la costa de Paraíba. Es una investigación de campo exploratoria y descriptiva, con un enfoque cualitativo. Se entrevistó a 21 usuarios que tenían algún tipo de discapacidad física, donde el tamaño de la muestra siguió el criterio de saturación de la respuesta. Hubo dificultades en el acceso y la necesidad de monitoreo (social, salud y familia) de los usuarios en las unidades de APS, convirtiéndose en un desafío para una buena asistencia. Se encontraron potenciales con respecto a la percepción positiva de los usuarios con respecto a la atención domiciliar y las visitas realizadas por profesionales de la salud, lo que los constituye como aspectos facilitadores del acceso a la salud familiar. Por lo tanto, existe la necesidad de mejorar el acceso de los usuarios con discapacidades físicas a la APS, debido a la posibilidad de ampliar el conocimiento sobre la propuesta y la organización de NASF-AB y, en consecuencia, optimizar la atención con condiciones de salud.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; Condiciones de salud; Atención integral de salud; Personas con discapacidad.

## 1. Introdução

Na saúde, o cuidado integral pode ser executado em qualquer esfera, se for inspirado pela articulação de três elementos em todo o seu procedimento: o acesso, a responsabilização e autonomia. O acesso é a conjunção do cuidado integral, resultado do ganho social da reorganização da saúde no país, da qual o princípio de universalidade procura garantir a implantação no sistema como direito de todos e dever do Estado (Medeiros, 2015).

A responsabilização do cuidar da saúde relaciona-se ao crescimento de vínculo e o alcance de resolutividade em todo o processo. Dessa forma, abrange elementos éticos, técnicos e políticos do ato de cuidar mediante dos profissionais de saúde. Como produto da oferta do cuidado integral se estabelece a autonomia do usuário, uma vez que todo ato em saúde deve considerar a singularidade e a cidadania de quem é cuidado (Medeiros, 2015).

No Brasil, os princípios e as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS), em sua interpretação mais abrangente, vêm sendo declarados de forma gradual ao longo dos últimos anos, período no qual a Saúde da Família vem se constituindo como uma das principais

estratégias dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de se efetivar os princípios da universalidade e da integralidade da atenção e reorganiza-las. Além de conter os profissionais da equipe mínima como: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, pode-se contar também, com a atuação de profissionais de áreas distintas ao conhecimento, como os da equipe de saúde bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (Matuda, et al., 2015).

O NASF-AB foi criado, em 2008, como projeto inovador do Ministério da Saúde para fortalecer, aperfeiçoar e ampliar as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando maior resolutividade a partir da integralidade da atenção (Brasil, 2008). A proposta deste projeto mostrou-se como um marco notório para o fortalecimento da ESF e principalmente para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de um novo modelo de processo de trabalho em equipe multiprofissional. Surgiu para firmar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização e regionalização, como também a expansão das ações da APS no Brasil (Santana, et al., 2015).

Para responder a série de necessidades dos usuários na APS, as equipes multiprofissionais são imprescindíveis. Assim, é a partir do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), com o apoio das equipes do NASF-AB e parceria com demais setores, onde, dessa forma, se torna possível concretizar o procedimento do cuidado em saúde (Barros, et al., 2015).

Os profissionais inseridos no cenário de atuação da Saúde da Família, são responsáveis por uma população delimitada geograficamente, com necessidades específicas e que devem realizar práticas de cuidado abrangentes e resolutivas (Barros, et al., 2015). As equipes da APS deparam-se com casos resultantes de situações precedentes de deficiência e com a perda de funcionalidade que necessitam de cuidados em reabilitação nas mais diferentes condições de saúde (Reis, et al., 2012).

O interesse nessa temática surgiu pela importância do trabalho do NASF-AB para as condições de saúde dos usuários com deficiência física em município do litoral paraibano e ao mesmo tempo mostrar a percepção dos próprios usuários a cerca desse trabalho. Diante do exposto esse estudo levantou um questionamento sobre “quais os impactos do trabalho do NASF-AB nas condições de saúde dos usuários com deficiência física em município do litoral paraibano?”.

Para responder esse questionamento, tal estudo tem como objetivo investigar a perspectiva dos usuários com deficiência física acerca das suas condições de saúde e assistência recebida no âmbito da APS no município investigado.

## 2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratório e descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no território de abrangência das Unidades de Saúde da Família, em município de Cabedelo/PB, onde as entrevistas aconteceram no domicílio dos usuários, para maior conforto e comodidade, por levar em consideração as pressupostas limitações, no período de setembro a outubro do corrente ano.

