



**UnB**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)  
FACULDADE DE CEILÂNDIA (FCE/UnB)  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO (PPGCR)**

**ALYNE ARAÚJO DE MELO**

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL, ENTRE 2016 E 2017.**

**BRASÍLIA-DF**

**2019**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ALYNE ARAÚJO DE MELO**

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL, ENTRE 2016 E 2017.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

**Orientador:** Prof. Dr. Rodrigo Luiz Carregaro

**BRASÍLIA-DF  
FEVEREIRO – 2019**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com  
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MM528c                   Melo, Alyne Araújo de  
                          Caracterização das práticas de reabilitação na Atenção  
Primária à Saúde no Brasil, entre 2016 e 2017. / Alyne  
Araújo de Melo; orientador Rodrigo Luiz Carregaro. --  
Brasília, 2019.  
                          98 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências da  
Reabilitação) -- Universidade de Brasília, 2019.

1. Serviços de Saúde. 2. Reabilitação. 3. Atenção Primária à  
Saúde. 4. Saúde Pública. I. Carregaro, Rodrigo Luiz,  
orient. II. Título.

**CARACTERIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL, ENTRE 2016 E 2017.**

**ALYNE ARAÚJO DE MELO**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA E AVALIADA EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

Banca examinadora:

---

Rodrigo Luiz Carregaro  
(Orientador – FCE/UnB)

---

Wildo Navegantes de Araújo  
(Examinador externo – FCE/UnB)

---

José Patrício Bispo Júnior  
(Examinador externo - UFBA)

---

Letícia Correa Celeste  
(Examinadora suplente – FCE/UnB)

**BRASÍLIA-DF  
FEVEREIRO – 2019**

## DEDICATÓRIA

A todos aqueles que irão se beneficiar do resultado do trabalho, da pesquisa e da luta pela oferta de práticas de reabilitação, nos sistemas públicos de saúde, como uma das formas de garantir direito à saúde.

## AGRADECIMENTOS

Ao amante-amigo Cello, pela cumplicidade e companheirismo de todos os momentos e em todas as minhas escolhas, por lutarmos e resistirmos juntos, lado a lado, na construção de uma outra perspectiva de sociedade, em que prevaleça a solidariedade e a justiça social.

Juntos, com muito amor, nossas chatices, leveza de criança e altruísmo dos utópicos.

Concluimos mais essa etapa, afinal a sua parceria foi fundamental!

A minha mãe e meu pai, Rita e Osvaldo, que me deram a ideia de uma nova consciência e juventude e estão em casa guardados por Deus, agradeço todo amor que me foi e é agraciado. E ao meu irmão Guto, por me ensinar cotidianamente que todo mundo tem seu jeito singular de ser feliz, viver e enxergar.

As minhas amigas Távila, Juli, Lavínia, Liony e Angela, mulheres que me inspiram: a primeira pela sabedoria e amorosidade com que lida com as adversidades; a segunda por me lembrar sempre a necessidade de se revisitar, enxergar as próprias potencialidades e se valorizar; a terceira por ser a concretude da solidariedade e da força das mulheres sábias; a quarta pela firmeza nos seus atos e a doçura com que cuida do outro; e a quinta por me mostrar que a vida pode ser leve, inclusive o processo do mestrado.

Aos colegas da equipe de trabalho, pelo apoio e compreensão nesse processo de qualificação profissional; e mais especificamente a Lariça, que dedicou seu saber estatístico, descobriu e vibrou junto com os achados da pesquisa, sou imensamente agradecida a você, juntas vivenciamos o pensar entre indivíduos com saberes diversos, que é tão fundamental para a ciência.

Ao orientador e colega Rodrigo, pela disposição e abertura ao diálogo sobre outras temáticas de estudo e pelo acolhimento no grupo de pesquisa. Agradeço pelas conversas sobre a docência, pela compreensão nas divergências e pela confiança.

Aos professores que estiveram disponíveis a participar dessa construção por meio das contribuições na banca de qualificação e defesa: José Patrício Bispo Júnior, Letícia Correa Celeste, Walter Massa Ramalho, Walterlânia Silvia Santos e Wildo Navegantes de Araújo.

As equipes de trabalho da Secretaria do PPGCR e do Setor do Audiovisual da FCE/UnB pelas orientações, disponibilidades e suporte necessário para o desenvolvimento do mestrado. E aos colegas de mestrado pelas partilhas e trocas.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	20
2.1 Contextualização sobre a Reabilitação: interfaces com a Deficiência, a Funcionalidade e os Determinantes Sociais da Saúde.....	20
2.2 Atenção Primária à Saúde e a oferta de cuidados as necessidades relacionadas às condições de saúde crônicas ou funcionais.....	22
2.3 O escopo de práticas no âmbito da APS: caracterização do componente processo do modelo conceitual de Donabedian.....	26
3. OBJETIVOS .....	28
4. MÉTODO .....	29
4.1 Desenho do Estudo .....	29
4.2 Desenvolvimento do estudo .....	30
4.3 Análise dos dados .....	32
5. RESULTADOS .....	34
5.1 Distribuição das práticas por local geográfico, estabelecimento e equipes de saúde .....	34
5.2 Caracterização da população assistida .....	42
5.3 Caracterização das práticas na APS .....	46
6. DISCUSSÃO .....	56
6.1 Distribuição das práticas por local geográfico, estabelecimento e equipes de saúde .....	56
6.2 Caracterização da população assistida .....	59
6.3 Caracterização das práticas na APS .....	63
7. CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS.....	74
<b>ANEXOS</b> .....	<b>86</b>

**RELAÇÃO DE FIGURAS**

- Figura 1.** Distribuição dos registros de procedimentos realizados pelas categorias profissionais na APS, por unidade federada, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....37
- Figura 2.** Distribuição dos registros dos procedimentos nas equipes de saúde na APS, por categorias profissionais, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....40
- Figura 3.** Distribuição dos registros dos procedimentos nas equipe de saúde da APS, por unidade federada e região no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....41
- Figura 4.** Distribuição dos registros de procedimentos nas categorias profissionais na APS, por condição do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....45
- Figura 5.** Distribuição dos registros de procedimentos nos grupos do SIGTAP, por categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....49
- Figura 6.** Distribuição dos procedimentos mais registrados por categoria profissional na APS, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....50

## RELAÇÃO DE TABELAS

- Tabela 1.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS por categoria profissional, segundo unidade federada e região, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....35
- Tabela 2.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS por categoria profissional, segundo estabelecimento de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....38
- Tabela 3.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos na APS, segundo vinculação dos profissionais em equipes de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....39
- Tabela 4.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo sexo do usuário atendido e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....42
- Tabela 5.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo faixa etária do usuário atendido e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....43
- Tabela 6.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo Classificação Internacional da Doença (CID) e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....44
- Tabela 7.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e categoria profissional, no período de set/2016 a set/2017....47
- Tabela 8.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e equipes de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....51
- Tabela 9.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e faixa etária do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....52

**Tabela 10.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e sexo do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....53

**Tabela 11.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e local de atendimento, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....54

**Tabela 12.** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo categoria profissional e local de atendimento, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.....55

## **RELAÇÃO DE ANEXOS**

**ANEXO 1.** Ficha de Procedimento do e-SUS/SISAB

**ANEXO 2.** Ficha de Atendimento Individual do e-SUS/SISAB

**ANEXO 3.** Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS/SISAB

**ANEXO 4.** Parecer de aprovação no CEP/FCE-UnB.

**ANEXO 5.** Carta de de Submissão de Artigo

## RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CBO</b>	Código Brasileiro de Ocupação
<b>CDS</b>	Coleta de Dados Simplificada
<b>CID</b>	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>CNS</b>	Cartão Nacional de Saúde
<b>CS/UBS</b>	Centro de Saúde/Unidade Básica
<b>CS/UB</b>	Centro de Saúde/Unidade Básica
<b>EAB</b>	Equipe de Atenção Básica
<b>ECR</b>	Equipe de Consultório na Rua
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>FG</b>	Fonoaudiólogo
<b>FT</b>	Fisioterapeuta
<b>GBD</b>	Global Burden of Disease/Carga Global da Doença
<b>I694</b>	Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral
<b>M545</b>	Dor Lombar
<b>M542</b>	Cervicalgia
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PEC</b>	Prontuário Eletrônico do Cidadão
<b>PEF</b>	Profissional de Educação Física
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PNS</b>	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>YLD</b>	Years Lived with Disability/Anos Vividos com Incapacidade
<b>SCNES</b>	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIGTAP</b>	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS
<b>SISAB</b>	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

**TO** Terapeuta Ocupacional

**UBS** Unidade Básica de Saúde

**UF** Unidade Federada

## RESUMO

**Introdução:** A reabilitação é definida como um conjunto de práticas que auxiliam pessoas que vivenciam ou podem vivenciar alguma deficiência, com objetivo de alcançar ou manter a melhor funcionalidade do indivíduo na interação com o ambiente. A variedade das condições de deficiência e seus impactos requerem diferentes estratégias de intervenção. Tais demandas devem ser atendidas nos diversos níveis de atenção, inclusive no primário. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é parte componente da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, e pode potencializar a funcionalidade e a interação social. Apesar das experiências de reabilitação na APS, são poucos os estudos que revelam quais são as práticas utilizadas nesse contexto, e que apresentem dados representativos do Brasil. Tal lacuna justifica a investigação de caráter diagnóstico, com o intuito de contribuir para o aprimoramento das políticas e programas relacionados à APS, além da produção de conhecimento científico na área. **Objetivo:** Caracterizar as práticas de reabilitação na APS no Brasil, no período compreendido entre setembro de 2016 a setembro de 2017. **Métodos:** Estudo descritivo de base secundária, composto pela análise dos dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Os dados foram extraídos de forma desagregada por atendimento, provenientes da ficha de procedimento, da ficha de atendimento individual e da ficha de atividade coletiva, tendo como critério de inclusão os registros de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física que atuam na APS. Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências das variáveis de aspectos assistenciais e sociodemográficos, com descrição da distribuição por região geográfica, caracterização da população assistida, identificação e categorização do escopo de práticas. **Resultados:** Foram encontrados 1.386.164 registros dos profissionais que atuam na APS, no período. Os achados demonstraram a predominância de práticas clínico-assistenciais, com maior frequência de registros na região Sudeste. A maioria dos registros foi advindo de profissionais cadastrados em Centro de Saúde/Unidade Básica e em grande parte não vinculados em equipe. Prevaleram o acompanhamento às condições osteomusculares, em mulheres, entre 20 a 59 anos de idade, com a maioria dos atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS). O maior número de registros foi observado entre os fisioterapeutas (77,4%). **Conclusão:** As práticas de reabilitação dos profissionais que atuam na APS foram compostas por atividades assistenciais, preventivas e promotoras da saúde, com predomínio das práticas clínico-assistenciais em todas as regiões do país, e focada nas condições osteomusculares, com maior prevalência da dor lombar.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde, Reabilitação, Atenção Primária à Saúde, Inquérito em Saúde, Indicadores de Saúde, Saúde Pública.

## ABSTRACT

**Introduction:** Rehabilitation is defined as a set of practices which help people who experience or may experience some form of disability, with the aim of achieving or maintaining the individual's best functionality in interaction with the environment. The range of disability conditions and their impacts require different intervention strategies. Such demands must be met at the various levels of care, including primary care. In Brazil, Primary Health Care (PHC) is a part of the Network of Care for People with Disabilities and may enhance functionality and social interaction. In spite of the rehabilitation experience in PHC, there have been few studies that reveal the practices used in this context and that present representative data for Brazil. Such a gap warrants a diagnostic investigation with the aim of contributing to the improvement of the policies and programs related to PHC, in addition to producing scientific knowledge in the field.

**Objective:** To characterize the rehabilitation practices in PHC in Brazil in the period between September 2016 and September 2017. **Methods:** A secondary descriptive study consisting of the analysis of the Health Information System for Primary Care (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB). The data were obtained in a disaggregated form by patient treatment, from the procedure records, the individual care records, and the collective activity records, having as inclusion criterion the records of physiotherapists, speech therapists, occupational therapists, and physical educational professionals working in PHC. The data were analyzed descriptively by means of the frequencies of the treatment and sociodemographic variables, with a description of the distribution according to geographical region, characterization of the assisted population, and identification and characterization of the scope of practices.

**Results:** A total of 1,386,164 records were found for the professionals working in PHC during the period. The findings showed the predominance of clinical-care practices, with a greater frequency of records in the Southeastern region. The majority of records came from professionals registered in Health Centers or Basic Units and most of them were not linked to a team. Musculoskeletal follow-ups in women between the ages of 20 and 59 made up the majority of treatments performed at the Basic Health Unit. The greatest number of records was found among physiotherapists (77.4%). **Conclusion:** The rehabilitation practices of professionals working in PHC consisted of health care, preventive, and health promotion activities, with a predominance of clinical-care practices in all regions of the country and focused on musculoskeletal conditions, with a greater prevalence of low back pain.

**Keywords:** Health Care Services, Rehabilitation, Primary Health Care, Health Inquiry, Health Indicators, Public Health.

## 1. INTRODUÇÃO

O acesso à reabilitação é um dos meios que possibilitam a inclusão e participação na sociedade, além da igualdade de oportunidades, direcionado a pessoas que podem experimentar ou vivenciam algum tipo de deficiência (1–3). A deficiência, entendida como parte da diversidade humana (1) revela que todas as pessoas estão sujeitas a situações nas quais há dificuldade de interação com o ambiente (2,4). Destaca-se, nesse contexto, a crescente prevalência mundial de deficiência, devido ao envelhecimento, condições crônicas de saúde e causas externas (2,5,6).

Com base em estimativas de 2010, a prevalência pontual de deficiências (visual, física, auditiva e cognitiva/intelectual) na população mundial foi de 15%, o equivalente a cerca de um bilhão de pessoas (2). No Brasil, o Censo Demográfico de 2010 verificou que cerca de 23,9% da população se autodeclara com diversos tipos de deficiências, sendo a maior porcentagem em mulheres com mais de 60 anos de idade (7). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2014 revelou um predomínio da deficiência adquirida em detrimento da congênita, e maior utilização dos serviços de saúde devido a deficiências intelectuais e físicas (8). Na análise do estudo da Carga Global da Doença de 2015 (*Global Burden of Disease – GBD 2015*), o indicador de anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability - YLD*) entre 1990-2015 apontou que os distúrbios osteomusculares ocuparam três das principais causas de incapacidades em 2005 e 2015, sendo que a dor lombar e cervical foram as principais causas de deficiência em 2015 na maioria dos países investigados, incluindo o Brasil (5).

A variedade de perfil das deficiências e a diversidade de contextos requer diferentes estratégias de intervenção (2,9) para atender as necessidades de educação, trabalho, lazer e saúde (8). Em relação à saúde, o fomento de políticas públicas que ampliem o acesso ao diagnóstico precoce, a assistência, a prevenção de agravos e a promoção da saúde ainda é uma necessidade que persiste tanto no Brasil (8) quanto mundialmente (2,10). Nesse sentido, as normativas internacionais e nacionais devem garantir que a oferta de serviços de saúde atendam as premissas de “disponibilidade, qualidade, acessibilidade e facilidade de acesso” (1,2).

No tocante a premissa de facilidade do acesso, as necessidades em saúde devem ser atendidas nos diversos níveis de atenção, seja no primário, secundário e terciário (2,3,10). A integração entre os serviços de saúde de nível secundário e primário favorece o acesso à práticas de reabilitação, e colabora para a diminuição dos tempos de espera no caso da necessidade de encaminhamento entre os serviços (2,3). Além disso, a realidade epidemiológica e demográfica revela a necessidade de organização dos serviços de saúde,

de forma a atender as demandas em saúde o mais próximo possível das comunidades (2,11). Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007, os serviços de base territorial facilitam o acesso aos cuidados em saúde, além de favorecer a inclusão, participação na comunidade e promoção de autonomia (1). Portanto, a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a descentralização da oferta dos serviços beneficiam as pessoas que necessitam de cuidados (2).

Em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007 (1) e com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (4,12), o Relatório Mundial sobre a Deficiência de 2011 (2) define como Reabilitação um conjunto de ações que auxiliam pessoas com deficiências ou passíveis de adquirir deficiências, com o intuito de manutenção ou ampliação da funcionalidade na interação com o ambiente. A reabilitação também contempla o conceito de habilitação, caracterizado por atuação para o desenvolvimento de potencial funcionalidade das pessoas com deficiência congênita ou adquirida na primeira infância (2). Partindo dessas premissas, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) (13) estabelece que o cuidado com situações geradoras de deficiência deve seguir um modelo biopsicossocial, transversal e integrado, com responsabilização de todos os serviços de saúde (2,14), inclusive na Atenção Primária à Saúde (13,15).

Historicamente verifica-se que serviços de reabilitação no Brasil, desde 1960, foram todos inicialmente como responsabilidade de órgãos governamentais federais (16). Somente em 2001 as redes públicas de saúde relacionadas aos cuidados em reabilitação passaram a compor o nível primário, intermediário e de alta complexidade na sua organização, não se restringindo apenas ao nível terciário da assistência, como antes era compreendida (16). Além disso, foi também após 2001, com o advento da CIF (4,12) e, em 2007, com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (1), que a abordagem inclusiva da reabilitação em contraponto à abordagem assistencialista ou integradora foi ampliada, inclusive no Brasil (17).

Atualmente, como componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (13), a Atenção Primária à Saúde pode potencializar as ações de melhora da funcionalidade das pessoas e da promoção de inclusão em seu ambiente social (14,15). Considerando a descentralização e capilaridade, a APS desempenha uma função importante no acesso aos serviços de saúde, pois tem suas práticas de cuidado desenvolvidas em território definido (18). Dentre as competências pela produção de saúde na Atenção Primária, a reabilitação caracteriza-se como uma das ações sob sua responsabilidade, que constitui uma de suas atribuições territoriais (18).