Foram entrevistados 21 usuários, em quatro Unidades de Saúde da Família distintas, no que diz respeito ao número máximo de participantes para a pesquisa, onde o tamanho da amostra seguiu o critério de saturação de respostas. Para defini-los, foram contactadas as equipes de profissionais do NASF-AB no município de Cabedelo/PB, para constatar quais os usuários com deficiência física estavam sendo assistidos, pela equipe, a partir de uma abordagem clínica assistencial.

Os critérios de inclusão usados para selecionar a amostra, foram que os usuários possuíssem algum tipo de deficiência física; assistidos pelo NASF-AB no período de 2018; que tinham faixa etária de 18 a 90 anos; que estavam sendo acompanhados pela assistência e cuidados do NASF-AB, a partir da abordagem clínica assistencial.

Foram excluídos da pesquisa os usuários que se encaixaram nos critérios de exclusão como, usuários que tinham uma deficiência além da física; que tinham um déficit na fala; que tinham o cognitivo comprometido, que foram identificados no momento em que as entrevistas começavam por não conseguirem correlacionar as perguntas que eram feitas com o que respondiam no momento.

Os sujeitos voluntários da pesquisa foram selecionados, mediante convite, e aqueles que se adequaram dentro dos critérios de inclusão foram previamente informados de todo o processo.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico, o qual identificou o perfil e as condições de vida dos usuários, tais como idade, gênero, estado civil, escolaridade, renda familiar e ocupação. Além disso, este questionário também verificou algumas características clínicas desses usuários, tais como as comorbidades e hábitos de vida. Utilizou-se ainda um roteiro de entrevista semiestruturado, para investigar a percepção dos usuários acerca das suas condições de saúde e assistência à saúde na APS no município investigado. O roteiro da entrevista semiestruturado teve como base questões norteadoras que atingiu a temática deste estudo.

De acordo com Bardin (2011), os critérios de organização de uma análise são categorizados em três partes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A primeira consiste no arranjo do material, denominado corpus da pesquisa. Nela, acontece a leitura flutuante, onde são elaborados os objetivos e teorias relacionadas ao estudo. O segundo passo, a exploração, é determinada como a codificação dos dados, os mesmos são separados sistematicamente e associados em unidades. Por fim, o tratamento dos resultados abarca a codificação dos dados e as conclusões obtidas por meio de todo o processo. Bardin defende ainda a utilização de tecnologias facilitadoras no processo das análises, a exemplo de *softwares*.

Após tabulação, os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, sendo utilizado para o processamento de dados textuais o programa *Analyse Lexicale par Contexted'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), versão 2015. A Análise de Conteúdo é definida como uma análise das comunicações que tem o objetivo de investigar o material do pesquisador. Para essa verificação, a análise busca facilitar a compreensão das falas dos sujeitos por meio de classificação de temas ou categorias (Silva & Fossá, 2017).

Quanto aos aspectos éticos, os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando os critérios éticos de pesquisa com seres humanos. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ (CAAE: 91375018.5.0000.5176), através da Plataforma Brasil, de acordo com as exigências da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Conselho Nacional de Saúde, através da sua Resolução 466/12. O estudo seguiu também os preceitos éticos da Lei nº 10.741, que diz respeito ao Estatuto do Idoso.

### **3. Resultados e Discussão**

A apresentação dos resultados será iniciada pela caracterização sociodemográfica e de saúde dos usuários participantes do estudo, abordando na Tabela 1 os pontos contidos no instrumento da pesquisa, como: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda mensal, comorbidades e hábitos de vida.

**Tabela 1** – Características gerais dos participantes da pesquisa.

		<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>	<i>Feminino</i>	14	66,7
	<i>Masculino</i>	7	33,3
<b>Faixa etária</b>	<i>20 a 29 anos</i>	2	9,5
	<i>30 a 39 anos</i>	6	28,6
	<i>40 a 49 anos</i>	2	9,5
	<i>50 a 59 anos</i>	2	9,5
	<i>60 a 69 anos</i>	4	19,0
	<i>70 anos ou mais</i>	5	23,8
<b>Estado civil</b>	<i>Solteiro</i>	10	47,6
	<i>Casado</i>	5	23,8
	<i>Divorciado</i>	2	9,5
	<i>Viúvo</i>	2	9,5
	<i>União estável</i>	2	9,5
<b>Escolaridade</b>	<i>Analfabeto</i>	6	28,6
	<i>Fundamental incompleto</i>	10	47,6
	<i>Fundamental completo</i>	5	23,8
<b>Renda mensal</b>	<i>Até um salário mínimo</i>	15	71,4
	<i>Entre dois e três salários mínimos</i>	2	9,5
	<i>Três ou mais salários mínimos</i>	4	19,0
<b>Comorbidades</b>	<i>Diabetes</i>	2	9,5
	<i>Hipertensão arterial</i>	7	33,3
	<i>Depressão</i>	4	19,0
	<i>Doença reumática</i>	1	4,8
<b>Hábitos de vida</b>	<i>Etilista</i>	5	23,8
	<i>Ex etilista</i>	8	38,1
	<i>Tabagista</i>	9	42,9
	<i>Ex tabagista</i>	5	23,8
	<i>Sedentário</i>	12	57,1
	<b>Total</b>		21

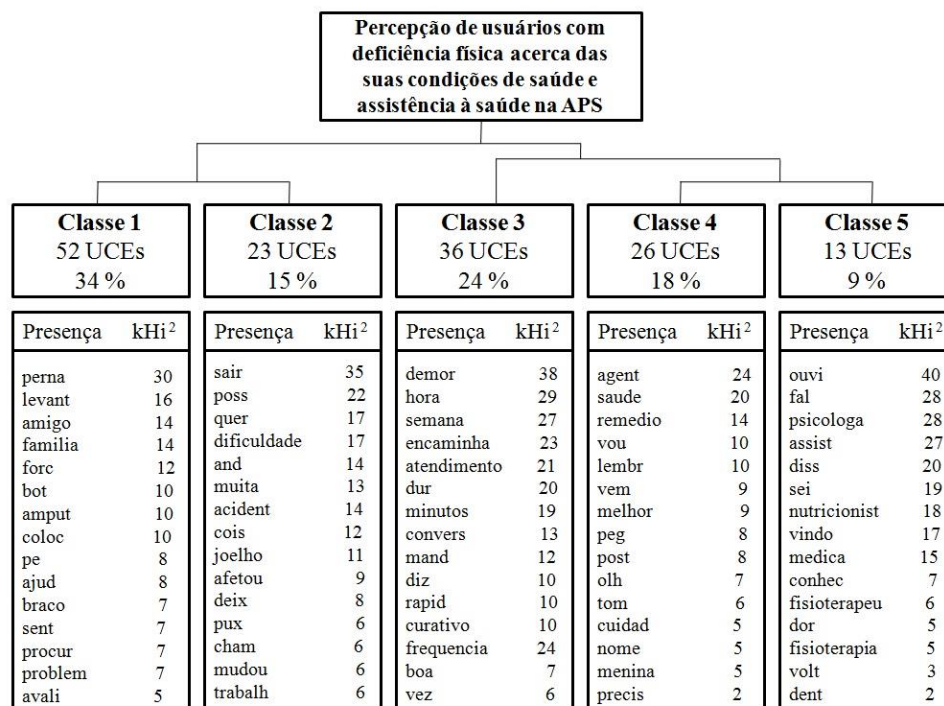
Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

A população da pesquisa foi composta, em sua maioria, por mulheres (66,7%), com faixa etária entre 30 a 39 anos (28,6%) e prevalência de usuários com estado civil solteiro (47,6%). Em relação à escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (47,6%), já no que se refere à renda mensal, a maioria relatou receber até um salário mínimo (71,4%). Quanto às comorbidades, 33,3% dos usuários comunicaram ter hipertensão arterial, enquanto

que 19,0% relataram apresentar depressão. Apenas 9,5% afirmaram ter diabetes e 4,8% alguma doença reumática. Quando analisado os hábitos de vida, 57,1% usuários são sedentários, sendo 42,9% tabagistas e 23,8% etilistas.

A Figura 1 representa o dendograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), realizada a partir das palavras mais frequentes, que possuem associação com significância estatística, de acordo com o valor qui-quadrado (KHi<sup>2</sup>) correspondente, com as respectivas classes. Conforme Camargo e Justo (2013), o método da CHD classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários. Representa as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes.

**Figura 1** – Dendograma obtido por meio da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Com isso, dos dados submetidos à análise do ALCESTE, 150 Unidades de Contexto Elementar (UCE's) foram analisadas. Durante a análise, foi aproveitado 70% do corpus final, o que corresponde a um valor estatisticamente relevante com dados homogêneos, como descreve Melo et al. (2016). O produto final resultou em cinco classes, a saber: Classe 1 – Condições e necessidades de saúde relacionadas às funções do corpo; 2 – Condições e necessidades de saúde relacionadas à atividade e participação; Classe 3 – Aspectos relacionados à assistência recebida na APS; Classe 4 – Acesso à saúde da família; Classe 5 –



Conhecimento sobre a proposta do NASF-AB. O corpus foi identificado como Percepção de usuários com deficiência física acerca das suas condições de saúde e assistência à saúde na APS.