O território é um espaço de produção de relações sociais resultante de fatores culturais, econômicos, sociais e políticos (19). Com base nesse aspecto, a análise e o

diagnóstico das situações cotidianas depende de um modo de planejar que acolhe e responde as necessidades das pessoas, além de qualificar e ampliar o acesso as práticas de reabilitação (14). No entanto, no que tange às deficiências e consequentes perdas funcionais, as equipes de atenção primária ofertavam de maneira tímida e incipiente as práticas de reabilitação (20). Foi apenas com o início dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, que as práticas de reabilitação foram institucionalizadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil, passando a constituir um núcleo de ação a ser desenvolvido também por profissionais que teriam suas práticas agregadas à APS (21,22). Atualmente, existem aproximadamente 5.666 NASF em funcionamento nas diversas regiões do país (23,24).

O desenho assistencial do NASF representa uma das iniciativas em resposta ao problema da dificuldade de acesso, da oferta incipiente, e da descontinuidade do cuidado na área de reabilitação (25). A incorporação dessas práticas deu-se, também, com o intuito de responder a uma demanda reprimida de atenção à saúde, em função do modelo assistencial tradicional (20), em que a reabilitação é frequentemente relacionada aos serviços especializados em âmbito curativo (26). Frequentemente, esse aspecto suscita equívocos, como a ideia de que as práticas de reabilitação são complexas e exclusivas ao nível secundário ou terciário (3,27). Além do NASF, as outras equipes que atuam na APS também tem a responsabilidade sanitária pelas práticas de reabilitação, como já sinalizava Starfield (2002), somada ao conjunto de outras práticas de promoção, prevenção, diagnóstico, assistência e vigilância (18,28).

A APS, além de ampliar os cuidados ofertados (26) com práticas de reabilitação de outras categorias profissionais, se configura como um espaço que favorece um cuidado para além do aspecto orgânico individual, mas permite a compreensão do contexto histórico-social e da dimensão subjetiva da participação e autonomia (26). Desta maneira, práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde facilitam o acesso, a integralidade (20,25) e a resolutividade, por meio de ações precoces e prevenção de perdas funcionais (13).

A ampliação de resolutividade deve-se também à incorporação de outros saberes de núcleos profissionais, no contexto da APS (21). Entre os profissionais de nível superior que possuem competências no campo da reabilitação, incluem-se terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais (2). Esses profissionais contribuem para a melhora ou manutenção da funcionalidade das pessoas na interação com o seu ambiente por meio de intervenções diversas, como exercício físico, educação em saúde, acolhimento e aconselhamento, adaptações no ambiente e disponibilização de tecnologias assistivas (2). Tais medidas, portanto, pressupõem que a reabilitação pode ser configurada por práticas multidisciplinares e multiprofissionais, com variada população assistida em função de múltiplas condições clínicas e funcionais (1,2,29).

Muitos são os arranjos e formas encontrados em diversas partes do mundo para a integração entre a Reabilitação e a Atenção Primária à Saúde, desde práticas em área geográfica pré-definida, atuação de equipes móveis, gestão de casos complexos, até cuidados compartilhados por meio de teleconferência (30). A relação entre Atenção Primária e a Reabilitação, em muitos países, também é verificada com práticas no contexto rural, que são explicadas na tentativa de ampliar o acesso a reabilitação de pessoas residentes em áreas remotas e rurais (31,32). Nessa integração, os desafios são a dificuldade no planejamento e oferta de cuidado de base populacional, trabalho em equipe de forma fragmentada, presença de profissionais pouco preparados para atuarem na lógica do território (30), e desafios como espaço, equipamento e financiamento precário (33).

Atualmente, no Brasil, apesar da presença de profissionais que atuam por meio do NASF (21), e das experiências de reabilitação nesse campo, são poucos os estudos que discriminam tais práticas (2). Até a presente data, foram encontradas algumas pesquisas de âmbito estadual, municipal e de serviços específicos (20,25,34–36), no entanto, não há estudos de abrangência nacional acerca das práticas de reabilitação na APS. Tal lacuna justifica a importância de investigações de caráter diagnóstico, que venham contribuir para o aprimoramento das políticas e programas relacionados à Atenção Primária, além da produção de conhecimento científico na área (2,37). Ressalta-se, também, as evidências técnicas e científicas, que são fundamentais para o planejamento, avaliação de programas e tomada de decisão (2,14).

A investigação das práticas em saúde permite a análise da situação existente e a reflexão sobre as modelagens que podem responder às necessidades da população (2,14). Esta forma de pensar os desenhos das políticas públicas contribui para romper com lógicas cooperativistas, colocando centralidade nas necessidades em saúde (14) e no cuidado focado nas pessoas e na abordagem familiar (28). Isso se aplica a averiguação das dimensões relevantes à formulação e implementação das práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde (21). Vale destacar que processos de análise, monitoramento e avaliação da implementação das práticas e políticas relacionadas a reabilitação, por meio de dados de sistema de informação, favorece o planejamento de melhorias no acesso, além de identificar falhas e prioridades (2).

Os sistemas de informação e a organização de bancos de dados oficiais em muitos sistemas nacionais de saúde possibilitam a captura de dados sobre registro da instituição de saúde, fontes populacionais, profissionais de saúde e questões sobre as atividades (38), além de dados administrativos sobre a oferta de serviços, a tipologia e financiamento (2,39). Dados sobre reabilitação nos sistemas de informação em saúde podem contribuir no planejamento e estimativa da demanda por este cuidado (10). No contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil, os profissionais, a produção das equipes, as atividades e

procedimentos realizados, inclusive as práticas de reabilitação, devem ser registradas em sistemas de informação (18), possibilitando a análise e avaliação dos resultados encontrados (20).

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), adotado no Brasil, tem como objetivo possibilitar o dimensionamento de forma mais detalhada do escopo das práticas realizadas na Atenção Primária, pois contempla os dados de todas as equipes (40–42). Este sistema de informação da Atenção Primária, possibilita o acompanhamento do usuário atendido e o monitoramento e avaliação das práticas desenvolvidas por todos os profissionais (41). A reestruturação do antigo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pelo o atual SISAB, com a incorporação de dados individualizados dos usuários e a inserção de aspectos que possibilitam maior informação das práticas realizadas, permite o registro, e conseqüentemente a caracterização das práticas de reabilitação de base territorial (41,42). Nesse sentido, a análise e avaliação das informações em saúde pode funcionar como uma forma de direcionar as ações para atingir os efeitos esperados, auxiliando no planejamento e na tomada de decisões (21).

Nas investigações para análises e avaliações sistemáticas de programas e políticas de saúde, há um momento preliminar considerado exploratório, que tem a função de conhecer melhor a situação sob estudo (37). Este momento exploratório fundamenta as etapas subsequentes da avaliação, que requer a escolha de uma abordagem, seja por estrutura, processo ou resultado, quando considerado o modelo conceitual de Donabedian (37,43). Portanto, a análise prévia da situação possibilita a identificação e seleção de pontos relevantes na melhoria e aperfeiçoamento dos serviços, programas e políticas de saúde, além de revelar a necessidade de informação e conhecimento sobre determinados aspectos (37).

Diante do exposto, e das crescentes iniciativas de produção de práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, este estudo justificou-se pela necessidade de conhecer a realidade dessas práticas. Especificamente, torna-se relevante descrever a distribuição das práticas por regiões do país, caracterizar a população assistida, identificar os procedimentos realizados, categorizar as práticas nos aspectos de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e tecnologia assistiva; além de verificar os espaços de realização das práticas. Ressalta-se que a compreensão do desenho assistencial existente é importante para produção de conhecimento e acúmulo de saberes, no sentido de apoiar a gestão na proposição de modelagens que atendam as necessidades em reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Desta maneira, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: Quais são as características das práticas de reabilitação, considerando-se o contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil?

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contextualização sobre a Reabilitação: interfaces com a Deficiência, a Funcionalidade e os Determinantes Sociais da Saúde

Partindo da premissa epistemológica de Reabilitação como prática que tem o intuito de melhorar ou manter a melhor funcionalidade do indivíduo na interação com o ambiente, reafirma-se a adoção de um conceito à luz dos paradigmas atuais da CIF (4,12,44), Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (1) e do Relatório Mundial sobre a Deficiência (2).

Esse conceito atual adota a abordagem inclusiva da reabilitação e se apoia no modelo social da deficiência, o que se traduz no deslocamento do olhar biológico para o biopsicosocial (1,4,12,17,44). Nessa perspectiva, a deficiência resulta dos aspectos negativos na interação com o ambiente, podendo esta situação ocorrer a qualquer indivíduo, nas mais variadas faixas etárias, estado de saúde e funcional (2). Portanto, o contexto, ou seja, os determinantes sociais, sejam eles socioeconômicos, culturais, ambientais, de legislação, políticos e de oferta de serviços, entre outros, influenciam nas limitações das atividades e na restrição de participação na sociedade (4,12,44).

Essa relação dos determinantes sociais com a vivência da limitação funcional e da deficiência (45), pode ser analisada pelo modelo teórico de determinação social da saúde, que considera os diversos fatores condicionantes para a saúde dos indivíduos e das populações, desde os macrodeterminantes até os determinantes proximais (46). Neste sentido, demonstra-se a possibilidade de maior percepção e vivência negativa na interação com o ambiente, devido a condições econômicas e sociais (7,45), em consequência das iniquidades geradas pela distribuição desigual dos fatores que determinam a saúde da população (45,47). Isto pode ser verificado nos resultados do Censo de 2010, em que as pessoas que se autodeclaravam com alguma deficiência tinham nível precário de instrução, menor nível de ocupação em relação a inserção no mercado de trabalho e a maioria não possuía rendimento ou rendimento de até 1 salário mínimo (7). Tais indivíduos estão na parcela da sociedade que enfrenta, muitas vezes, a exclusão dos meios de geração de renda, como também do acesso aos equipamentos de saúde e educação (45). Essa análise remete a compreensão social da deficiência e a implicação da abordagem de práticas de reabilitação inclusivas, com a oferta de serviços planejadas com objetivo de corrigir injustiças e amenizar as desigualdades em saúde (45).

A adoção do paradigma de Reabilitação deve ter como consequência serviços e práticas na lógica da inclusão social (17), atuação multidisciplinar (1–3,29) e atendimento

das necessidades em saúde nos níveis primário, secundário e terciário (2,3,10). Contemplando essa concepção, deverão ser ofertadas práticas assistenciais (individual ou coletivo), preventivas, de promoção de saúde e diagnósticas (1,2,8,10), visando tanto as funções e estruturas corporais como a atividade e participação, fatores ambientais e pessoais (1,4,12,44). A operacionalização dessas práticas pode ocorrer em instalações específicas especializadas, hospitais e serviços comunitários (3), mas o recomendado é que seja o mais próximo possível das comunidades (1,11,45,48).

No entanto, a compreensão da reabilitação foi aprimorada ao longo do tempo, estando em permanente evolução (16). Diferente desse conceito atual, historicamente houve diversos entendimentos resultantes do momento político e social à época (16). Tais concepções transitaram pela marginalização, assistencialismo, integração social e inclusão social (17). Nesse sentido, as variadas compreensões direcionaram a oferta dos serviços, os quais inicialmente se caracterizavam por serviços fragmentados, tendo evoluído para serviços integrados e, por fim, serviços inclusivos, os quais são pretendidos atualmente (14). Na organização desses serviços, estavam impregnadas concepções como Instituição Total, Ideologia da Normalização e Alteridade, respectivamente (14). A primeira concepção apontada traz a abordagem assistencialista e caritativa, com a ideia de exclusão das pessoas da sociedade em serviços isolados, entendendo a deficiência como “maldição” ou “punição divina” (14,17). A segunda concepção demonstra o movimento das denominadas instituições “especiais” e específicas, com foco na deficiência em detrimento da visão sistêmica do indivíduo, além da lógica unilateral na pessoa que apresenta limitação funcional para que a mesma se adeque ao meio, enquanto não há modificação da sociedade para acolhimento da diferença existente na deficiência (17). A terceira, e mais recente concepção, remete à inclusão social, na qual prevalece a visão sistêmica do indivíduo, com a busca tanto da pessoa que apresenta a dificuldade funcional quanto da sociedade, pelo atendimento das necessidades na interação funcional com o ambiente (14,17).

Muitos marcos e normativas contribuíram para a defesa da abordagem inclusiva da reabilitação nas situações geradoras de deficiência ou perdas funcionais, destacando-se nesta construção a CIF e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (1,4,12,48). Ambos documentos complementa-se na perspectiva biopsicosocial e expressam a otimização da funcionalidade como objetivo da reabilitação (1,4,12). Nesse contexto, o pressuposto da prática de reabilitação é perceber as dificuldades e necessidades do indivíduo por meio da interação com o ambiente e da influência dos determinantes sociais, o que permite planejamento de metas, efetivação das ações e avaliação, e coerência com a realidade (2). Destaca-se, com isso, o fomento à participação na sociedade e equiparação

de oportunidades para pessoas que vivenciam alguma limitação funcional, seja temporária ou permanente (1,2,48).

É importante apontar, que mesmo após a determinação legislativa do paradigma inclusivo da reabilitação, existe o debate da adoção do termo Atenção à Saúde Funcional em substituição ao termo Reabilitação, por considerar que o termo proposto atende de forma mais orgânica aos ideais do modelo biopsicosocial (49,50). Em contraponto, faz-se necessário problematizar que independente do termo adotado (se Reabilitação ou Saúde Funcional), o que importa são as posturas assumidas na operacionalização do cuidado, que podem estar ancoradas de forma conservadora e ultrapassada na interpretação integrativa (14,17), ou como vanguarda da inclusão social, comungando com a concepção da funcionalidade (4,12,17,44). Outro argumento é que os documentos oficiais, tanto nacionais como internacionais, utilizam o termo reabilitação, o que possibilita um alinhamento e comparabilidade nas publicações científicas ou na literatura cinzenta (1,2,10,48). Portanto, entre os dois termos utilizados para definir atenção à saúde das pessoas com dificuldades funcionais, o presente estudo elegeu o termo reabilitação.

Apesar de todo avanço no entendimento sobre reabilitação, as diversas compreensões presentes ao longo da história ainda ameaçam as práticas atuais (16), o que significa que há um constante desafio ético-político-conceitual. Tal condição pode ser verificada na co-existência das posturas assistencialistas/caritativas, integrativas e inclusivas nos dias de hoje, quando serviços de saúde e práticas profissionais adotam uma ou outra, ou mais de uma dessas posturas, a depender do paradigma de reabilitação adotado (17). Essa realidade repercute na organização da oferta das práticas de reabilitação no âmbito municipal, estadual e federal; na percepção dessa temática pela sociedade; e na atuação dos profissionais (44).

## **2.2 Atenção Primária à Saúde e a oferta de cuidados as necessidades relacionadas às condições de saúde crônicas ou funcionais**

Em conformidade com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde preza pelo acesso universal, pelo o contato inicial e preferencial do sistema de saúde e pelo entendimento da relação da saúde com o contexto socio-econômico (28,51). Às vantagens à saúde da população decorrentes de sistemas de saúde orientados pela APS são evidenciadas em diversos estudos (52,53) e reconhecidos mundialmente (51). Contudo, no cenário atual, existem debates em torno da Cobertura Universal de Saúde, abordado inclusive na recente Declaração de Astana, que retoma um

conceito retrógrado de abordagem seletiva da atenção primária à saúde, com uma cesta mínima de serviços, em contradição ao escopo da atenção primária na perspectiva da universalidade (51,54). Nesse sentido, há entre os atores envolvidos com a defesa da concepção de atenção primária à saúde integral e equânime, um consenso sobre a necessidade, cada vez maior, do fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde para garantir a oferta de ações e serviços públicos de saúde que contribuam para diminuição de iniquidades (51,55,56), como o preconizado na Declaração de Alma-Ata (54,55).

Para garantir uma produção de cuidado que responda as necessidades locais e com acesso universal, o modelo de saúde aconrado na APS tem se revelado uma estratégia fundamental, inclusive no Brasil (51). Há evidências de que a APS gerou diminuição da mortalidade infantil e de internação por causas evitáveis, influenciou na melhor regulação e atenuação dos encaminhamentos para serviços especializados e na expansão da oferta e do acesso à saúde (52,53,57,58). Na busca por ações resolutivas e integrais, para atender problemas e condições de saúde (59) consequentes da transição epidemiológica e demográfica, a APS brasileira incorporou diversas iniciativas, como a inserção da atuação institucional de outros profissionais para uma interação colaborativa entre diferentes saberes (60,61). Ainda, destaca-se a criação de equipes com composição diferenciada, a formalização das ações intersetorias em parceria com a rede de educação, investimentos na melhoria e adequação da infraestrutura das unidades de acordo às normas de vigilância e acessibilidade, mecanismos de fixação e provimento de profissionais, entre outras (55). Essas iniciativas apontam para uma APS condizente com os princípios do SUS, que favorece ampla possibilidade de ação e desenvolvimento de práticas variadas, mesmo com o desafio da escassez de financiamento (55).

A política da APS no Brasil, na perspectiva de uma abordagem sistêmica e territorial, de cuidado integral, ressalta a adoção de práticas no campo da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, da assistência, da reabilitação, redução de danos, vigilância e dos cuidados paliativos, considerando os múltiplos determinantes e condicionantes em saúde (18). Sendo configurada com equipes multiprofissionais (equipes de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, equipes de saúde bucal, núcleos de apoio à saúde da família, equipes de consultório na rua, equipes parametrizadas de atenção básica, equipes de atenção básica prisional), que devem recorrer à diferentes tecnologias de cuidado para o desenvolvimento de práticas sanitárias, clínicas, de gestão e pedagógicas, com atuação tanto nas unidades de saúde, no domicílio como nos espaços e equipamentos do território de abrangência (escolas, associações, rua, instituições socioeducativa, presídios,abrigo, etc), por meio de uma clínica ampliada, que considere o compartilhamento de saberes entre profissionais e entre serviços, e que tenha o usuário

como centralidade do cuidado, na ótica da autonomia e emancipação das pessoas e dos grupos sociais (18).

Diante à crescente população com condições de saúde crônicas em consequência do envelhecimento e da multimorbidade do cenário de transição epidemiológica (8), o papel da APS se faz cada vez mais importante (59), principalmente pelas diretrizes da longitudinalidade e territorialização do cuidado (18). Compete aos profissionais da APS ofertar atenção à saúde à população do território de abrangência das equipes, responsabilizando-se pelo cuidado e acompanhamento dessa população, mantendo e participando da coordenação do cuidado nos fluxos assistenciais da rede de saúde quando o usuários necessitam de atenção em outros serviços do sistema, o que favorece a longitudinalidade do cuidado (18). Essas premissas coadunam com as orientações de cuidado as pessoas que estão temporariamente ou de forma permanente com alguma alteração funcional decorrente dos processos crônicos de adoecimento (59), pois essas orientações preconizam serviços de saúde e oferta de reabilitação próximos dos territórios de vivência das pessoas (1,48).

Além disso, a diretriz da APS sobre o cuidado centrado na pessoa e a abordagem familiar, considerando os determinantes sociais (18,28), favorecem a prática da reabilitação inclusiva, partindo do ponto de vista das variadas possibilidades de atuação dos profissionais na APS no que se refere as atividades e participação do usuário no ambiente familiar, comunitário, de trabalho e lazer (4). A APS possibilita aos profissionais o exercício de uma prática que integre os componentes sociológicos e biológicos, de acordo com as necessidades e potencialidades do usuário para uma vida independente (18,44). Há uma tendência mundial das pessoas apresentarem alguma limitação de funcionalidade em função das fragilidades do envelhecimento, e de causas externas (como violência e acidentes provenientes de problemas estruturais da sociedade) (8). Ainda, destaca-se agravos relacionadas ao trabalho e os impactos deletérios dos modos de produção do sistema capitalista (2). Deste modo, as condições crônicas estão cada vez mais presentes entre as demandas de cuidado da APS (51,59). Tal aspecto reforça a necessidade da oferta de diversos serviços e profissionais na APS (51), com garantia de um amplo escopo de práticas, compatíveis com as necessidades (18) e que compreenda a funcionalidade humana como resultado da interação entre as condições de saúde e os fatores pessoais e ambientais (44).

A descentralização das práticas relacionados a reabilitação no âmbito territorial da APS favorece pessoas que necessitam de cuidados (2,3) em função das condições de saúde crônicas e funcionais (1,2,29). Esse movimento de atenção a condições funcionais na APS, mesmo que de maneira ainda incipiente, vem acontecendo no Brasil (18,20,25,34–36), seja pela adesão e cumprimento a normativas internacionais relacionada a funcionalidade e

aos direitos das pessoas com deficiência (1,4,12), seja pela implementação de programas nacionais como o Viver sem Limites que reconhecia a APS como espaço que compunha rede de cuidados por fomentar as práticas de saúde territoriais e comunitárias (13,62,63), ou pelo investimento financeiro em equipes da APS com composição diferenciada, possibilitando a inclusão de outros profissionais que podem agregar práticas e contribuir para a ampliar a resolutividade (18,60).

Entretanto, mudanças no cenário econômico e político brasileiro, e também mundial, sinalizam alertas em relação a direcionalidade da APS (51,55). Questões como o subfinanciamento da política de saúde, somado ao congelamento do orçamento destinado à saúde por meio da vigente Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016; a carência de profissionais qualificados sobre a temática da APS e com motivação para atuar nesse locus de cuidado (64); a possível restrição das ofertas de cuidados à pacotes básicos de serviços devido ao debate internacional sobre a Cobertura Universal de Saúde; a institucionalização nacional de equipes tradicionais que geralmente atuam com a lógica de cuidado fragmentado; entre outras questões, trazem preocupação sobre a interrupção dos avanços que a APS vem proporcionando ao longo do tempo na saúde das pessoas e da coletividade (51,54)

Mas paralelo a essas situações preocupantes, está vivo o movimento em defesa de uma APS robusta, com amplo escopo de práticas, resolutiva, de ação articulada com os demais serviços da rede, com valorização dos profissionais, protocolos e fluxos assistenciais estabelecidos, e incentivo à política de informação, acolhendo as demandas epidemiológicas e as especificidades regionais e populacionais (51,55). E nessa perspectiva da defesa da APS, é reconhecido como um dos desafios o descompasso entre as necessidades da população e a oferta de cuidado (55), sendo importante a compreensão dos problemas de saúde mais frequentes e a identificação das práticas entregues pelos profissionais, para que sejam realizadas análises sobre a garantia do cuidado adequado e oportuno, nesse nível de atenção, nos demais ou na articulação entre os níveis, além da produção de conhecimento para aprimoramento e fortalecimento da APS (64).

O cuidado as condições de saúde exige a articulação da APS com os demais âmbitos dos sistema de saúde e com outros setores (3,10), de forma que a organização dos serviços responda socialmente as demandas, de forma integrada, contínua e proativa (59). E para atender as condições crônicas, é preciso o entendimento e reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e da estratificação dos riscos da população, com um cuidado que considere as práticas profissionais e os aspectos e saberes da comunidade (2,59). Além da necessidade de se somar aos cuidados prestados, por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os cuidados de outras categorias profissionais (59). O amplo escopo de práticas é imprescindível, visto a

gama de sintomas apresentados pelas condições de saúde crônicas, que podem se manifestar de forma agudizada, por períodos prolongados ou permanente, ocasionando, muitas vezes, perda da capacidade funcional, o que exige cuidados de saúde da APS e de toda a rede de atenção à saúde (59).

### **2.3 O escopo de práticas no âmbito da APS: caracterização do componente processo do modelo conceitual de Donabedian**

As práticas de reabilitação, executadas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física, são bastante conhecidas e sedimentadas nos níveis de atenção secundário e terciário (65,66). Por outro lado, na APS, há lacunas de conhecimento científico sobre essas práticas, as quais devem ser compreendidas e estimuladas para aprimorar as ações e fortalecer esse campo de atuação (2,3,10). O escopo de prática de profissionais de saúde que atuam na APS, se limitado ou ampliado, pode interferir nos encaminhamentos para os serviços especializados e no acesso dos usuários aos serviços (67,68). Entende-se por escopo de prática, um conjunto de atribuições e atividades de uma profissão, que é influenciado pela necessidade e demanda dos serviços e dos locais de atuação do profissional (67–69). Assim, a compreensão do escopo das práticas de reabilitação na APS é fundamental para apoiar os processos de gestão e formação de profissionais, além de aprimoramento das ações em saúde (2,3,10,32).

As práticas são uma das informações que compõem o elemento Processo da Tríade de Donabedian de avaliação dos serviços de saúde (37,43,70). Os processos podem ser entendidos como a forma que o cuidado é entregue, incluindo por exemplo os procedimentos, que retratam de certa maneira a característica da oferta do serviço (43,71). O modelo conceitual de avaliação de qualidade de Donabedian considera três componentes: estrutura, processo e resultado (37,70). Esses elementos produzem distintas abordagens de avaliação, mas que se complementam, e por isso quando usados de forma isolada trazem limitações nas análises (37). A articulação entre essas três abordagens permite verificar uma relação de causalidade entre os componentes, em determinada situação avaliada, o que proporciona melhor capacidade explicativa (37). Entretanto, o próprio Donabedian descreve os processos como a forma mais direta de avaliar a qualidade do cuidado (43,70); enquanto a estrutura e os resultados como abordagens indiretas (37,70). A escolha da abordagem a ser utilizada deve estar condicionada a etapa em que se encontra determinada política, programa ou serviço de saúde, além do volume e histórico de informações sobre as mesmas (37).

A abordagem por meio dos processos se constitui, inicialmente, importante em uma avaliação, tendo em vista a relação concreta entre o serviço e o usuário (43). Essa análise fornece meios, de forma ágil, para tomada de decisão que justificam alterações ou adequações nos processos para melhorias do serviço (43). E no caso da caracterização das práticas de reabilitação, utilizada como uma informação de processo, a escolha inicial por essa abordagem é fundamentada na disponibilidade de dados por período significativo em sistema de informação oficial (40,72). Explorar esse escopo de práticas na APS permitirá a identificação de possíveis necessidades de ajustes nesses processos, com objetivo de qualificar a oferta de cuidado. Nesse sentido, os processos, assim como os outros componentes da tríade, influenciam no desenvolvimento e na qualidade da prestação de serviço (73).

O escopo de práticas revela sobre o modelo assistencial (67,73,74), assim como também interfere na resolutividade (67,69,73). Além disso, o rol de profissionais e conseqüentemente a composição das equipes influenciam nas práticas ofertadas na APS (73). Desta maneira, as práticas realizadas por diferentes profissionais em diversas equipes são elementos estruturantes quando se trata de análise de qualidade na APS (73). Considerando os diversos arranjos de equipe da APS brasileira, e com isso a presença de outros profissionais além dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários (18), a caracterização das práticas é crucial para identificar o acesso aos cuidados de outras categorias profissionais e para retratar a oferta de serviços agregada a APS; e ainda conhecer o perfil de utilização dessas outras práticas.

Nessa perspectiva das transformações em relação a quantidade e aos tipos de profissionais que atuam na APS (18,67), a inserção de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física (18,75), entre outros, favorece a ampliação do escopo de práticas (18). A ampla oferta de serviços na APS possibilita maior resolutividade do cuidado (18), assim como a restrição do escopo somado a fragilidade nas condições de estrutura podem limitar a capacidade resolutiva frente aos problemas de saúde (73). Logo, análise das práticas de reabilitação na APS pode retratar sobre a resolutividade no atendimento às diversas demandas em saúde da população, contribuindo para futuras avaliações de qualidade.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar as práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período compreendido entre setembro de 2016 a setembro de 2017.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Relatar a distribuição das práticas por local geográfico, estabelecimentos e equipes de saúde.
- Descrever o perfil de atendimentos na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o sexo, faixa etária, problema/condição avaliada e local de atendimento.
- Caracterizar as práticas realizadas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física que atuam na Atenção Primária à Saúde.

#### **3.3 Hipótese**

Por se tratar de um estudo exploratório, o mesmo não possuiu hipótese. Destaca-se que esse modelo tem a finalidade de abrir campos para que se possa elaborar hipóteses. Assim, o presente estudo caracterizou a situação para fornecer bases para a elaboração de hipóteses em futuros estudos nessa área (76,77).

## 4. MÉTODO

### 4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e transversal, que envolveu a extração de dados em base secundária (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB), considerando-se o período de setembro de 2016 a setembro de 2017.

Nos estudos descritivos a intenção é caracterizar a variável (76,77). A pesquisa descritiva é a etapa inicial na compreensão de um fenômeno (77). Os estudos exploratórios permitem uma aproximação sobre o objeto estudado, tendo como produto uma visão geral do início de uma investigação, passível de ser aprofundada com abordagens mais sistematizadas (76). As pesquisas descritivas também podem contribuir com uma nova visão sobre o fato, se aproximando dos aspectos dos estudos exploratórios (76). Pesquisas que tem como objetivo estudar o atendimento dos órgãos públicos de um território, por exemplo, são classificadas como descritivas (76). Esses estudos em comunhão com os exploratórios são frequentemente utilizados em pesquisas sociais, de relevância prática, para instituições governamentais e não-governamentais (76)

Nas análises de políticas e programas de saúde, o momento exploratório permite uma leitura inicial da situação, possibilitando a identificação de aspectos que merecem investigação mais detalhada (37). Além de fornecer dados para estudos avaliativos, que segundo o modelo conceitual de Donabedian, se integram pela tríade estrutura, processo e resultados (37). Nesse estudo, as informações verificadas se configuram como o componente processo da tríade, já que as práticas são ferramentas de interação entre o serviço e os usuários. A abordagem por processo é recomendada para o início de estudo que pretende avaliar qualidade de serviços de saúde, visto que é a maneira mais direta de verificar atributos de qualidade (37,43). A descrição com objetivo de caracterizar as práticas de reabilitação na APS no Brasil é resultado de uma investigação exploratória, em período determinado, para subsidiar futuro estudo de avaliação dessas práticas na abordagem de processo.

A utilização de dados oriundos de Sistemas de Informações em Saúde nas pesquisas e na avaliação em saúde é uma prática fundamentada e difundida, devido a possibilidade da realização de estudos com base populacional de ampla cobertura, à baixo custo, além de facilitar para alguns desenhos de estudo o seguimento longitudinal (78,79). A disponibilidade de dados secundários de saúde, contemplando informações epidemiológicas, administrativas e clínicas, em bases eletrônicas com microdados individuais, favorecem e oportunizam a realização de análises descritivas mais versáteis

(78,80,81). A principal desvantagem atribuída às fontes de dados secundários é insuficiência da garantia na qualidade dos dados coletados, devido a ausência de padronização na coleta, e falta de dados relevantes para algumas análises (78,80,81). Nas pesquisas que utilizam dados de sistema de informação essas limitações devem ser reconhecidas (78–81). Ainda assim, a comunidade científica considera que os dados secundários são muito potentes em decorrência da grande disponibilidade, facilidade no acesso e amplo alcance (78,79). Além da recomendação do bom uso da riqueza desses bancos de dados (78,79,82), que só aumentam na era do big data (78,82).

A dificuldade de informações sobre os serviços de saúde, o processo de coleta de dados inconsistentes e variados sistemas de informação existentes se constituem desafios na formulação de estratégias de reabilitação (2,10). Esta realidade dificulta o levantamento de informações para produção de conhecimento científico na área e para elaboração de evidências que são fundamentais para o planejamento, avaliação de programas e tomada de decisão (2,3,10). Portanto, na presente pesquisa, que se trata de estudo com dados de base secundária de sistema de informação, as limitações, como possibilidade de sub-registro, fragilidade dos dados e ausência de variáveis importantes nas análises de práticas de reabilitação, foram reconhecidas e consideradas. Ponderando essas limitações, justifica-se que o uso de dados secundários é o que melhor se adequa para o delineamento de pesquisa adotado, tendo em vista o caráter de estudo de abrangência nacional.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB; parecer nº 2.534.843).

## **4.2 Desenvolvimento do estudo**

### ***Sistema de informação***

O SISAB é o sistema de registro das atividades dos profissionais da APS (40,42). Esse sistema permite o detalhamento do escopo de práticas de todas as equipes de saúde que atuam na APS, com informações referentes aos procedimentos, atendimento individual e coletivo (41,42,83).

Os dados da atuação das equipes e profissionais são registrados no SISAB por meio das fichas do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), os quais são instrumentos padronizados pelo Ministério da Saúde (41,83). Esses dados são consolidados e enviados para o banco de dados nacional, onde são processados e disponibilizados para fins epidemiológicos e de monitoramento (40,41,83).

### **Extração dos dados do SISAB**

O estudo incluiu os dados do SISAB, referente aos procedimentos, atendimento individual e atividade coletiva, do período de setembro de 2016 a setembro de 2017, tendo como critério de inclusão os registros de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física que atuam na APS. A escolha de incluir determinadas profissões se deu pela necessidade de aprofundamento da análise, em detrimento do ganho em escala do que seria uma análise com todos os profissionais que atuam na APS. E foram considerados os profissionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) nos estabelecimentos de saúde preconizados em normativa como opção de cadastro para atuação da APS: centro de saúde/unidade básica (código 02), posto de saúde (01), centro de apoio a saúde da família (71), unidade móvel terrestre (40), polo academia da saúde (74), unidade mista (15), policlínica (04), clínica/centro de especialidade (36) (18,84–88). Os profissionais da APS são cadastrados em estabelecimentos de saúde do SCNES e podem estar vinculados à equipes (18,60,75), sendo analisados os registros dessas categorias profissionais tanto que não estão vinculados como os vinculados as seguintes equipes :

- Equipe de Saúde da Família (ESF): equipe prioritária para à reorganização da Atenção Primária no Brasil, composta no mínimo por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo fazer parte da equipe outros profissionais (18). Os códigos de ESF, no SCNES, selecionados na extração foram 01, 02, 03, 12, 13, 14, 15, 24 a 39 (87).
- Equipe da Atenção Básica (EAB): equipes com carga horária diferenciada de médico, enfermeiro e cirurgião dentista, ou seja, são equipes com arranjo organizacional diferente da ESF. Equipes parametrizadas, com composição profissional reconhecida para participação no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), podendo fazer parte da equipe outros profissionais (88). No período de extração dos dados ainda não existia no SCNES os códigos (55, 56 e 57) para EAB intitucionalizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 28 de setembro de 2017 (89,90). Os códigos de EAB, no SCNES, selecionados na extração foram 16 a 21 (88) .
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): equipe multiprofissional composta por diferentes categorias de profissionais da saúde, atuando para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das ESF e de EAB. (18). Os códigos de NASF, no SCNES, selecionados na extração foram 06, 07, 45 (86).

- Equipes de Consultório na Rua (ECR): equipe com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua, sendo obrigatória minimamente a presença de enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional. Podem fazer parte da equipe outros profissionais (18). Os códigos de ECR, no SCNES, selecionados na extração foram 40, 41 42 (85).

Os dados foram extraídos do banco do SISAB de forma desagregada por atendimento, dos profissionais investigados, com alguns dados provenientes da ficha de procedimento, da ficha de atendimento individual e da ficha de atividade coletiva (Anexos). Como a ficha de atendimento individual e a ficha de atividade coletiva tem uma lista específica de procedimentos e atividades para registro dos profissionais, foi adotada a ficha de procedimento como a principal fonte da extração, pois a mesma possibilita o registro de uma variedade maior de práticas, contemplando campos abertos para descrição de códigos de procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP) (91). No entanto, dados relacionados à condição/problema, verificado por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), encontram-se somente na ficha de atendimento individual. Outros dados, como fontes de informações sociodemográfica e de identificação do profissional e equipe, são comuns a todas as fichas.

As seguintes variáveis foram extraídas: código brasileiro de ocupação (CBO) dos profissionais, região, unidade federativa (UF) e município de localização, tipo de estabelecimento/unidade de saúde, tipo de equipe, faixa etária e sexo do usuário atendido, condição/problema do usuário atendido, procedimento e local de atendimento.

### **4.3 Análise dos dados**

Os dados foram analisados descritivamente, no *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25 (SPSS). A análise dos dados do SISAB foi realizada pela frequência dos registros dos profissionais investigados que atuam na APS e das variáveis de aspectos assistenciais e sócio-demográficos. Na análise estatística descritiva das variáveis categóricas foram utilizadas as medidas de frequência absoluta e relativa. Os resultados foram apresentados em forma de tabela e gráficos.