### **Classe 1 – Condições e necessidades de saúde relacionadas às funções do corpo**

O conteúdo dessa classe diz respeito à percepção dos usuários com deficiência física sobre as suas condições e necessidades de saúde em relação às funções do corpo, quando indagados acerca dos seus principais problemas de saúde. Essa classe possui 34% UCEs. Destacam-se as alterações ligadas às funções do corpo e a necessidade de ter acompanhamento no cotidiano por causa das incapacidades impostas pela deficiência.

*O problema que eu tenho né. Não ando mais né, não tenho força, nem nos braços, nem nas pernas (Usuário 10).*

*Quando eu amputei né, na minha perna, eles subiam e desciam (a fisioterapia), me colocavam de pé, faziam um bocado de coisa, porque eu sentia muita dor com o exercício na perna (Usuário 16).*

*Tudo isso eu fazia e hoje eu não tenho condições, a minha perna dói, hoje tenho problema de coluna, por conta disso, dor terrível, que não consigo nem levantar da cama, os meninos que me ajuda (Usuário 12).*

*Fiquei quarenta e cinco dias lá (hospital), quando eu voltei já tava sem força nessas pernas, andando, mas sem poder puxar as pernas direito, era agarrada nas paredes e nas pessoas. Foi assim. Com três meses em diante, parei de andar de vez. É só as pernas, eu ainda mexo, o problema é que eu não consigo mais esticar e não tem força (Usuário 20).*

Diante dos relatos é possível analisar a percepção que os usuários têm em relação ao comprometimento e limitações sobre as funções do corpo, em decorrência das deficiências físicas. Segundo Sousa et al. (2018), o domínio físico da qualidade de vida é um construto que incorpora a percepção dos indivíduos quanto aos aspectos da saúde física e limitações decorrentes do seu comprometimento (capacidade de locomoção, energia para o dia a dia,

incapacidade devido a dor, uso de medicamentos, qualidade do sono), a maioria das pessoas com deficiência não estão em condições de utilizar plenamente as suas capacidades.

Funcionalidade humana, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (estruturais e atitudinais) (Buchalla, 2003).

A funcionalidade e a deficiência passam a ser compreendidas então como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (OMS, 2012). Nesta compreensão, ressalta-se a necessidade de garantir ações de promoção de saúde funcional, prevenção de alterações estruturais e disfunções/incapacidades com ou sem doença de base, e recuperação efetiva das disfunções para a superação das limitações e/ou restrições impostas por esse tipo de transtorno que afeta a saúde funcional (Brasil Oliveira, 2013).

## **Classe 2 – Condições e necessidades de saúde relacionadas às atividades e participação**

O conteúdo dessa classe aborda a percepção dos usuários com deficiência física sobre as suas condições e necessidades de saúde em relação às atividades e participação. Essa classe possui 15% UCEs.

*Muita coisa que eu fazia, que hoje não posso fazer mais, o trabalho é uma delas, não posso fazer mais, muitas coisas. No começo afetou sim, mas depois eu fui me habilitando e ficando de boa, mas o pessoal chegava até a me apelidar, me chamando de coto, eu ficava com raiva, enchia meu saco (Usuário 14).*

*Não andar, ter dificuldade na voz, não mexer o braço (...). Antes no acidente eu era em ordem, só depois do acidente que fiquei assim. Sem andar. Era difícil de você me ver em casa, eu vivia na rua, viajando também, pra casa de mãe e a trabalho (Usuário 18).*

*Afeta, porque no início recebia nome, por causa do meu problema, mas só que não me afeta isso não (...). Agora, no momento, deixo de fazer tudo, tudo que eu gosto, porque*

*eu faço tudo né, assim, principalmente em casa. No momento eu tô sem trabalhar, né. Porque eu não posso. Tudo eu faço, de lavar roupa ao almoço, é comigo mesmo, e eu gosto, mas depois do acidente, não tô fazendo nada (Usuário 12).*

*Os dedos, olha, que são tudo assim, muita dor. A de fazer muita coisa deixa de fazer, porque eu não posso ir fazer uma feira, não posso ir em um canto assim, pra resolver alguma coisa, problema também pra receber o meu dinheiro, pra ir no banco, não posso (Usuário 13).*

A partir dos relatos dos usuários, nota-se as dificuldades que apresentam para sair de casa, exercer a sua profissão, não podendo realizar atividades simples, como visitar familiares, sair para resolver algum problema, como até mesmo fazer a própria refeição. Além disso, uma das grandes dificuldades vivenciadas pelos usuários com deficiência física é o pré-conceito imposto por grande parte da sociedade.

*Pra sair, passear, não. Ainda não, que eu tenho medo de tá andando, porque pra mim andar tem que ser com alguém, que eu tenho medo ainda. (...) a mesma coisa de sempre, num afetou não, eles sempre tão ali comigo, sempre me dá apoio, porque eu sempre fico sem querer sair, essas coisas (Usuário 15).*

Cecilio (2006) apontou como um dos conjuntos de necessidades de saúde, a “autonomia nos modos de andar a vida”. Porém, alinhada à ideia de autonomia/independência, está à noção de apoio e ajuda, como fundamental para as pessoas com deficiência, com base em uma atitude de respeito, compreensão e acolhimento às diferenças. Diniz (2007) ressaltou que a sobrevalorização da independência é um ideal perverso para muitas pessoas com deficiência, pois há aqueles que têm incapacidades mais graves e que jamais terão habilidades para a independência ou capacidade para o trabalho, não importando quanto às barreiras sejam eliminadas. Sendo muitas vezes importante se ter as fontes de apoio e ajuda, podendo ser: a família, os amigos, os profissionais de saúde, as instituições, os prestadores de serviços, entre outros.

Mazzotta e D’Antino (2011) afirmaram que a inclusão social se caracteriza como a “participação ativa nos vários grupos de convivência social”. Porém, não é a realidade que foi encontrada nos resultados da pesquisa. A vivência da deficiência extrapola as experiências

pessoais e familiares, de âmbito privado: os amigos, os espaços públicos, o contato com outras pessoas na comunidade pertencem a este panorama. Neste contexto, o principal tema que desponta neste aspecto é o preconceito.

*Só não digo a você que esse acidente foi o fim, porque tenho muita esperança no amanhã né. Eu não teria condições de voltar a trabalhar com esse problema, imagina aí, ter que dar de comida pra esses meninos tudinho (Usuário 12).*

Diante desta realidade, a ocorrência de uma deficiência altera – em maior ou menor grau – os modos de vida da pessoa e da família, considerando-se também o universo sociocultural no qual estes estão imersos, uma vez que nele (e a partir dele) estão colocadas as concepções, as explicações e os comportamentos próprios daquele contexto (Pereira, 2008). Destaca-se ainda a possibilidade de existir preocupações em torno de representar uma sobrecarga aos familiares: o medo de uma possível dependência, ou de uma piora nesta condição, é um fardo e uma preocupação constante. Paralelamente a isso, pode ser notada uma vontade muito grande de superação frente a todos os obstáculos.

### **Classe 3 - Aspectos relacionados à assistência recebida na APS**

Refere-se à assistência ofertada no âmbito da APS aos usuários que apresentam algum tipo de deficiência física. A classe é representada também com falas referentes à frequência e o tempo em que essa assistência/acompanhamento é prestado.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ratifica a importância da atuação das equipes de saúde da APS para trazer para si a responsabilidade da identificação destes usuários em sua área de abrangência, de maneira que possam garantir o diagnóstico precoce, os devidos encaminhamentos, o acompanhamento e uma terapêutica efetiva, enfatizando que para o desenvolvimento desta Política, a APS tem fundamental importância, com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, família e indivíduos (Brasil, 2010).

*Era quase sempre esses atendimentos. Toda vez que precisava, geralmente uma vez no mês. Uma hora, meia hora, mais ou menos. Não demorava muito. Sempre bom. Tem*

*sim, sempre tem o que melhorar. Mas era sempre o que tava precisando mesmo, sempre foi passado o quadro e sempre foi feito o possível pra manter bem (Usuário 5).*

*Sempre iam juntos. Chegavam lá, mexiam, faziam exercício, escreviam no papel. Teve o encaminhamento do médico, até agora recente pro ortopedista. Pra fazer os curativos eram todos dias, mas a psicóloga e a fisioterapia era só uma vez na semana. Era mais de uma hora, conversavam demais (Usuário 17).*

*(...) Sempre assim, a agente de saúde andando por aqui, aí falou, teve o conhecimento né. Aí eles começaram a ver meu problema. Não sei te dizer como são os atendimentos, mas são bons. Não, não teve encaminhamento não, e olhe que já faz tempo. A frequência é de sempre que eu preciso, aí a agente de saúde comunica (Usuário 14).*

A assistência à saúde, incluindo as ações de reabilitação, visam ao desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários para promover a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e necessidades. Toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e à avaliação de uma equipe multiprofissional (formada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e outros). De igual forma, tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constituir obstáculo para sua inclusão educativa, laboral e social (Brasil, 2008b).