Algumas variáveis foram categorizadas, como as Regiões do Brasil, estabelecimento de saúde (centro de saúde/unidade básica; posto de saúde; centro de apoio a saúde da família; unidade móvel terrestre; polo academia da saúde; unidade mista; policlínica;

clínica/centro de especialidade); equipe de saúde (equipe de saúde da família; equipe da atenção básica; núcleo de apoio à saúde da família; equipe de consultório na rua); sexo, faixa etária (0 a 9, 10 a 19, 20 a 59, 60 anos e mais), procedimento por grupo do SIGTAP (1 - ações de promoção e prevenção; 2 - procedimentos com finalidade diagnóstica; 3 - procedimentos clínicos; 7 - órteses, próteses e materiais especiais); problema/condição avaliada (capítulos de 1 a 22 da CID); e local de atendimento (1 – Unidade Básica de Saúde-UBS; 2 - Unidade móvel; 3 – Rua; 4 – Domicílio; 5 - Escola/Creche; 6 – Outros; 7 - Polo da Academia da Saúde; 8 - Instituição/Abrigo; 9 - Unidade prisional ou congêneres; 10 - Unidade socioeducativa).

## 5. RESULTADOS

Foram encontrados 1.386.164 registros dos profissionais investigados na APS no Brasil. As práticas foram mais frequentes na Região Sudeste, oriundas de Centro de Saúde/Unidade Básica e de profissionais não vinculados às equipes, seguidas de vinculação no NASF. Predominaram os registros de fisioterapeutas, o acompanhamento a usuários do sexo feminino, com faixa etária entre 20 a 59 anos e com condições relacionadas ao sistema osteomuscular. E prevaleceram as práticas clínico-assistenciais, a maior parte realizada na própria Unidade Básica de Saúde (UBS).

### 5.1 Distribuição das práticas por local geográfico, estabelecimento e equipes de saúde

A região Sudeste (45,0%) e Sul (34,3%) aglutinaram a maior parte dos registros, enquanto a região Norte (5,7%) e Nordeste (6,5%) tiveram os menores percentuais. (Tabela 1). Nos estados, São Paulo (26,9%), Paraná (12,5%) e Rio Grande do Sul (11,9%) apresentaram a maior quantidade de registros no SISAB. E o Distrito Federal, Roraima e Sergipe apresentaram as menores quantidades (Tabela 1).

Na distribuição dos registros por categoria profissional nas regiões, o Sudeste e Sul também se destacaram para todas as profissões (Tabela 1). E as regiões Norte e Centro-Oeste tiveram as menores quantidades de registros relacionadas a Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Profissional de Educação Física (Tabela 1). Semelhante ao cenário nacional, a Fisioterapia apresentou os menores percentuais nas regiões Norte (6,1%) e Nordeste (6,1%) (Tabela 1).

Os registros das profissões por estado também apontaram São Paulo como o estado de maior expressividade no número de registros entre os fisioterapeutas (26,6%), fonoaudiólogos (31,8%) e terapeutas ocupacionais (38,2%), em contrapartida os profissionais de educação física contaram com a maioria dos registros no Paraná (26,7%) (Figura 1; Tabela 1). Terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física e fonoaudiólogos não apresentaram registros em 10 (Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Bahia, Paraíba, Piauí, Sergipe, Distrito Federal e Mato Grosso), 3 (Acre, Roraima e Distrito Federal) e 2 estados (Acre e Sergipe), respectivamente (Figura 1; Tabela 1). Os fisioterapeutas tiveram os menores números de registro no Distrito Federal e Sergipe; e os fonoaudiólogos em Roraima (Figura 1; Tabela 1).

O maior percentual de registro, considerando todo o país, foi apresentado por fisioterapeutas (77,4%), seguido de fonoaudiólogos (14,1%), profissionais de educação física (6,0%), e por último, de terapeutas ocupacionais (2,5%) (Tabela 1; Figura 1). Quando

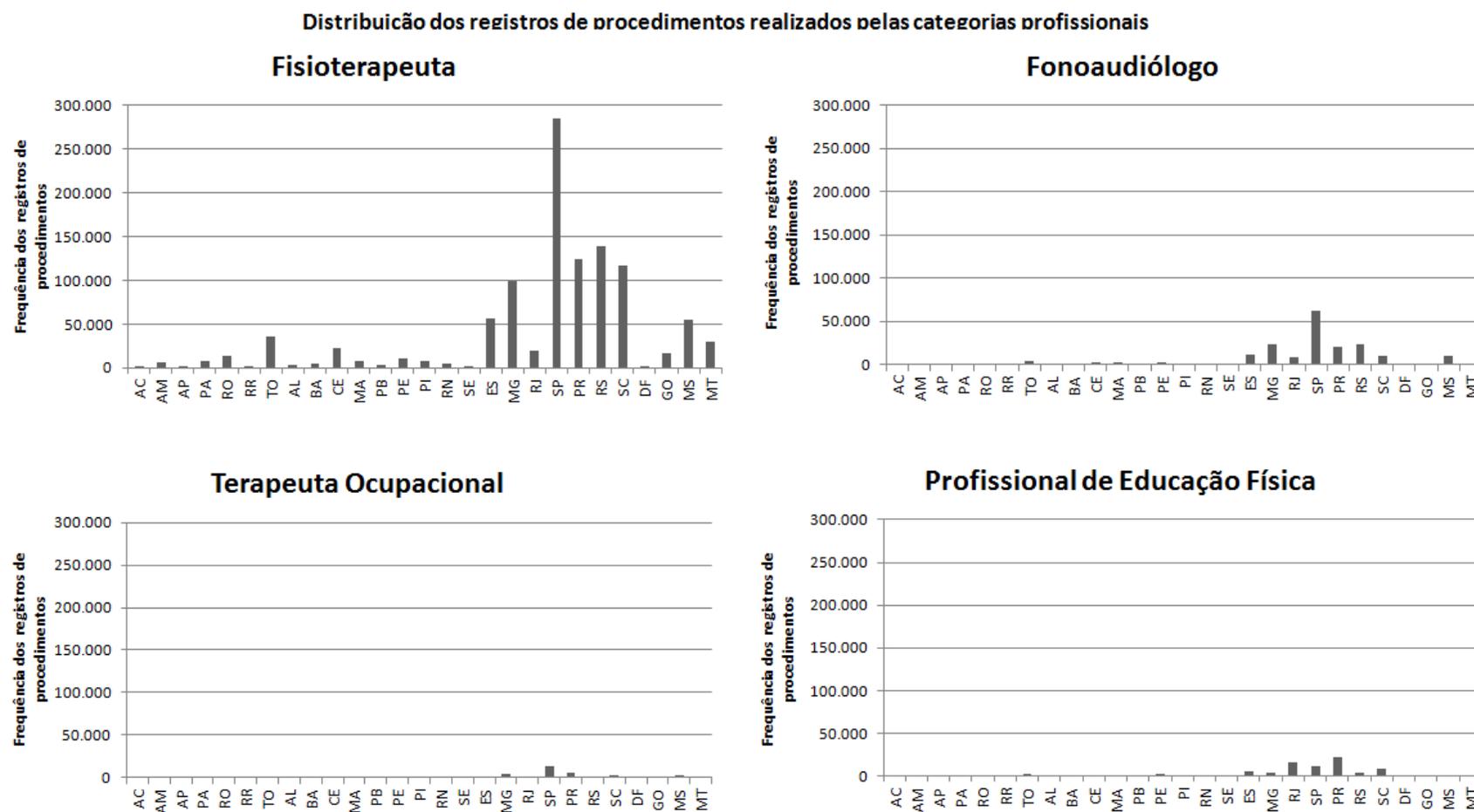
verificado por região, essa configuração se repete no Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, somente invertendo a ordem entre o profissional de educação física e o terapeuta ocupacional na região Centro-Oeste (Tabela 1).

**Tabela 1:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS por categoria profissional, segundo unidade federada e região, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

UF/Região	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
AC	695 0,1%	0 -	0 -	0 -	695 0,1%
AM	6.360 0,6%	537 0,3%	2 < 0.1%	679 0,8%	7.578 0,5%
AP	253 < 0.1%	11 < 0.1%	0 -	34 < 0.1%	298 < 0.1%
PA	8.423 0,8%	1.224 0,6%	178 0,5%	1.195 1,4%	11.020 0,8%
RO	13.046 1,2%	1.227 0,6%	0 -	1 < 0.1%	14.274 1,0%
RR	48 < 0.1%	4 < 0.1%	0 -	0 -	52 < 0.1%
TO	36.376 3,4%	4.771 2,4%	1.056 3,1%	3.062 3,7%	45.265 3,3%
<b>Norte</b>	<b>65.201 6,1%</b>	<b>7.774 4,0%</b>	<b>1.236 3,6%</b>	<b>4.971 6,0%</b>	<b>79.182 5,7%</b>
AL	2.925 0,3%	685 0,4%	11 < 0.1%	166 0,2%	3.787 0,3%
BA	5.076 0,5%	672 0,3%	0 -	110 0,1%	5.858 0,4%
CE	23.217 2,2%	3.404 1,7%	1.688 4,9%	456 0,5%	28.765 2,1%
MA	7.278 0,7%	3.238 1,7%	1.041 3,0%	1.077 1,3%	12.634 0,9%
PB	3.363 0,3%	746 0,4%	0 -	1.484 1,8%	5.593 0,4%
PE	10.217 1,0%	2.883 1,5%	378 1,1%	1.779 2,1%	15.257 1,1%
PI	8.313 0,8%	1.776 0,9%	0 -	250 0,3%	10.339 0,7%
RN	5.152 0,5%	1.497 0,8%	296 0,9%	403 0,5%	7.348 0,5%

SE	1 < 0.1%	0 -	0 -	88 0,1%	89 < 0.1%
<b>Nordeste</b>	<b>65.542</b> <b>6,1%</b>	<b>14.901</b> <b>7,6%</b>	<b>3.414</b> <b>10,0%</b>	<b>5.813</b> <b>7,0%</b>	<b>89.670</b> <b>6,5%</b>
ES	56.297 5,2%	11.861 6,1%	1.134 3,3%	5.765 6,9%	75.057 5,4%
MG	99.022 9,2%	23.674 12,1%	4.001 11,7%	4.390 5,3%	131.087 9,5%
RJ	20.281 1,9%	7.973 4,1%	1.242 3,6%	15.853 19,1%	45.349 3,3%
SP	285.474 26,6%	62.143 31,8%	13.054 38,2%	12.013 14,5%	372.684 26,9%
<b>Sudeste</b>	<b>461.074</b> <b>43,0%</b>	<b>105.651</b> <b>54,0%</b>	<b>19.431</b> <b>56,9%</b>	<b>38.021</b> <b>45,8%</b>	<b>624.177</b> <b>45,0%</b>
PR	124.950 11,6%	20.875 10,7%	5.144 15,1%	22.147 26,7%	173.116 12,5%
RS	138.676 12,9%	23.504 12,0%	223 0,7%	3.172 3,8%	165.575 11,9%
SC	116.894 10,9%	9.747 5,0%	2.622 7,7%	7.931 9,6%	137.194 9,9%
<b>Sul</b>	<b>380.520</b> <b>35,4%</b>	<b>54.126</b> <b>27,7%</b>	<b>7.989</b> <b>23,4%</b>	<b>33.250</b> <b>40,1%</b>	<b>475.885</b> <b>34,3%</b>
DF	1 < 0.1%	21 < 0.1%	0 -	0 -	22 < 0.1%
GO	16.592 1,5%	991 0,5%	5 < 0.1%	272 0,3%	17.860 1,3%
MS	54.492 5,1%	10.181 5,2%	2.067 6,1%	595 0,7%	67.335 4,9%
MT	30.045 2,8%	1.939 1,0%	0 -	49 0,1%	32.033 2,3%
<b>Centro-oeste</b>	<b>101.130</b> <b>9,4%</b>	<b>13.132</b> <b>6,7%</b>	<b>2.072</b> <b>6,1%</b>	<b>916</b> <b>1,1%</b>	<b>117.250</b> <b>8,5%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.073.467</b> (77,4%) <b>100,0%</b>	<b>195.584</b> (14,1%) <b>100,0%</b>	<b>34.142</b> (2,5%) <b>100,0%</b>	<b>82.971</b> (6%) <b>100,0%</b>	<b>1.386.164</b> <b>100,0%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)



**Figura 1:** Distribuição dos registros de procedimentos realizados pelas categorias profissionais na APS, por unidade federada no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Dentre os estabelecimentos/unidade de saúde da APS, foi observado um maior percentual de registros no Centro de Saúde/Unidade Básica (CS/UBS) (68,4%) (Tabela 2). Tal achado foi semelhante quando analisado por categoria profissional, no qual todas as profissões tiveram a maior parte dos registros advindos do CS/UBS (Tabela 2). Em Unidade Móvel Terrestre não foi verificado registros para o fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e profissional de educação física. E também não foi identificado registros de terapeuta ocupacional e profissional de educação física nas Unidades Mistas (Tabela 2).

**Tabela 2:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS por categoria profissional, segundo estabelecimento de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Estabelecimentos de Saúde	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
Centro de Apoio à Saúde da Família	54.443 5,1%	11.880 6,1%	1.424 4,2%	13.262 16,0%	81.009 5,8%
Centro de Saúde/Unidade Básica	735.915 68,6%	139.937 71,5%	16.530 48,4%	55.219 66,6%	947.601 68,4%
Clínica/Centro de Especialidade	173.202 16,1%	27.033 13,8%	14.577 42,7%	4.415 5,3%	219.227 15,8%
Policlínica	73.257 6,8%	12.040 6,2%	1.004 2,9%	0 -	86.301 6,2%
Polo Academia da Saúde	10091 0,9%	508 0,3%	0 -	10041 12,1%	20640 1,5%
Posto de Saúde	25.342 2,4%	3.199 1,6%	607 1,8%	34 < 0,1%	29.182 2,1%
Unidade Mista	1.021 0,1%	987 0,5%	0 -	0 -	2.008 0,1%
Unidade Móvel Terrestre	196 0,0%	0 -	0 -	0 -	196 < 0,1%
<b>Total</b>	<b>1.073.467</b> <b>100,0%</b>	<b>195.584</b> <b>100,0%</b>	<b>34.142</b> <b>100,0%</b>	<b>82.971</b> <b>100,0%</b>	<b>1.386.164</b> <b>100,0%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)

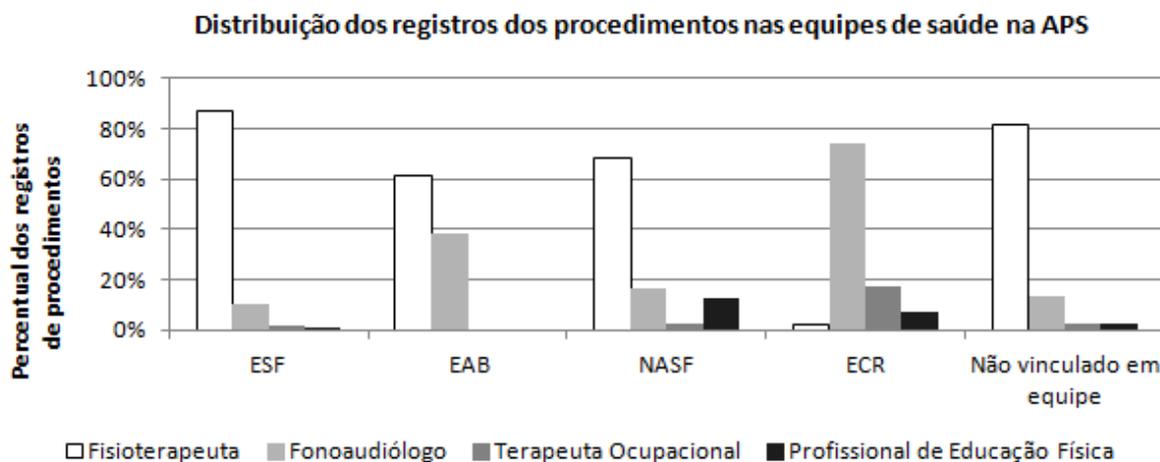
Em relação às equipes de saúde, verificamos que 58,8% (n= 814.937) dos registros foram de profissionais não vinculados às mesmas, mas somente cadastrados nos estabelecimentos (Tabela 3). Esses registros distribuíram-se principalmente nos CS/UBS (57,4%; n= 468.016). Quanto aos registros vinculados às equipes, o maior percentual foi no NASF (33,6%) e ESF (7,1%) (Tabela 3).

Os registros por categoria profissional também demonstraram que a maioria das profissões tiveram as práticas registradas por profissionais não vinculados em equipe (cadastrados somente nos estabelecimentos). Somente os profissionais de educação física tiveram mais registros vinculados à equipe do que não vinculados, com 72% dos registros advindos do NASF (Tabela 3). Por equipe, foi verificado no NASF, ESF e EAB mais registros de fisioterapeutas e fonoaudiólogos; e na ECR dos fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (Figura 2).