A APS expressa-se principalmente por meio da saúde da família e conta com o NASF-AB, com sua proposta de funcionamento em equipe multiprofissional a ser composta de acordo com as características de cada município, o tratamento e acompanhamento aos usuários terá um grande reforço técnico e profissional (Brasil, 2009b). Uma importante estratégia compartilhada de cuidado de saúde aos usuários com deficiência entre as equipes de referência do NASF-AB e equipes da APS é o apoio matricial, viabilizado pelo princípio da intersetorialidade, visando aumentar a eficácia, eficiência e resolutividade pela equipe local por meio do NASF-AB (Silva, 2011; Campos & Domitti, 2007). De acordo com os relatos dos usuários, usualmente o acompanhamento é realizado com uma equipe multiprofissional.

#### **Classe 4 - Acesso à saúde da família**

Essa classe baseia-se nos relatos dos usuários em relação às dificuldades encontradas para se ter acesso à saúde da família em busca de assistência e atendimentos para melhores condições de vida, quando questionados sobre o relacionamento com a Unidade de Saúde da Família (USF) e quais os profissionais que se tem contato. A classe apresentou 18% de UCEs.

*Sempre-que eu preciso de alguma coisa ou de algum remédio, eu dou um jeito e vou lá no postinho ou com a agente de saúde mesmo (Usuário 12).*

*Eu quase não vou. Tive contato sim, só não fui mais lá depois do acidente, que não tive como andar mais assim. Quem vem mais aqui é a agente de saúde (...). Quando eu preciso de alguma coisa, é ela que vem. Só tenho contato mais com as duas agentes de saúde, que eu conheço as duas e a menina que aplica as injeções (Usuário 15).*

*Eu vou bem pouco no postinho, porque o meu problema é mais coluna, é. O meu problema mais é a caminhada. Mas eu sempre vou tomar alguns remédios lá, pra coluna (Usuário 14).*

*Quando precisava de alguma coisa, minha mãe ia lá. Não tem como, por causa da areia na roda da cadeira, fica ruim pra levar. Sempre foi aqui, em casa (Usuário 5).*

*O postinho, pra ir buscar remédio. Na verdade eu não frequento, o pessoal que vem, fazer as visitas. Vem a médica, a enfermeira. Lá no postinho minha filha leva o cartão pra pegar a medicação que é controlada. Mas os atendimentos são realizados em casa (Usuário 19).*

Apesar da fundamental ampliação de cobertura da APS nacionalmente observada nos últimos anos, como uma das dimensões do acesso aos serviços de saúde ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e a permanência das pessoas com deficiência no sistema de saúde, o que limitam o direito da assistência universal constitucionalmente garantido (Albuquerque et al., 2014; Martins et al., 2016).

Considerando o fato de que pessoas com deficiências podem sofrer impedimentos que dificultam sua autonomia e vivência em sociedade e a precariedade ainda presente no acesso aos serviços de reabilitação no SUS, Ferreira e Oliver (2010), mostraram que uma ferramenta de intervenção utilizada pela equipe de reabilitação, como estratégia para facilitar oportunidades de convivência de pessoas com deficiências, e consiste no fortalecimento das relações sociais significativas é a atenção domiciliar, esta permite diminuição do impacto da deficiência na vida diária.

Deste modo, as dificuldades de acesso a serviços oferecidos pela APS e de reabilitação são fatores de expressão ligados a determinantes sociais da saúde, contribuindo para índices de iniquidades sociais, havendo necessidade de elaboração de programas para a inclusão social e acessibilidade em articulação à ESF (Fiorati & Elui, 2015).

Os agentes comunitários de saúde, como os usuários se referem, mostraram-se com grande importância para proporcionar o acesso à saúde da família, sendo os primeiros a realizarem um contato direto de identificação dos usuários com deficiência e, portanto, devem ser bem orientados e treinados para realizarem essa triagem. Estes profissionais precisam ser capacitados para interagir com esse grupo específico nos serviços de saúde, para facilitar o desenvolvimento das suas atribuições (Brasil, 2009a).

### **Classe 5 – Conhecimento sobre o NASF-AB**

O seu conteúdo refere-se ao conhecimento dos usuários com deficiência física sobre o NASF-AB e o contato com os profissionais da equipe. A classe apresentou 9% de UCEs.

*Tem a nutricionista, a fisioterapeuta. Não, eu já ouvi falar, mas não sei o que é. Só não tive a curiosidade de saber o que era. Os que mais tem contato são esses, fisioterapeuta, médica e nutricionista. A e teve com a fono também, e com a psicóloga também teve, muito pouco, mas teve (Usuário 18).*

*Já, já ouvi falar. Pra falar a verdade, eu não conheço, eu só já ouvi falar na televisão, passando os problemas que já teve aí (Usuário 12).*

*Sei não, sei não. A fisioterapeuta eu conheço, mas não tá vindo mais aqui, a nutricionista também vem, quando tem o negócio aqui na igreja, sempre vem nas terças praí (Usuário 11).*

*Só vem vocês mesmo, quem vem mais é a médica e enfermeira. Eu já ouvi falar, mas num sei não. A nutricionista e a psicóloga já vieram aqui, e a fisioterapia também (Usuário 19).*

Souza et al. (2013a) enfatizaram que os usuários não reconhecem a equipe NASF-AB pela sigla. Porém, existe o reconhecimento das atividades realizadas pelo NASF-AB, mesmo quando estas não são associadas ao nome da proposta. Em contrapartida, mostraram o reconhecimento das categorias profissionais que compõe a equipe, tais como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, pois os usuários frequentam atividades desenvolvidas ou têm acesso/assistência por parte destes profissionais e valorizam e descrevem bem o trabalho, na perspectiva da qualidade do cuidado.

Para Souza et al. (2013b), fica clara a necessidade de divulgação, para a comunidade, do atendimento multiprofissional, cuja cobertura ainda é pequena. A participação nas atividades do NASF-AB também não é impedida pela falta de compreensão da definição ou sigla, porém pode comprometer a articulação entre as ações realizadas e uma proposta de saúde, no futuro. Portanto, este desconhecimento em torno da organização do NASF-AB é um fato importante para na contextualização da percepção dos usuários sobre os serviços prestados pelo NASF-AB na região estudada, pois existe entendimento, por parte dos usuários, a respeito dos profissionais participantes. Porém, na concepção dos usuários, os serviços não apresentam diferenças com as atividades realizadas pelos outros profissionais atuantes na unidade de saúde. No entanto, o NASF-AB dá apoio interdisciplinar às equipes de saúde da família na tentativa de ampliar as ações na rotina dos serviços ofertados na atenção primária à saúde (Souza et al., 2013b).

#### **4. Considerações Finais**

Os resultados deste estudo possibilitaram responder a questão norteadora do estudo, que consiste em verificar a percepção de usuários com deficiência física acerca das suas condições de saúde e assistência na APS no município investigado. Desse modo, verificou-se neste cenário, certa dificuldade no acesso e a necessidade de acompanhamento (social, saúde



e família) dos usuários com deficiência física nas unidades de APS, se tornando um desafio para uma boa assistência, visto que ainda existem barreiras físicas, onde foi apresentado que uma pessoa com deficiência física não consegue utilizar por completo sua capacidade funcional e pelas barreiras ambientais.

Constatou-se potencialidades quanto à percepção positiva dos usuários no que diz respeito à assistência domiciliar e as visitas realizadas por parte dos profissionais de saúde, constituindo-as, assim, como aspectos facilitadores para o acesso à saúde da família. Quanto às fragilidades, além da dificuldade no acesso à assistência, que ainda é limitado, a inclusão social desse indivíduo mostrou-se também afetada, pois o cotidiano de uma pessoa com deficiência física perpassa as experiências pessoais e familiares, contando-se também com convívio dos amigos, os espaços públicos e com outras pessoas na comunidade, evidenciando assim o preconceito, o que chega a abalar o emocional e a inclusão desses usuários.

Portanto, tendo como base as diretrizes que regem a APS e a equipe NASF-AB, vê-se a necessidade de aprimorar o acesso à saúde da família aos usuários com deficiência física, pela possibilidade de ampliar o conhecimento sobre a proposta e organização do NASF-AB e, conseqüentemente, otimizar o cuidado com as condições de saúde.

A pesquisa apresentou como limitações, ter um grande número de usuários que, além da deficiência física, tinham associado outros tipos de deficiências ou usuários que ainda estavam contando no sistema dos profissionais e já não estão mais presentes na região, o que diminuiu o número da amostra. Diante disso, sugere-se a realização de novos estudos no próprio município e em outros, abordando esta temática diferentes realidades.