**Tabela 3:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos na APS, segundo vinculação dos profissionais em equipes de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

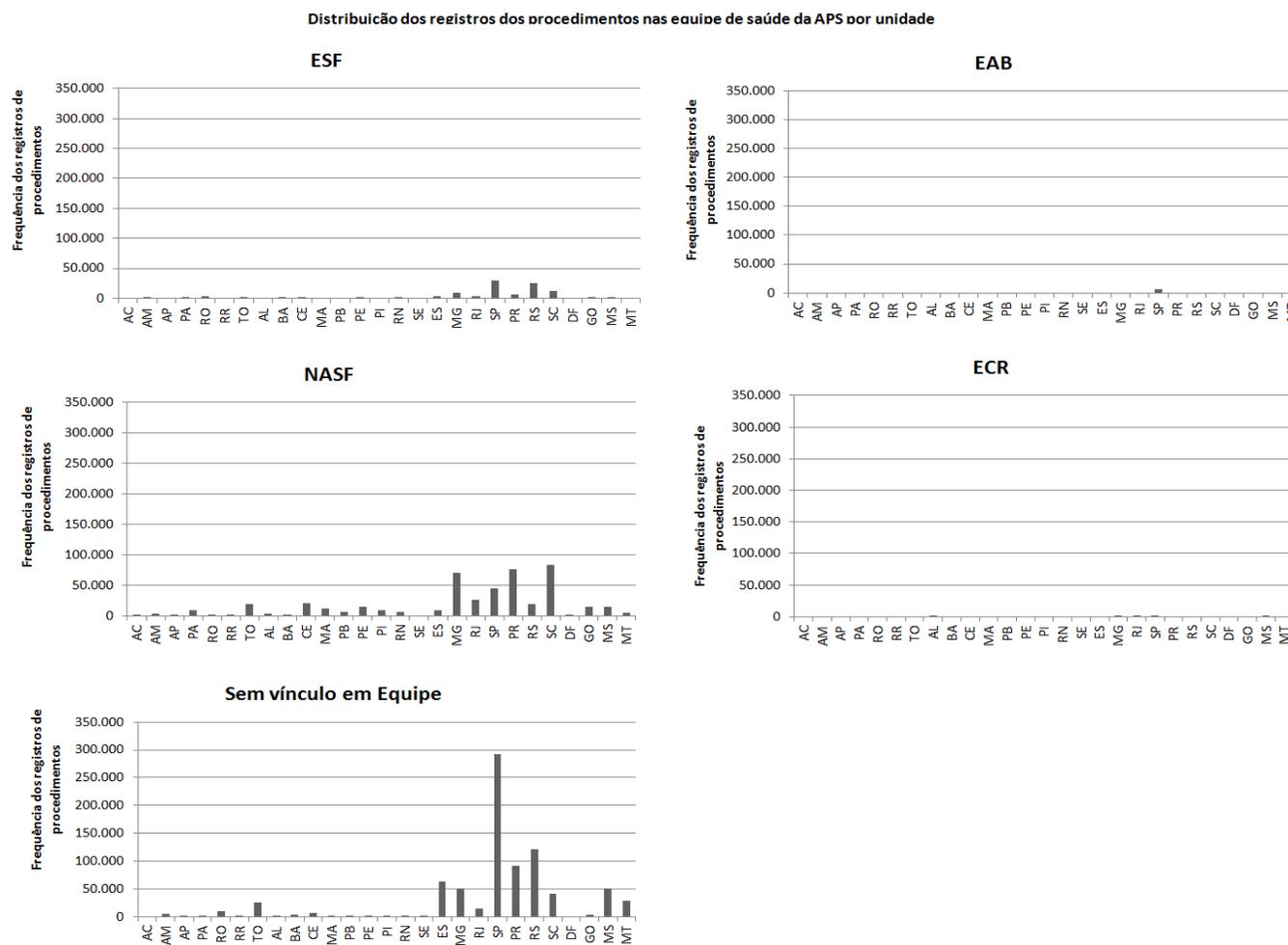
Vinculação em Equipe	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
ESF	86.218 8,0%	10.114 5,2%	1.438 4,2%	1.204 1,5%	98.974 7,1%
EAB	3.401 0,3%	2.117 1,1%	0 -	0 -	5.518 0,4%
NASF	318.780 29,7%	75.654 38,7%	11.294 33,1%	59.704 72,0%	465.432 33,6%
ECR	24 < 0,1%	961 0,5%	226 0,7%	92 0,1%	1.303 0,1%
Não vinculado em equipe	665.044 62,0%	106.738 54,6%	21.184 62,0%	21.971 26,5%	814.937 58,8%
<b>Total</b>	<b>1.073.467</b> <b>100,0%</b>	<b>195.584</b> <b>100,0%</b>	<b>34.142</b> <b>100,0%</b>	<b>82.971</b> <b>100,0%</b>	<b>1.386.164</b> <b>100,0%</b>

(ESF=Equipe de Saúde da Família; EAB=Equipe de Atenção Básica; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ECR=Equipe de Consultório na Rua; Sem vínculo em equipe=registro de profissional cadastrado somente no estabelecimento; FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)



**Figura 2:** Distribuição dos registros dos procedimentos nas equipes de saúde na APS, por categorias profissionais, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017. (ESF=Equipe de Saúde da Família; EAB=Equipe de Atenção Básica; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ECR=Equipe de Consultório na Rua; Sem vínculo em equipe=registro de profissional cadastrado somente no estabelecimento)

Os registros de profissionais não vinculados em equipe se concentraram nos estados do Sudeste (51,7%) e Sul (31,2%); os de NASF se distribuíram nos estados do Sul (38,2%), Sudeste (32,4%) e Nordeste (15,5%); os de ESF também nos estados do Sudeste (46,3%) e Sul (44,7%); os de EAB predominaram em um estado do Sudeste (100%); e os ECR no estados do Centro-Oeste (73,8%) e Sudeste (25,4%) (Figura 3). Nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste não houve registro oriundo de EAB; e nas regiões Norte e Sul não houve de ECR (Figura 3).



**Figura 3:** Distribuição dos registros dos procedimentos nas equipe de saúde da APS, por unidade federada e região no Brasil, no período de set/2016 a set/2017. (ESF=Equipe de Saúde da Família; EAB=Equipe de Atenção Básica; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ECR=Equipe de Consultório na Rua; Sem vínculo em equipe=registro de profissional cadastrado somente no estabelecimento)

## 5.2 Caracterização da população assistida

Dos 1.386.164 registros, 99,92% (1.384.989) continham descrição no campo sexo. A maioria das práticas foram ofertadas a mulheres (59,2%) (Tabela 4). Entre as categorias profissionais, os fisioterapeutas (61,4%), terapeutas ocupacionais (52,3%) e profissionais de educação física (78,8%) atenderam mais mulheres, e de outro modo, os fonoaudiólogos (59,5%) atenderam mais homens (Tabela 4). Quando analisado entre as mulheres, foi identificado que essas são mais frequentemente atendidas por fisioterapeutas (80,3%), seguida de fonoaudiólogos (9,6%), profissionais de educação física (7,9%) e terapeuta ocupacional (2,2%) (Tabela 4). Essa mesma configuração foi encontrada entre os homens.

**Tabela 4:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo sexo do usuário atendido e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Sexo	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
Feminino	658.458	79.093	17.842	64.816	<b>820.209</b>
	61,4%	40,4%	52,3%	78,8%	<b>59,2%</b>
Masculino	413.186	116.418	16.300	16.648	<b>562.552</b>
	38,5%	59,5%	47,7%	20,2%	<b>40,6%</b>
Ignorado	968	69	0	43	<b>1.080</b>
	0,1%	< 0.1%	-	0,1%	<b>0,1%</b>
Não Informado	416	0	0	732	<b>1.148</b>
	< 0.1%	-	-	0,9%	<b>0,1%</b>
<b>Total</b>	<b>1.073.028</b>	<b>195.580</b>	<b>34.142</b>	<b>82.239</b>	<b>1.384.989</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)

Com percentual de 41,1%, prevaleceu a faixa etária entre 20 a 59 anos. As demais faixas etárias seguiram com 29,1% de 60 anos e mais, 24% entre 0 a 9 anos e apenas 5,8% entre 10 a 19 anos (Tabela 5). Os fisioterapeutas e profissionais de educação física ofertaram mais cuidados a adulto-jovem e idoso; enquanto fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais mais à criança, e adolescência foi o segundo ciclo de vida mais atendido por fonoaudiólogos (Tabela 5). Na perspectiva das faixas etárias verificou-se que todas tem maior frequência de atendimentos do fisioterapeuta (Tabela 5).

**Tabela 5:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo faixa etária do usuário atendido e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Faixa Etária	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
0 a 9	194.022	121.657	13.466	3.999	<b>333.144</b>
	18,1%	62,2%	39,4%	4,8%	<b>24,0%</b>
10 a 19	43.823	30.646	2.681	2.587	<b>79.737</b>
	4,1%	15,7%	7,9%	3,1%	<b>5,8%</b>
20 a 59	495.053	26.018	10.391	38.588	<b>570.050</b>
	46,1%	13,3%	30,4%	46,5%	<b>41,1%</b>
60 e mais	340.569	17.263	7.604	37.797	<b>403.233</b>
	31,7%	8,8%	22,3%	45,6%	<b>29,1%</b>
<b>Total</b>	<b>1.073.467</b>	<b>195.584</b>	<b>34.142</b>	<b>82.971</b>	<b>1.386.164</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)

No que se refere as condições acompanhadas foram identificados 42.137 (100%) registros com descrição de CID, proveniente dos dados relacionados à ficha de atendimento individual. Esse achado pode ser esclarecido pela limitação do estudo referente à fonte de extração da variável 'condição de saúde' (condição acompanhada) exclusiva da ficha de atendimento individual.

Verificou-se que as mais presentes foram as condições do sistema osteomuscular (Capítulo 13 da CID), com o percentual de 57% (Tabela 6). Em menor proporção, com 13,1%, a segunda condição foi do sistema nervoso (Capítulo 6 da CID) (Tabela 6). Na interpretação por categoria profissional, os fisioterapeutas e profissionais de educação física apresentaram as condições do sistema osteomuscular como predominante; os terapeutas ocupacionais as condições do sistema nervoso; e em contrapartida, os fonoaudiólogos as condições do Capítulo 18 (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte).

Entre os agravos relacionados a essas condições de saúde, a dor lombar (M545) (12,23%), a cervicalgia (M542) (3,5%) e as sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (I694) (2,74%) foram os mais frequentes. Quando analisado especificamente o agravo mais registrado pelas categorias profissionais, constatou-se que para fisioterapeuta e profissional de educação predominou o acompanhamento a usuários com diagnóstico de Dor lombar

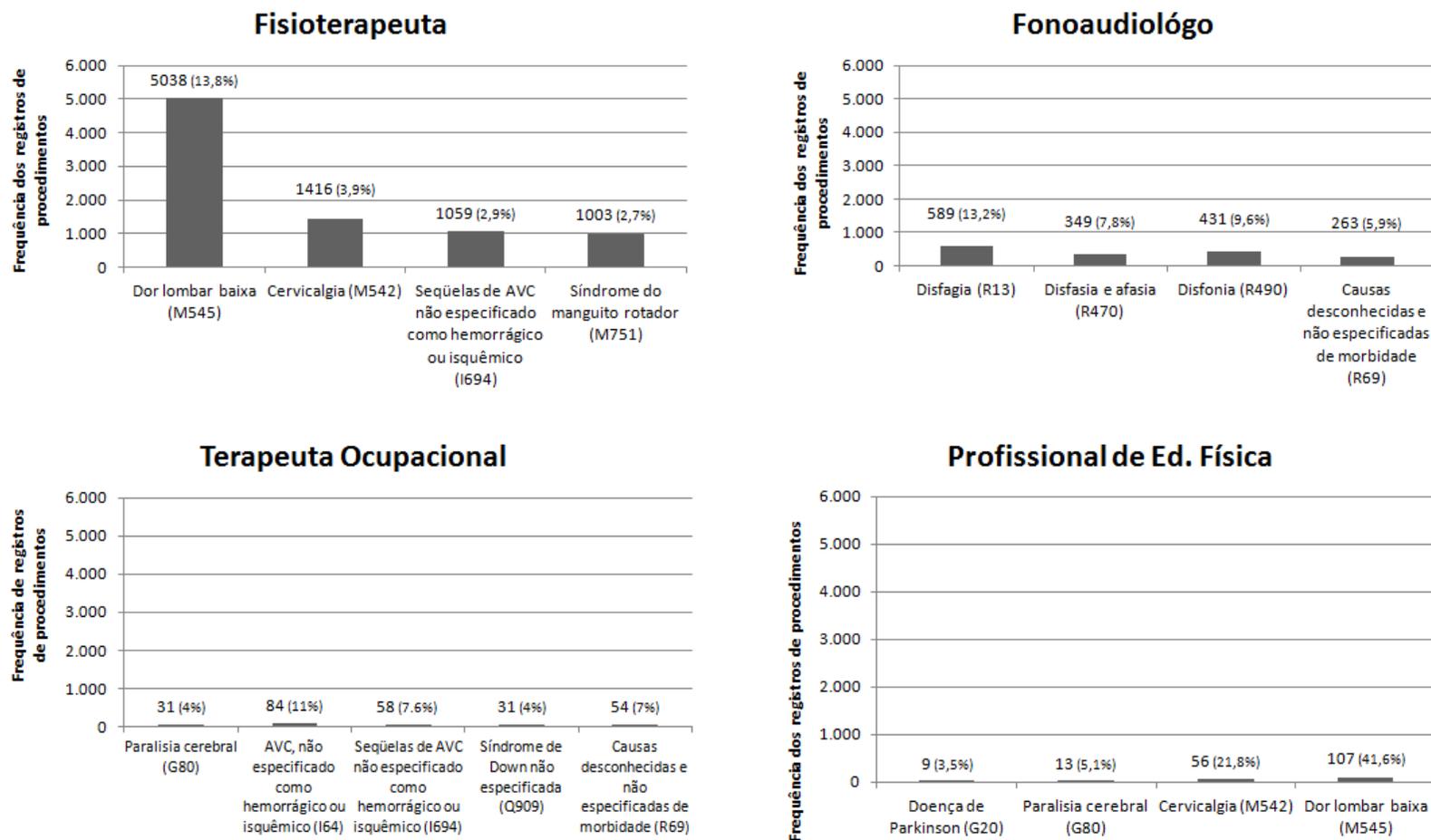
baixa; para fonoaudiólogo prevaleceu usuários com Disfagia; e para terapeuta ocupacional foram os usuários que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Figura 4).

**Tabela 6:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo Classificação Internacional da Doença (CID) e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Condição Acompanhada (CID)	CBO				Total
	FT	FG	TO	PEF	
6 - Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	5.018 13,7%	247 5,5%	199 25,9%	36 14,0%	<b>5.500</b> <b>13,1%</b>
8 - Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95)	7 < 0,1%	689 15,4%	1 0,1%	0 -	<b>697</b> <b>1,7%</b>
9 - Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	2.197 6,0%	76 1,7%	148 19,3%	6 2,3%	<b>2.427</b> <b>5,8%</b>
10 - Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	193 0,5%	35 0,8%	2 0,3%	1 0,4%	<b>231</b> <b>0,5%</b>
13 - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	23.716 64,7%	13 0,3%	118 15,4%	189 73,5%	<b>24.036</b> <b>57,0%</b>
14 - Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	70 0,2%	148 3,3%	0 -	2 0,8%	<b>220</b> <b>0,5%</b>
17 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	243 0,7%	371 8,3%	83 10,8%	6 2,3%	<b>703</b> <b>1,7%</b>
18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99)	239 0,7%	2.663 59,5%	102 13,3%	8 3,1%	<b>3.012</b> <b>7,1%</b>
19 - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98)	4.603 12,6%	10 0,2%	78 10,2%	1 0,4%	<b>4.692</b> <b>11,1%</b>
Outros Capítulos da CID	353 0,9%	222 4,9%	36 4,4%	8 2,7%	<b>619</b> <b>1,4%</b>
<b>Total</b>	<b>36.639</b> <b>100%</b>	<b>4.474</b> <b>100%</b>	<b>767</b> <b>100%</b>	<b>257</b> <b>100%</b>	<b>42.137</b> <b>100%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)

### Distribuição dos registros de procedimentos por condição do usuário atendido



**Figura 4:** Distribuição dos registros de procedimentos nas categorias profissionais na APS, por condição do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

### 5.3 Caracterização das práticas na APS

As práticas clínico-assistenciais (93,5%) predominaram, seguidas em menor frequência de promoção da saúde (5,3%), procedimentos com finalidade diagnóstica (procedimentos avaliativos) (1,2%) e prescrição de órteses, próteses e materiais especiais (tecnologias assistivas (0,01%) (Tabela 7). As clínico-assistenciais e de tecnologia assistiva foram mais realizadas por fisioterapeutas (80,4%; 92,2%); as de promoção da saúde e prevenção de agravo por profissionais de educação física (52,7%); e as diagnósticas por fonoaudiólogos (89,3%) (Figura 5). Mas todas as categorias profissionais tem maior frequência de registros de práticas clínicos-assistenciais (Tabela 7).

E mais especificamente por procedimento, em geral, os que tiveram destaque foram “Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras” (42,3%); “Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (exceto Médico)” (21,1%) e “Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes no Pré e Pós-Operatório nas Disfunções Músculo Esqueléticas” (7,4%); somente em 6ª e 7ª sexta posição encontra-se o procedimento “Prática Corporal/Atividade Física em Grupo” (3,3%) e “Consulta/Atendimento Domiciliar” (3,3%) (Tabela 7). Outro procedimento presente entre as dez primeiras práticas registradas, em uma quantidade inferior aos anteriores, foi o “Atendimento/acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor” (1,1%). Enquanto o procedimento denominado “Matriciamento de equipes de Atenção Básica” representou apenas 0,2% das práticas registradas. E por categoria profissional, os fonoaudiólogos e profissionais de educação física tiveram como procedimento mais registrado a “Consulta de Profissionais de Nível Superior na Atenção Básica (exceto Médico)”, os fisioterapeutas tiveram o “Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras”; e os terapeutas ocupacionais a “Terapia Individual” (Figura 6). No figura 6 constam os três procedimentos mais registrados por categoria profissional.

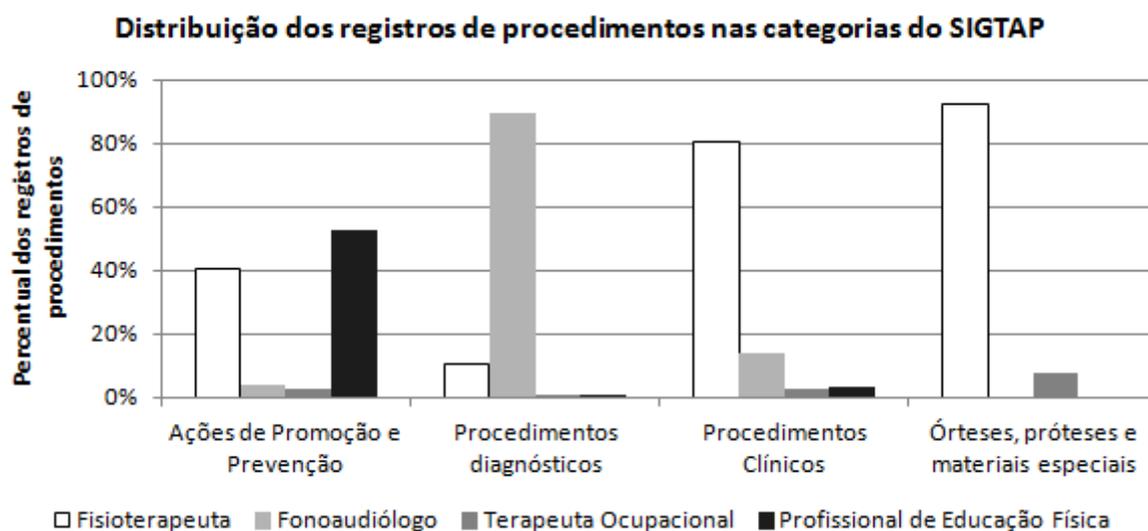
**Tabela 7:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Grupos SIGTAP	Descrição do Procedimento	CBO				Total
		FT	FG	TO	PEF	
Ações de Promoção e Prevenção	Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica	4.494	840	540	4.259	10.133
		0,4%	0,4%	1,6%	5,1%	0,7%
	Prática Corporal/Atividade Física em Grupo	13.016	3	500	32.329	45.848
		1,2%	< 0.1%	1,5%	39,0%	3,3%
	Visita Domiciliar/Institucional por profissional de nível superior	12.414	2.165	990	2.340	17.909
		1,2%	1,1%	2,9%	2,8%	1,3%
	Outras práticas de Promoção e Prevenção	19	1	2	50	72
		< 0.1%	< 0.1%	< 0.1%	0,1%	< 0.1%
<b>TOTAL PARCIAL</b>		<b>29.943</b>	<b>3.009</b>	<b>2.032</b>	<b>38.978</b>	<b>73.962</b>
		<b>2,8%</b>	<b>1,5%</b>	<b>6,0%</b>	<b>47,0%</b>	<b>5,3%</b>
Procedimentos com finalidade diagnóstica	Avaliação de Linguagem e Leitura	0	1.296	4	0	1.300
		-	0,7%	< 0.1%	-	0,1%
	Avaliação de Linguagem Oral	2	6.314	0	0	6.316
		< 0.1%	3,2%	-	-	0,5%
	Avaliação Funcional Muscular	1.617	0	0	64	1.681
		0,2%	-	-	0,1%	0,1%
	Avaliação Miofuncional de Sistema Estomatognático	0	5.214	0	0	5.214
		-	2,7%	-	-	0,4%
	Avaliação Vocal	0	1.025	0	0	1.025
		-	0,5%	-	-	0,1%
	Triagem Auditiva de Escolares	0	90	0	0	90
		-	< 0.1%	-	-	< 0.1%
	Outras praticas diagnósticas	60	712	0	0	772
		< 0.1%	0,4%	-	-	0,1%
<b>TOTAL PARCIAL</b>		<b>1.679</b>	<b>14.651</b>	<b>4</b>	<b>64</b>	<b>16.398</b>
		<b>0,2%</b>	<b>7,5%</b>	<b>&lt; 0.1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,2%</b>
Procedimentos Clínicos	Ações de Redução de Danos	0	818	168	88	1.074
		-	0,4%	0,5%	0,1%	0,1%
	Assistência Domiciliar por Equipe Multiprofissional	1.744	249	20	341	2.354
		0,2%	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%
	Atendimento/acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor	4.636	4.791	5.811	0	15.238
		0,4%	2,4%	17,0%	-	1,1%
	Atendimento Fisioterapêutico de paciente com Cuidados Paliativos	7.903	0	0	1	7.904
		0,7%	-	-	< 0.1%	0,6%
	Atendimento Fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo	2.812	0	0	0	2.812
		0,3%	-	-	-	0,2%
Atendimento Fisioterapêutico em paciente com Transtorno Respiratório sem complicações sistêmicas	8.057	0	0	0	8.057	
	0,8%	-	-	-	0,6%	
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes com Distúrbios Neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas	61.106	3	2	0	61.111	
	5,7%	< 0.1%	< 0.1%	-	4,4%	
Atendimento Fisioterapêutico em pacientes no pré e pós- operatório nas Disfunções Musculoesqueléticas	103.183	9	0	1	103.193	
	9,6%	< 0.1%	-	< 0.1%	7,4%	

Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras	586.222	83	12	4	586.321	
	54,6%	< 0.1%	< 0.1%	< 0.1%	42,3%	
Atendimento Fisioterapêutico nas Desordens do Desenvolvimento Neuromotor	10.321	0	0	0	10.321	
	1,0%	-	-	-	0,7%	
Consulta de Profissional de Nível Superior na Atenção Básica (exceto médico)	189.436	65.606	906	36.779	292.727	
	17,6%	33,5%	2,7%	44,3%	21,1%	
Consulta/Atendimento Domiciliar	31.240	6.379	4.101	3.985	45.705	
	2,9%	3,3%	12,0%	4,8%	3,3%	
Escuta Inicial/Orientação (Acolhimento à Demanda Espontânea)	4.230	1.943	329	855	7.357	
	0,4%	1,0%	1,0%	1,0%	0,5%	
Matriciamento de equipes da Atenção Básica	393	782	1.011	304	2.490	
	< 0.1%	0,4%	3,0%	0,4%	0,2%	
Sessão de Auriculoterapia	2.262	181	232	726	3.401	
	0,2%	0,1%	0,7%	0,9%	0,2%	
Terapia Fonoaudiológica Individual	19	41.521	0	0	41.540	
	< 0.1%	21,2%	-	-	3,0%	
Terapia Individual	54	50.822	16.889	179	67.944	
	< 0.1%	26,0%	49,5%	0,2%	4,9%	
Tratamento Conservador de Lesão Toraco-lombosacra s/ imobilização	2.456	0	0	0	2.456	
	0,2%	-	-	-	0,2%	
Tratamento em Reabilitação	13.395	100	302	0	13.797	
	1,2%	0,1%	0,9%	-	1,0%	
Visita Domiciliar por Profissional de Nível Superior	4.291	647	513	43	5.494	
	0,4%	0,3%	1,5%	0,1%	0,4%	
Outras práticas clínicas	8.014	3.990	1.804	623	14.431	
	0,7%	2,0%	5,3%	0,8%	1,0%	
<b>TOTAL PARCIAL</b>						
	<b>1.041.774</b>	<b>177.924</b>	<b>32.100</b>	<b>43.929</b>	<b>1.295.727</b>	
	<b>97,0%</b>	<b>91,0%</b>	<b>94,0%</b>	<b>52,9%</b>	<b>93,5%</b>	
Órteses, Próteses e Materiais Especiais	Andador Fixo/Articulado em alumínio com quatro ponteiros	16	0	0	0	16
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Bengala Canadense regulável em altura (par)	1	0	0	0	1
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Cadeira de Rodas Adulto/Infantil (tipo padrão)	15	0	1	0	16
		< 0.1%	-	< 0.1%	-	< 0.1%
	Cadeira de Rodas para banho com assento sanitário	14	0	0	0	14
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Mesa de atividades para cadeira de rodas (tábua mesa)	0	0	2	0	2
		-	-	< 0.1%	-	< 0.1%
	Muleta Axilar regulável de madeira (par)	5	0	0	0	5
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Muleta Axilar Tubular em alumínio regulável na altura	8	0	0	0	8
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Palmilha para sustentação dos arcos plantares números acima de 34 (par)	5	0	0	0	5
		< 0.1%	-	-	-	< 0.1%
	Outras práticas de órteses, próteses e materiais especiais	7	0	3	0	10
		< 0.1%	-	< 0.1%	-	< 0.1%
<b>TOTAL PARCIAL</b>						
	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>77</b>	
	< 0.1%	-	< 0.1%	-	< 0.1%	
<b>TOTAL</b>						
	<b>1.073.467</b>	<b>195.584</b>	<b>34.142</b>	<b>82.971</b>	<b>1.386.164</b>	

100% 100% 100% 100% 100%

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)



**Figura 5:** Distribuição dos registros de procedimentos nos grupos do SIGTAP, por categoria profissional, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Distribuição dos procedimentos mais registrados por categoria profissional na APS

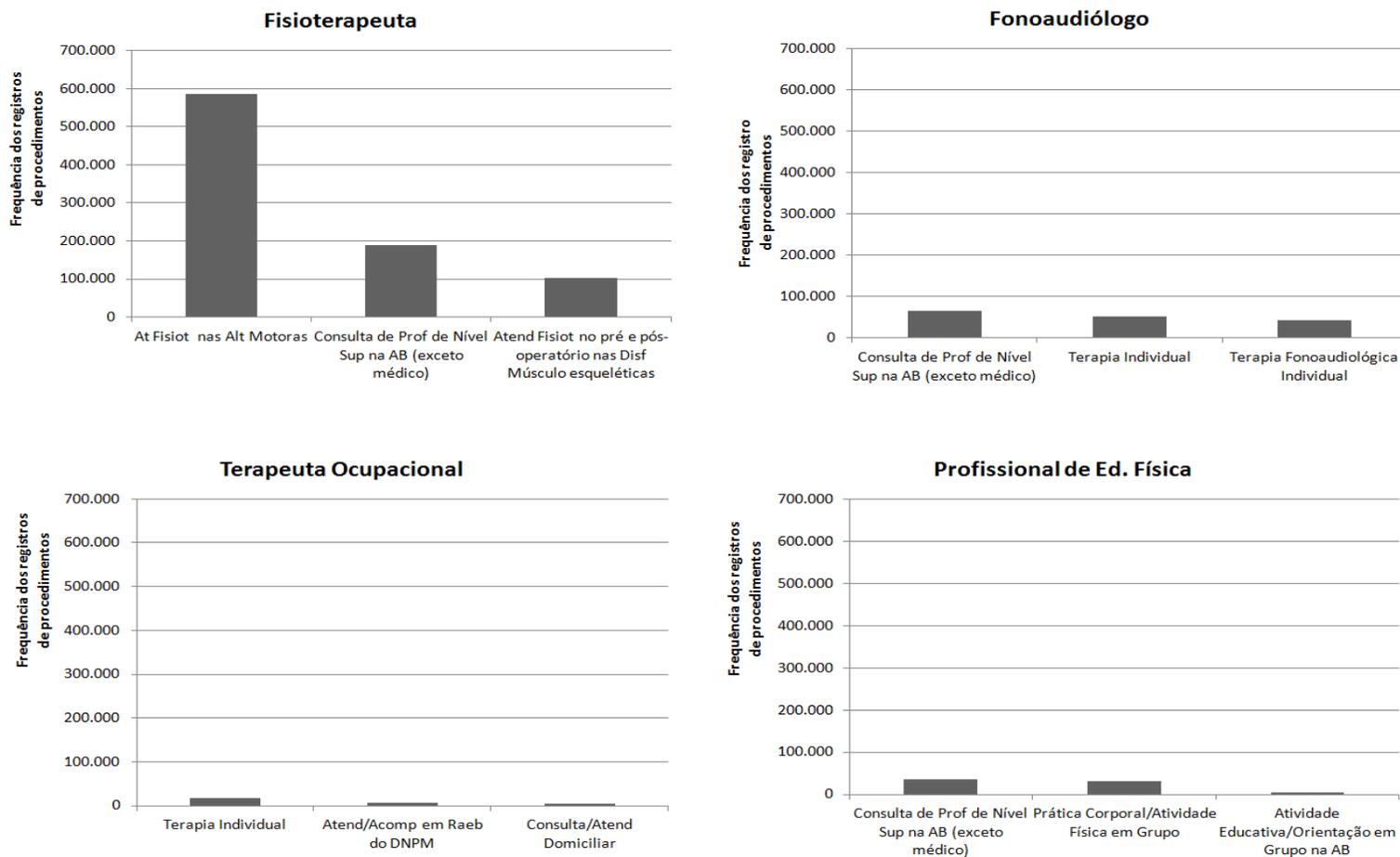


Figura 6: Distribuição dos procedimentos mais registrados por categoria profissional na APS, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Todas as equipes em que os profissionais estavam vinculados apresentaram maior frequência de registros de práticas clínico-assistenciais (Tabela 8). Com relação a realização de uma prática distinta, nos diferentes tipos de equipe, foi verificado que o NASF é a equipe em que os profissionais mais registraram ações de promoção da saúde e prevenção de agravo. Ao mesmo tempo que as práticas clínico-assistenciais foram mais registradas pelos profissionais que não estavam vinculados à equipes. Não foram registrados procedimentos avaliativos pelos profissionais cadastrados nas ECR; e prescrição de tecnologia assistiva por profissionais das EAB e ECR (Tabela 8).

**Tabela 8:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e equipes de saúde, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Equipes	Grupos SIGTAP				Total
	Ações de Promoção e Prevenção	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Procedimentos Clínicos	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Tecnologias Assistivas)	
ESF	1.715 2,3%	526 3,2%	96.714 7,5%	19 24,7%	<b>98.974</b> <b>7,1%</b>
EAB	296 0,4%	229 1,4%	4.993 0,4%	0 -	<b>5.518</b> <b>0,4%</b>
NASF	45.966 62,1%	5.070 30,9%	414.394 32,0%	2 2,6%	<b>465.432</b> <b>33,6%</b>
ECR	34 < 0,1%	0 -	1269 0,1%	0 -	<b>1303</b> <b>0,1%</b>
Não vinculados em equipe	25.951 35,1%	10.573 64,5%	778.357 60,1%	56 72,7%	<b>814.937</b> <b>58,8%</b>
<b>Total</b>	<b>73.962</b> <b>100,0%</b>	<b>16.398</b> <b>100,0%</b>	<b>1.295.727</b> <b>100,0%</b>	<b>77</b> <b>100,0%</b>	<b>1.386.164</b> <b>100,0%</b>

(ESF=Equipe de Saúde da Família; EAB=Equipe de Atenção Básica; NASF=Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ECR=Equipe de Consultório na Rua; Sem vínculo em equipe=registro de profissional cadastrado somente no estabelecimento)

Foi constatado que para adultos (94,6%), idosos (90,7%), adolescentes (95,1%) e crianças (94,5%) as práticas ofertadas com mais frequência, pelos profissionais, foram as clínico-assistenciais; e como segunda prática ofertada estão as ações de promoção, sendo que somente para as crianças a segunda prática são os procedimentos diagnósticos. (Tabela 9). Na distribuição das faixas etárias em determinada prática verificou-se que nas clínico-assistenciais e de tecnologia assistiva existiram mais atendimentos à adultos; nas de

promoção da saúde e prevenção de agravo prevaleceram os atendimentos ao idoso; e nas práticas diagnósticas, os atendimentos foram voltados às crianças. O adolescente é a faixa etária que menos apresentou atendimentos nas práticas de tecnologia assistiva, clínico-assistenciais e de promoção.

**Tabela 9:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e faixa etária do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Grupos SIGTAP	Faixa Etária				Total
	0 a 9	10 a 19	20 a 59	60 e mais	
Ações de Promoção e Prevenção	6.328	2.229	28.997	36.408	<b>73.962</b>
	1,9%	2,8%	5,1%	9,0%	<b>5,3%</b>
Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	11.879	1.712	1.698	1.109	<b>16.398</b>
	3,6%	2,1%	0,3%	0,3%	<b>1,2%</b>
Procedimentos Clínicos	314.927	75.794	539.316	365.690	<b>1.295.727</b>
	94,5%	95,1%	94,6%	90,7%	<b>93,5%</b>
Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Tecnologias Assistivas)	10	2	39	26	<b>77</b>
	<0.1%	<0.1%	<0.1%	<0.1%	<b>&lt;0.1%</b>
<b>Total</b>	<b>333.144</b>	<b>79.737</b>	<b>570.050</b>	<b>403.233</b>	<b>1.386.164</b>
	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Tanto para o sexo feminino (92,1%) como para o masculino (95,7%) houve maior registro de práticas clínico-assistenciais (Tabela 10). Porém quando analisado a frequência dos atendimentos nas práticas específicas, detectou-se mais atendimentos a mulheres nas práticas de promoção e clínico-assistenciais; e por outro lado, mais atendimentos aos homens nas práticas diagnósticas e de tecnologia assistiva.

**Tabela 10:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupo do SIGTAP e sexo do usuário atendido, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Grupos SIGTAP	Sexo				Total
	Feminino	Masculino	Ignorado	Não Informado	
Ações de Promoção e prevenção	57.566 7,0%	14.849 2,6%	65 6,0%	741 64,5%	<b>73.221</b> <b>5,3%</b>
Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	7.101 0,9%	9.297 1,7%	0 -	0 -	<b>16.398</b> <b>1,2%</b>
Procedimentos Clínicos	755.511 92,1%	538.360 95,7%	1.015 94,0%	407 35,5%	<b>1.295.293</b> <b>93,5%</b>
Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Tecnologias Assistivas)	31 < 0.1%	46 < 0.1%	0 -	0 -	<b>77</b> <b>&lt; 0.1%</b>
<b>Total</b>	<b>820.209</b> <b>100,0%</b>	<b>562.552</b> <b>100,0%</b>	<b>1.080</b> <b>100,0%</b>	<b>1.148</b> <b>100,0%</b>	<b>1.384.989</b> <b>100,0%</b>

A UBS (87,9%) e o domicílio (5,4%) foram o locais do território de abrangência mais utilizados para a realização das práticas.(Tabela 11). Diferente dos demais locais de atendimento, nos Polos de Academia da Saúde (7,4%) e nas Unidades Socioeducativas (0,3%) foram identificados mais registros de práticas de promoção da saúde; quando na maioria dos locais foram as práticas clínico-assistenciais que predominaram.