## **Referências**

Albuquerque M. S. V., Lyra T. M., Farias S. F., Mendes M. F. M., & Martelli P. J. L. (2014). Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*, 38, 182-194.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barros J. O., Gonçalves R. M. A., Kaltner R. P., & Lancman S., (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9):2847-2856.

- Brasil Oliveira A. C., (2013). Promoção de Saúde e Funcionalidade Humana. *Rev. Bras Promoção Saúde, Fortaleza*, 26(1), 1-4.
- Buchalla C. M. A., (2003). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátrica*, 10(1):29-31.
- Camargo B. V., & Justo A. M., (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518.
- Campos G. W. S., & Domitti A. C., (2007). Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Cecilio L. C. O., (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. (6a ed.), Rio de Janeiro: UERJ, IMS/Abrasco, 115-28.
- Diniz, D., (2007). *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, (Coleção Primeiros Passos).
- Ferreira T. G., & Oliver F. C. A. (2010). Atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 21(3), 189-197.
- Fiorati R. C., & Elui V. M. C. (2015). Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Revista latino americana de enfermagem*, 23(2), 329-336.
- Martins K. P., Costa T.F., Medeiros T. M., Fernandes M. G. M., França I. S. X., & Costa K. N. F. M. (2016). Internal structure of Family Health Units: access for people with disabilities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3153-3160.

Matuda C. G., Pinto N. R. S., Martins C. L, & Frazão P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(8), 2511-2521.

Mazzotta M. J. S., & D'antino M. E. F. (2011). Inclusão Social de Pessoas com Deficiências e Necessidades Especiais: Cultura, Educação e Lazer. *Saúde Soc.*, (2), 377-389.

Medeiros R. H. A. (2015). Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(4),1165-1184.

Melo V., Sá S. P. C., Christovam B. P., Carvalho L. R., & Teixeira D. Z., (2016). Psicodinâmica do trabalho de um restaurante universitário: Aplicação do *software* ALCESTE na pesquisa qualitativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife*, 10(supl.3), 1450-1458.

Ministério da Saúde (Brasil) (2008a). Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União, Brasília*, 25 jan.

Ministério da Saúde (Brasil), (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (Brasil), (2008b). A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. (2a ed.), Brasília -DF: Do Ministério da Saúde, p.16. Recuperado de <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa\\_deficiencia\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pessoa_deficiencia_sus_2ed.pdf)>.

Ministério da Saúde (Brasil). (2009a). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (Brasil), (2009b). Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília -DF: Do Ministério da Saúde, 36 p. Recuperado de <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf)>.

Organização Mundial da Saúde (OMS), (2012). Relatório Mundial sobre a Deficiência/ World Health Organization, 3e World Bank. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD.

Pereira R., (2008). Anatomia da diferença: normalidade, deficiência e outras invenções. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Reis D. C., Flisch T. M. P., Vieira M. H. F., & Santos-Junior W. S., (2012). Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 21(4), 663-674.

Santana J. S., Azevedo T. L., Reichert A. P. S., Medeiros A. L., & Soares M. J. G. O., (2015). Núcleo de apoio à saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. Rev. de Pesquisa Cuidado é fundamental Online, 7(2), 2362-2371.

Silva, D. S., (2011). Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 6, 20-27.

Silva A., & Fossá M., (2017). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Dados em Big Data, 1(1), 23-42.

Sousa A. A. D., Martins A. M. E. B. L., Silveira M. F., Coutinho W. L. M., Freitas D. A., Vasconcelos E. L., Araújo A. M. B., Brito A. M. G., & Ferreira R. C., (2018). Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. Recuperado de <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/883996/abcs-health-pdf.pdf>>.

Souza F. L. D., Chacur E. P., Martins R. C. C., Silva L. A. M., Góes R. W. L., & Vilela W. V. (2013a). Percepções sobre qualidade de vida das usuárias de um núcleo de apoio à saúde da família. Investigação, Franca, 13(3), 34-38.

Souza F. L. D., Chacur E. P., Martins R. C. C., Silva L. A. M., Góes R. W. L., & Vilela W. V. (2013b). Implantação do núcleo de apoio a saúde da família: percepção do usuário. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 37(97), 233-240.

**Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Heloíse Maria de Freitas Barros – 50%

Eleazar Marinho de Freitas Lucena – 20%

Natália Peixoto de Lemos – 10%

Rayane Stefany Borges Sabino – 10%

Renata Newman Leite dos Santos Lucena – 10%