**Tabela 11:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo grupos do SIGTAP e local de atendimento, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

Local de Atendimento	Grupos SIGTAP				Total
	Ações de Promoção e Prevenção	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	Procedimentos Clínicos	Órteses, Próteses e Materiais Especiais (Tecnologias Assistivas)	
UBS	41.799 56,5%	14.616 89,1%	1.161.558 89,6%	76 98,7%	<b>1.218.049</b> <b>87,9%</b>
Unidade móvel	3 < 0,1%	23 0,1%	222 < 0,1%	0 -	<b>248</b> <b>&lt; 0,1%</b>
Rua	528 0,7%	0 -	737 0,1%	0 -	<b>1.265</b> <b>0,1%</b>
Domicílio	8.698 11,8%	492 3,0%	65.909 5,1%	0 -	<b>75.099</b> <b>5,4%</b>
Escola/creche	111 0,2%	157 1,0%	983 0,1%	0 -	<b>1.251</b> <b>0,1%</b>
Outros	16.614 22,5%	1.058 6,5%	56.254 4,3%	1 1,3%	<b>73.927</b> <b>5,3%</b>
Polo Academia da Saúde	5.509 7,4%	17 0,1%	4.224 0,3%	0 -	<b>9.750</b> <b>0,7%</b>
Instituição/abrigo	442 0,6%	24 0,1%	5.777 0,4%	0 -	<b>6.243</b> <b>0,5%</b>
Unidade prisional ou congêneres	1 < 0,1%	0 -	7 < 0,1%	0 -	<b>8</b> <b>&lt; 0,1%</b>
Unidade socioeducativa	257 0,3%	11 0,1%	44 < 0,1%	0 -	<b>312</b> <b>&lt; 0,1%</b>
Hospital	0 -	0 -	11 < 0,1%	0 -	<b>11</b> <b>&lt; 0,1%</b>
Emergência hospital SOS	0 -	0 -	1 < 0,1%	0 -	<b>1</b> <b>&lt; 0,1%</b>
<b>Total</b>	<b>73.962</b> <b>100,0%</b>	<b>16.398</b> <b>100,0%</b>	<b>1.295.727</b> <b>100,0%</b>	<b>77</b> <b>100,0%</b>	<b>1.386.164</b> <b>100,0%</b>

Para todas as categorias profissionais a UBS foi o primeiro local de escolha para a oferta da prática (Tabela 12). Grande parte dos locais de atendimentos apresentaram maior frequência de registros de fisioterapeutas; se destacando também os registros de fonoaudiólogos para os atendimentos na Rua, nas Escolas/Creches e nas Instituições/Abrigos.

**Tabela 12:** Frequência e porcentagem dos registros de procedimentos realizados na APS, segundo categoria profissional e local de atendimento, no Brasil, no período de set/2016 a set/2017.

CBO	Local de Atendimento												Total
	UBS	Unidade móvel	Rua	Domicílio	Escola/creche	Outros	Polo Academia da Saúde	Instituição/abrigo	Unidade prisional ou congêneres	Unidade socioeducativa	Hospital	Emergência hospital SOS	
FT	955.869	195	108	57.684	241	51.630	5.026	2.454	6	242	11	1	<b>1.073.467</b>
	78,5%	78,6%	8,5%	76,8%	19,3%	69,8%	51,5%	39,3%	75,0%	77,6%	100%	100%	<b>77,4%</b>
FG	173.873	30	584	8.501	870	8.435	44	3.236	0	11	0	0	<b>195.584</b>
	14,3%	12,1%	46,2%	11,3%	69,5%	11,4%	0,5%	51,8%	-	3,5%	-	-	<b>14,1%</b>
TO	27.190	1	21	4.725	70	2.069	1	37	1	27	0	0	<b>34.142</b>
	2,2%	0,4%	1,7%	6,3%	5,6%	2,8%	<0,1%	0,6%	12,5%	8,7%	-	-	<b>2,5%</b>
PEF	61.117	22	552	4.189	70	11.793	4.679	516	1	32	0	0	<b>82.971</b>
	5,0%	8,9%	43,6%	5,6%	5,6%	16,0%	48,0%	8,3%	12,5%	10,3%	-	-	<b>6,0%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.218.049</b>	<b>248</b>	<b>1.265</b>	<b>75.099</b>	<b>1.251</b>	<b>73.927</b>	<b>9.750</b>	<b>6.243</b>	<b>8</b>	<b>312</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1.386.164</b>
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

(FT=Fisioterapeuta; FG=Fonoaudiólogo; TO=Terapeuta Ocupacional; PEF=Profissional de Educação Física)

## 6. DISCUSSÃO

Os achados desse estudo demonstraram a predominância de práticas clínico-assistenciais, com a maior frequência dos registros na região Sudeste, advindos de profissionais cadastrados em Centro de Saúde/Unidade Básica (CS/UBS) e em grande parte não vinculados em equipe. Prevaleram o acompanhamento às condições osteomusculares, em mulheres, entre 20 a 59 anos, com a maioria dos atendimentos realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS). E o maior número de registro foi observado entre os fisioterapeutas.

### 6.1 Distribuição das práticas por local geográfico, estabelecimento e equipes de saúde

Ao analisar a dinâmica da distribuição regional, a concentração de dados de saúde no Sudeste e a precarização de informação na região Norte se assemelham aos achados de outros estudos (11,92–94), sejam esses sobre informações a cerca do escopo de práticas ou de provimento de profissionais. Essa dinâmica desigual pode ser influenciada pela distribuição geográfica, social e institucional dos recursos humanos (75,92,93). Fatores de organização da rede de saúde e de centralização de instituições de ensino superior ou outros fatores de aspectos políticos e econômicos interferem na aglutinação de profissionais em determinadas regiões (92,93).

Porém, outras pesquisas revelam que está ocorrendo um incremento significativo (maior que 70%) das categorias profissionais que podem compor o NASF, em detrimento dos enfermeiros e médicos (75), o que pode ocasionar transformações nessa distribuição geográfica atualmente encontrada nesse estudo. Carvalho et al (2018) identificou que fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, psicólogos e terapeutas ocupacionais cresceram acima de 100% na região Nordeste, indicando as maiores taxas de crescimento das ocupações de nível superior (75). Assim, como Viégas et al (2018) que verificou, entre 2005 e 2015, a maior variação de fonoaudiólogos no Nordeste (94). De forma cautelosa, Rodes et al (2017) destaca, que apesar de crescente, a disponibilidade de fisioterapeuta, de fonoaudiólogo e de terapeuta ocupacional no Brasil ainda não é suficiente quando analisado a relação de profissional por mil habitantes, além das discrepâncias entre os níveis assistenciais (95). O Relatório Mundial sobre a Deficiência também descreve sobre a escassez de recursos humanos para práticas de reabilitação (2). E também no âmbito internacional, Gupta et al (2011) relata amplas disparidades no fornecimento de

profissionais de saúde relacionados à reabilitação, apesar de não existir um parâmetro para densidade mínima dessas categorias de trabalhadores (38).

Em destaque nesse estudo alguns profissionais que atuam nos processos de reabilitação, os fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física demonstraram menor número de registros de procedimentos no Norte e Centro-Oeste, não apresentando informações em alguns estados. Enquanto para os fisioterapeutas as regiões com baixa quantidade de procedimentos foram o Norte e Nordeste. No aspecto de maior expressividade de procedimentos na APS, São Paulo sobressai para maioria das categorias, mas somente os profissionais de educação física destoam, com a maior quantidade no estado do Paraná. Essa diferenciação dos profissionais de educação física pode ter tido influência do crescimento considerável dessa categoria na região Sul, conforme identificado nos estudos de Carvalho et al (2018) (75).

Em estudos que analisaram as práticas de médicos e enfermeiras, foi verificado o contrário, os profissionais atuantes em regiões de saúde do Norte e Nordeste realizaram maior quantidade e variedade de procedimentos, o que foi justificado pela necessidade de otimizar o trabalho em regiões mais remotas e desassistidas (67). E dados do Ministério da Saúde, no mesmo período do presente estudo, mostram que a região Nordeste (83.68%), Sul (77.64%) e Norte (69.45%) possuíam as melhores coberturas de Atenção Básica do país, respectivamente (24). Nessa perspectiva também é relevante analisar que o Nordeste com maior cobertura de AB, foi um dos lugares que menos apresentou informação. E quando se verifica sob a ótica da presença de NASF, a região com maior percentual de NASF (41,72%) existentes em setembro de 2017 (24), também o Nordeste, foi uma das regiões que menos apresentou dados sobre a práticas desses profissionais estudados.

Essa observação direciona para um outro fator que também influencia a desigual distribuição de informação sobre as práticas em saúde, que são as condições de infraestrutura e logística para implementação de sistemas de informação (96). A fragilidade do registro ou a não utilização de sistema de informação repercutem nas análises de gestão em saúde e nas tomadas de decisão (2,3,10,38,96). Nesse sentido, pesquisas apontam que os investimentos em políticas de informação e na implementação de meios que aprimorem a sistematização dos registros podem diminuir as dificuldades enfrentadas pelos gestores e profissionais de saúde na operacionalização de sistemas de informação, e conseqüentemente na análise dos dados e disseminação das informações de ações em saúde (2,10,38,81,97). Além disso, melhorias na disponibilidade e confiabilidade dos dados é fundamental para desenvolvimento de estratégias com base em evidência (38,81).

A qualidade de serviços e práticas de saúde sofre interferência das questões econômicas e sociais, o que repercute nas diferentes ofertas por região do país (73). As desigualdades sociais e o menor desenvolvimento socioeconômico dos territórios reverberam também na capacidade local de investimento nas políticas de saúde (73), por meio de aporte financeiro para melhorias de infraestrutura, aquisição de insumos e equipamentos, qualificação de recursos humanos, incorporação de tecnologias de informação e ampliação do escopo de práticas (18). Essa percepção foi verificada por Giovanella et al (2017), em estudo que avaliou a qualidade das unidades de saúde da APS, e detectou uma distribuição regional específica, com as unidades de saúde de qualidade reprovada representando quase um terço das unidades do Norte; enquanto dois terços das unidades avaliadas de boa qualidade estavam situadas no Sul e Sudeste, sendo estas, regiões de maior desenvolvimento socioeconômico (73). Essa análise reafirma que o contexto social pode ser barreira ou facilitador no cuidado as condições de saúde (4), compreendendo que as diferenças regionais em relação desigualdades sociais podem ser um dos determinantes na prestação dos serviços de saúde (45,73).

No presente estudo houve maior número de registro dos procedimentos da fisioterapia, o que caminha ao encontro dos resultados da pesquisa de Rodes et al (2017) que verificou, no Brasil, o maior acesso a esta categoria quando comparada com a fonoaudiologia e a terapia ocupacional (95). A tendência de maior visibilidade às informações relacionadas a fisioterapia também foi verificada em pesquisa que contemplou a investigação de vários países sobre a oferta de recursos humanos na área da reabilitação (38). Mais especificamente na APS brasileira, vem ocorrendo o aumento da participação de outras categorias profissionais, em decorrência da implantação de estratégias como NASF e ECR, os quais incorporam fonoaudiólogos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros (75). Entretanto, o acesso ainda é desigual se tratando das categorias que atuam nos processos de reabilitação (95). Rodes et al (2017) demonstra que também há crescimento de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais em todos os níveis de atenção no Brasil (95).

Partindo do pressuposto que a UBS é o estabelecimento predominante na APS (75), e de forma a confirmar essa ideia, os registros desse estudo foram oriundos em sua maioria de CS/UBS. As UBS, como infraestrutura e ambiência para a realização da prática profissional na APS, podem conter equipes de saúde (18), ou não quando não estão baseadas na Estratégia de Saúde da Família como orientadora da APS (60,75). Com esse entendimento, verificou-se que as práticas registradas são mais de profissionais que não estão vinculados em equipes, o que denota uma lacuna ainda

existente na participação dessas categorias profissionais no modelo de saúde fomentado pela PNAB, a qual contempla a atuação em equipes como NASF, ECR e outras. Os profissionais de educação física foram os que tiveram mais atuação vinculada em equipe, com expressividade de registro no NASF.

Entre os registros advindos de equipes, vale destacar o NASF como uma equipe que se mostrou incorporar os processos de reabilitação (95), apresentando o maior número de práticas entre as equipes. Um fenômeno a ser observado é que as práticas de fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais foram mais notórias nas ECR, o que dialoga com o achado de Carvalho et al (2018), quando verifica que o crescimento de algumas profissões podem estar sendo impulsionadas pela criação do Consultório na Rua (75). De outro modo, as práticas de fisioterapeutas e fonoaudiólogos foram as mais presentes no NASF, na ESF e na EAB. Os achados relacionados as EAB, equipes que se organizam diferente da ESF, foram predominantes no Sudeste, assim como os de profissionais sem vinculação em equipe, demonstrando possível interferência da baixa cobertura de APS nessa região (24), muito em decorrência da resistência ao modelo da Estratégia de Saúde da Família (51). E as práticas registradas no NASF tiveram uma melhor distribuição, entre Sul, Sudeste e Nordeste, coincidindo inversamente com as três regiões onde há maior existência de NASF (24).

A presença de práticas em ESF, EAB e até mesmo em estabelecimentos da APS que não contem equipe, ou seja, em arranjos organizacionais diferentes dos esperados como é no NASF, demonstram a existência de demanda relacionada a diminuição ou perda de funcionalidade, reforçando o que a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS), e nacionalmente a Lei Brasileira de Inclusão, a PNAB e outras normativas, estabelecem quanto a necessidade da oferta de cuidados em reabilitação na APS, ou seja, de práticas em saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, com perspectiva territorializada (1–3,10,13,18,48).

## **6.2 Caracterização da população assistida**

Semelhante aos achados de outros estudos sobre a utilização dos serviços de Atenção Primária, os atendimentos à população feminina superou a masculina (60,98–101). Essa é uma característica comum aos serviços de saúde, ocasionando a reflexão sobre as questões de gênero nas necessidades em saúde e conseqüentemente na oferta de cuidados (102,103). E nessa perspectiva, as questões

históricas e culturais de gênero, entre essas a compreensão do cuidado ainda como uma dimensão do feminino ou a própria cultura patriarcal que impõe uma relação do homem como o provedor e com isso coloca a dimensão do trabalho como uma das principais preocupações masculinas, justifiquem os achados desse estudo, que sugerem menor procura dos homens pelos serviços de saúde (98,99,102,104). O que aponta para uma reflexão sobre a organização dos serviços da APS, que tradicionalmente funcionam em horário comercial, muitas vezes, coincidindo com a jornada de trabalho, e favorecendo a negligência da atenção para o autocuidado masculino (98,99,102,104).

Apesar da APS se revelar um espaço assistencial feminilizado (103), no estudo, especificamente os atendimentos dos fonoaudiólogos se distanciaram dessa realidade, prevalendo os cuidados ao sexo masculino. A predominância do sexo masculino entre os usuários atendidos por fonoaudiólogos é comum no Sistema Único de Saúde (105–107). Apesar de não existir estudo que comprove a relação entre o sexo masculino e as alterações fonoaudiológicas, há um debate na literatura científica sobre a diferença na aquisição e o desenvolvimento da linguagem entre os sexos (108,109), sendo a maturação cerebral masculina mais lenta (105,108,109). As demais categorias profissionais estudadas corroboram com as pesquisas que revelam predomínio de atendimento ao sexo feminino na APS (25,60,98,101), como também reflete o atendimento as demandas funcionais da população feminina, que segundo Censo Demográfico Brasileiro (2010) e a Pesquisa Nacional de Saúde (2013) é a população com maior prevalência de deficiências no Brasil (7,8), semelhante aos achados globais das análises sistemáticas anuais dos anos vividos com incapacidade (YLD) do Estudo da Carga da Doença (GBD 2015, 2016, 2017) (5,6,110).

Os achados relacionados aos ciclos de vida estão de acordo ao descrito em outros estudos sobre o perfil dos usuários da APS (60,101,111,112), em que o maior percentual de usuários acompanhados encontravam-se na faixa etária entre 20 a 59 anos, caracterizando-se como adultos em idade economicamente ativa. Essa faixa etária, seguida da faixa etária acima de 60 anos (idosos) foram as mais presentes entre os atendimentos das categorias pesquisadas, trazendo ao cerne da discussão o processo sobre as atividades e participação social das pessoas com alterações funcionais no mundo do trabalho (4,113,114) e as repercussões da transição demográfica decorrente do envelhecimento populacional (7). A discussão em torno dessa temática é fundamental, visto que as limitações funcionais podem se somar as barreiras ambientais e ocasionar diminuição da participação social e conseqüentemente desigualdade de oportunidades (114). O Censo 2010 aponta que o nível de ocupação de pessoas que declararam alguma alteração funcional (física,

visual, aditiva, intelectual) foi de 46,2% comparada à 53,3% daquelas que não declaram (7). Por isso, é preciso um conjunto de ações como oferta de serviços de saúde para acesso precoce ao atendimento, formação profissional orientada pelo modelo social, além de e outros dispositivos que diminuem ou eliminam as barreiras relacionadas ao contexto ambiental/social (4,48,113,114).

O maior percentual de atendimentos fisioterapêuticos e de profissionais de educação física à pessoas adultas na APS (115,116) pode ser explicado pela prevalência de queixas osteomusculares nessa faixa etária de usuários que procuram as UBS (99). No Estudo Global da Carga da Doença de 2015 (GBD 2015), também foi verificado que os distúrbios osteomusculares foram mais frequentes em adultos de meia-idade (5). Entre os distúrbios osteomusculares é comum a concentração dos anos vividos com incapacidade (YLD) na faixa etária de 20 à 54 anos (6). Os fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais atenderam mais crianças, cenário também identificado por LIMA BARROS et al (2010) no se refere ao perfil de usuários acompanhados fonoaudiólogos em um serviço especializado e divergente do encontrado por Figueiredo et al (2018) no serviço de atenção domiciliar em que predominou idoso (107,109). Enquanto para Dos Reis et al (2014) e CABRAL et al (2017) também foi comum ações direcionadas às crianças por parte dos terapeutas ocupacionais na APS (117,118). A prevalência do público infantil relacionado aos atendimentos dos fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais pode estar associado a forte atuação dessas categorias profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (117,119,120), sendo a puericultura uma prática historicamente estabelecida na APS (117).

A condição osteomuscular foi a morbidade mais presente entre os os usuários acompanhados, o que é quase sempre encontrado entre as morbidades da população atendida na APS (67,101,111,112). A dor lombar e a cervicalgia foram os agravos osteomusculares mais frequentes, corroborando com o Estudo Global da Carga da Doença (GBD 2015), que apontou essas condições osteomusculares como as principais motivadoras de incapacidade entre os anos de 2005 e 2015 (5), com a permanência da dor lombar no topo do YLD também em 2016 e 2017 (6,110). Essa situação enquadra a dor lombar como um importante problema de saúde pública, sendo essa condição osteomuscular o principal motivo de anos vividos com incapacidade e da alta taxa de absenteísmo (121)). O que revela perspectivas mundiais de aumento dos impactos funcionais e econômicos relacionados a dor lombar (121). Os cuidados em saúde direcionados as limitações funcionais associados a lombalgia requer o entendimento de que a incapacidade é indissociável do contexto social e econômico, pois as pessoas em situação de vulnerabilidade social são as

mais acometidas (122). O acesso aos serviços de saúde ou ao tratamento adequado em tempo oportuno pode ser prejudicado a depender do contexto (122).

Mesmo em menor frequência, as condições neuromusculares, segunda condição encontrada, também dialoga com o perfil epidemiológico da APS, em que prevalece as condições de saúde crônicas como hipertensão e diabetes (69,101,111,112), que são fatores de risco para as doenças cerebrovasculares (AVC), muitas vezes, geradoras de alterações neuromusculares (123). E o estudo identificou as sequelas de AVC como o agravo neuromuscular mais frequente, o que pode significar implicações nas atividades diárias e laborais dos indivíduos acometidos (123). Nesse sentido, a produção de cuidados na APS deve contemplar tanto práticas que potencializem as capacidades funcionais como a prevenção relacionada aos fatores de risco, entendendo que os hábitos de vida e o envelhecimento influenciam a transição epidemiológica, que apresenta atualmente as condições de saúde crônicas como as principais responsáveis pela morbimortalidade nacional e internacional (6,123).

De certa forma, o estudo revela que as práticas das categorias profissionais investigadas tem respondido à morbidades prevalentes no cenário epidemiológico nacional e mundial. Como no caso da dorsalgia com limitação de atividade, que a prevalência pontual global foi de 7,3% em 2015, representando 540 milhões de pessoas (121). E em 2007 no Brasil, foi o principal motivo de aposentadoria, com a taxa de incidência de dor nas costas como causa das aposentadorias por incapacidade de 29,96 por 100.000 contribuintes (124); e em 2008, a prevalência de benefícios por incapacidade referentes aos distúrbios osteomusculares foi de 93,6/10.000 entre os trabalhadores do setor privado, apresentando-se como causa frequente de restrição da participação para o trabalho no Brasil (125). No tocante ao impacto social dessa morbidade cabe futura investigação avaliativa sobre a influência das práticas adotadas na APS, mais especificamente por fisioterapeutas e profissionais de educação física, na melhoria da funcionalidade em relação à atividade e participação dos usuários. Sendo pontuado por BUCHBINDER et al (2018) a necessidade da articulação interesetorial na oferta de cuidados, já que a incapacidade por dor lombar afeta comumente o emprego informal (122).

Tanto a disfagia quanto as sequelas do AVC, agravos comum as práticas dos fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais na APS nesse estudo respectivamente, são condições mais frequentes na faixa etária de 60 anos (107,123), o que diverge do encontrado nessa pesquisa, em que a maioria dos usuários atendidos por essas categorias foram crianças. Isso pode ser esclarecido pela limitação do estudo referente as fontes de extração dos dados no SISAB ter sido de forma desagregada

por atendimento e não por Cartão Nacional do SUS (CNS), o que não permite a análise do dado exclusivo da ficha de atendimento individual (condição acompanhada) com os dados da ficha de procedimento (faixa etária, sexo e procedimento). Essa limitação somente permite a descrição isolada das variáveis faixa etária e condição acompanhada, não havendo possibilidade da verificação da condição acompanhada (CID) mais frequente na faixa etária de 0 a 9 anos. A literatura científica aponta que entre o público infantil são comuns os desvios fonológicos para os fonoaudiólogos e as alterações no desenvolvimento infantil para os terapeutas ocupacionais (108,109,117,119,120). O achado e a limitação sugerem que o registro da ficha de atendimento individual pelos profissionais pode não ser acompanhada do registro da ficha de procedimento e vice-versa.

O perfil encontrado está de acordo aos achados de outras pesquisas sobre a população assistida na APS de modo geral, e quando analisada pelo recorte das categorias estudadas também se aproxima dos resultados dos estudos de núcleo profissional. Além das características observadas suscitarem reflexões sobre as necessidades em saúde no campo da reabilitação e sobre a qualificação dos profissionais para atuação nesse locus de atenção à saúde. Outro fato que merece atenção enquanto um resultado positivo é a relação da principal demanda atendida com o quadro de morbidade quem vem se apresentando como problemas de saúde aos sistemas de saúde do mundo, inclusive do Brasil. A utilização dos serviços de saúde é resultado da necessidade dos usuários, da atuação dos profissionais e da oferta de serviços (60). E sendo a APS uma das principais portas de acesso ao sistema de saúde, o entendimento das características dos usuários é essencial para o planejamento e organização em saúde na medida que essas informações podem contribuir para que a gestão qualifique o serviço (60).

### **6.3 Caracterização das práticas na APS**

Entre as práticas encontradas, as clínico-assistenciais foram predominantes, o que parece ser uma característica comum ao escopo de prática dos profissionais que atuam na APS (74,126,127). No entanto, para uma APS resolutiva e ampliada é necessário integrar tanto o manejo de condições de saúde como ações promotoras de saúde e preventivas, na perspectiva dos determinantes sociais em saúde (18,128). Contudo, esse resultado desnuda alguns pontos que merecem ser discutidos sobre as práticas da APS, como a possível existência de demanda reprimida de cuidados

assistenciais em decorrência, muitas vezes, da fragilidade da rede de atenção secundária, o que ocasiona a execução de algumas práticas em detrimento de outras (92,99,126); ou a histórica formação profissional orientada a luz do modelo biologicista e fragmentado do cuidado (34,126,129) e também a precariedade e subregistro das informações, que prejudicam as análises em saúde (96,97). Esses pontos podem ter influenciado no resultado do escopo de práticas encontrado, refletindo na menor ocorrência das práticas de promoção, prevenção, avaliação e prescrição de tecnologias assistivas.

Os achados evidenciam um modelo de cuidado na APS ainda em torno do paradigma biomédico e segmentado (128), quando o preconizado é o uso das diversas tecnologias de cuidado e de gestão para a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades (18). Essa fragmentação das práticas se constitui um desafio para a oferta de saúde no contexto que se traduz na necessidade da amplitude das intervenções em relação aos determinantes sociais em saúde (128). E com a discrepância observada entre as práticas ofertadas pelas categorias profissionais na APS, o estudo sugere a necessidade de equilíbrio e ampliação entre as estratégias de cuidado adotadas.

Nessa perspectiva do cuidado, que atenda as especificidades sociais tanto individuais como coletivas (128), a grande ocorrência das práticas relacionadas aos aspectos motores responde as condições osteomusculares que também se apresentaram de forma prevalente no que se refere ao perfil do usuário atendido pelos profissionais estudados. De certa maneira, nosso estudo revela que as demandas de grande prevalência estão sendo atendidas na APS, o que sugere uma atuação direcionada para os reais problemas de saúde da população. E no tocante as essas práticas voltadas aos aspectos osteomusculares, os fisioterapeutas, assim como o encontrado em outros estudos (65,99,115) tiveram expressividade de atuação. Com a alta prevalência das queixas osteomusculares faz-se necessário pensar sobre os cuidados a essa condição de saúde (99), sendo que diretrizes internacionais recomendam o manejo da lombalgia, por exemplo, na Atenção Primária (115,130), cuidados estes que o fisioterapeuta pode ter contribuição efetiva (99,115).

Embora as práticas clínicas-assistenciais tenham ocupado a maior parcela da atuação das categorias profissionais investigadas, houve algumas diferenças no escopo de práticas desses profissionais, mesmo que o desenho dessa pesquisa não tenha a finalidade de comparar. Assim como verificado por FONSECA et al (2016), para os fisioterapeutas que atuam na APS tem prevalecido as práticas clínico-assistenciais (131). Já os profissionais de educação física, muito pela influência de políticas e programas, como Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o

Programa Academia da Saúde, se destacaram nas práticas de promoção e prevenção (66). Uma curiosidade foi a marcante presença de práticas diagnósticas (avaliativas) na atuação do fonoaudiólogo, essa relação pode ser resultante da atuação dos fonoaudiólogos na detecção precoce de alterações no desenvolvimento da linguagem e audição (127). E diferente do esperado (35,119), os terapeutas ocupacionais não foram os que se sobressairam nas práticas relacionadas as tecnologias assistivas. Essa diferenças podem ser resultado da realidade epidemiológica local, das subjetividades e experiências dos profissionais, da expertise de cada categoria e também da conformação dos serviços (67).

No intuito de alcançar a resolutividade na oferta de cuidados na APS, há a orientação sobre a utilização de diversas tecnologias de cuidado, tanto individual como coletiva, de caráter clínico, sanitário e pedagógico (18). Nesse sentido, de acordo as estratégias de cuidado da APS (18), as práticas clínico-assistenciais registradas, podem ser caracterizadas como atendimento, tanto individual como em grupo (18,21), às condições osteomusculares, neuromusculares, respiratórias, atenção domiciliar, cuidados paliativos, práticas integrativas complementares, entre outras. Enquanto as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravo caracterizaram-se mais por atendimento em grupo ou atividades coletivas relacionadas a educação em saúde, práticas integrativas complementares e atenção domiciliar. Já os procedimentos com finalidade diagnóstica podem ser tipificados como procedimentos avaliativos. E as práticas de prescrição de órteses, próteses e materiais especiais como tecnologias assistivas. Além de outras práticas gerenciais que podem ser compreendidas no campo da organização do processo de trabalho e da oferta do serviço, como acolhimento, busca ativa, articulação intersetorial e outras.

Entretanto, no detalhamento das práticas, a verificação do procedimento “consulta de profissionais de nível superior na atenção básica (exceto médico)” como a segunda maior frequência entre as práticas registradas, dificulta a caracterização do escopo de práticas, visto que esse registro é restrito quanto às informações complementares, pois informa somente sobre a realização de consulta. Mas ainda assim, esse dado consegue sinalizar o acesso a fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física e terapeuta ocupacional na APS. Essa informação complementa estudos como o de Rodes et al (2017), o qual constatou que houve crescimento no número de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacionais no Brasil entre 2007 a 2015; e o de Carvalho et (2018), que verificou entre as categorias cadastradas em CS/UBS no SCNES no período de 2008 a 2013, que os profissionais de educação física, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e farmacêuticos foram os que tiveram as maiores taxas de crescimento

nacional (acima de 70%) (75,95). Rodes et al (2017) ainda destacam um maior acesso ao fisioterapeuta a cada mil habitantes, e apontam um aumento, apesar de pequeno, de 0,85% (IC95% [0,65;1,06%]) de fisioterapeutas na APS entre 2007 a 2015, o que dialoga também com o maior número de registros de atendimentos referentes a essa categoria nesse estudo (95).

Em menor frequência (números menos expressivos), e por isso sequencialmente posterior as práticas relacionadas aos aspectos motores e aos procedimentos denominados consulta de profissionais de nível superior na APS, os procedimentos “Prática Corporal/Atividade Física em Grupo” e “Consulta/Atendimento Domiciliar” estiveram entre as dez primeiras práticas registradas. Como em outros estudos (74,128), as práticas coletivas e o atendimento domiciliar sempre estão presentes entre as estratégias de cuidado da APS, porém as práticas clínico-assistenciais ainda se sobressaem na maioria dos estudos sobre o escopo de prática nesse contexto de atenção a saúde (127,131). Geralmente as práticas de promoção da saúde ou de prevenção de agravo na APS são mais executadas no formato coletivo, centrada para grupo de risco biológico (74,128); enquanto a atenção domiciliar tanto considera a atuação para vulnerabilidades na perspectiva de vigilância à saúde (74,128) como pode voltar-se ao atendimento de pessoas com restrição ao domicílio ou acamadas (74).

A APS é um lócus que favorece as práticas promotoras de saúde e de prevenção de agravo, desde as relacionadas aos fatores de risco comportamentais (estilo de vida) ou aos fatores e determinantes em saúde (qualidade de vida) (128). No estudo, os profissionais de educação física, diferente das demais categorias, tiveram grande parte da sua prática voltada para promoção e prevenção. É comum estudos relacionando a APS identificarem essas práticas executadas por meio das práticas corporais, atividades em grupo, atividades educativas, todas com ênfase na abordagem específicas à grupos vulneráveis ou prioritários, como as questões das doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus), à saúde da mulher, saúde do idoso, à alimentação saudável, à saúde sexual e reprodutiva, à condições posturais, à prevenção de alterações funcionais decorrentes da hanseníase, uso abusivo e prejudicial do álcool e outras drogas, dentre outras (74,128,131). O presente estudo não conseguiu demonstrar os grupos de abordagem das práticas de promoção e prevenção, pois as informações relacionadas a essas práticas foram decorrente somente dos atendimentos da ficha de procedimento do SISAB, já que não foi possível a extração dos dados da ficha de atividade coletiva, o que se configurou como uma limitação do estudo. Tal fato também pode ter interferido na discrepância

observada entre as práticas ofertadas, com a predominância das práticas clínico-assistenciais.

O cuidado domiciliar é uma prática que favorece a abordagem sistêmica às condições de saúde, visto que considera o contexto social e com isso comunga com a premissa do paradigma biopsicossocial no que se refere a análise do ambiente, com suas barreiras e facilitadores (1,2,4). Essa prática também observada entre os resultados do estudo, com destaque para a prática do fisioterapeuta, tem suas contribuições bem relatadas na literatura científica (34,74,131), como descrito na pesquisa realizada em Andaluzia (Espanha), que comparou o atendimento fisioterapêutico domiciliar na APS e o atendimento ambulatorial em serviços especializados, constatando que ambos são eficazes (132). O mesmo estudo pontuou que o cuidado domiciliar diminui o impacto das limitações funcionais, como as advindas da imobilidade, além de amenizar a sobrecarga de trabalho dos familiares e cuidadores (132).

Outra prática com menor quantidade de registro, que vale pontuar, por também estar entre as dez primeiras práticas registradas foi o “Atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor”. Essas práticas podem estar relacionadas a rotina de puericultura da APS (117) e as demandas de saúde da criança para os atendimentos de terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (94,117,119,120). A atuação no desenvolvimento neuropsicomotor na APS pelas categorias profissionais estudadas é algo que está em evolução a partir da compreensão do modelo social das condições de saúde (1,2,4), visto a necessidade do entendimento integral sobre o cuidado e o diagnóstico e intervenção precoces (48). E mais recentemente o debate sobre essas práticas foi acirrado no Brasil, com a eclosão da epidemia de Zika-Vírus em 2015 (133) e o crescimento dos casos de Sífilis Congênita (134,135), que podem trazer repercussões na independência funcional e na inserção social dos indivíduos acometidos (136). Nesse sentido, essa temática poderia ser explorada em futuros estudos, com vistas a investigar se as práticas adotadas pelos profissionais na APS estão direcionadas ao desenvolvimento de potencialidades e habilidades que contribuem para autonomia e participação social (48).

É importante pontuar que as informações sobre matriciamento oriundas de identificação por meio de código de procedimento específico pode não refletir a realidade, já que como relatado no estudo de Castro et al (2016) (137), os profissionais fazem uso das mais variadas ferramentas para efetivar o apoio matricial (137). Entre as ferramentas constam desde metodologias de trabalho de grupo, consulta compartilhada, práticas compartilhadas de organização do cuidado (projeto terapêutico singular) até atendimento individual específico, entre outras, todas com

vistas à ampliar a capacidade de cuidado das equipes (21). Com isso, os poucos achados do código do procedimento matriciamento neste estudo, não pode ser traduzido como a não realização dessa prática na APS ou que esses profissionais pouco lançam mão dessas ferramentas. Esta ponderação ainda dialoga com o que está descrito no estudo de Rodes et al (2017) e Titon et al (2018) em que apontam que falta uma compreensão clara sobre o apoio matricial (61,95,126). Entre os dados desse procedimento, destacou-se os registros dos terapeutas ocupacionais.

Um achado que merece atenção, é a quase inexistência dos registros relacionados às práticas de indicação de tecnologia assistiva. As únicas categorias que fizeram uso dessa atividade, ainda que muito pouco, foram os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, sendo a maioria dos registros referentes à prática do fisioterapeuta. Essa situação sinaliza, como aponta Cristina & Oliver (2013), para a necessidade do investimento na formação profissional para qualificação técnica e debate sobre essa prática, e no acesso e financiamento das tecnologias assistivas no Sistema Único de Saúde (SUS) (138); e também como recomenda a OMS (2017) em relação a reabilitação nos sistemas de saúde (3). A reformulação das práticas profissionais para o entendimento da indicação e utilização de tecnologia assistiva na perspectiva que considere o contexto social, econômico, político e cultural também é muito importante e deve ser enfatizado (3,138). Partindo desta premissa, os profissionais que atuam na APS devem se apropriar desta concepção da utilização da tecnologia assistiva e conhecer os fluxos de acesso e dispensação na rede de atenção a saúde, para uma prática adequada, segura e resolutiva (138).

O local de atuação, as necessidades em saúde, a organização dos serviços e a própria categoria profissional influenciam nas práticas (67). O fato do NASF ser a equipe caracterizada por mais práticas de promoção e prevenção, enquanto os registros de profissionais que não estão vinculados à equipes se caracterizam por forte presença de práticas clínico-assistenciais, demonstra que a organização dos serviços interfere no escopo de práticas e na lógica de cuidado ofertada. Os profissionais sem vinculação em equipe não tem um direcionamento para uma atuação de acordo aos princípios e diretrizes da APS, o que pode resultar na reprodução do modelo biologicista de cuidado adotado nos serviços especializados (126). O estudo de Tomasi (2010) também verificou diferença entre as práticas ofertadas entre as UBS com ESF e UBS Tradicionais, em que as visitas domiciliares (22% dos atendimentos) foram quatro vezes maior nas UBS com ESF; e as consultas médicas foram 2 vezes maior na UBS Tradicional (60). O modelo da APS, orientada pela Estratégia de Saúde da Família e com sua organização em variados arranjos de equipes para atender as particularidades da população e aumentar sua capacidade resolutiva, pode influenciar

tanto as práticas adotadas pelos profissionais como a demanda que busca os serviços (60), revelando-se um modelo mais integral, efetivo e eficaz (60).

As diferentes práticas relacionadas a determinada faixa etária ou sexo também pode ser resultado do perfil epidemiológico e demográfico dos usuários como dos atributos de cada núcleo profissional. Teixeira et al (2014) abordou que o envelhecimento populacional deve ser objeto de cuidado por meio de práticas que promovam qualidade de vida e autonomia, e constatou que 70% das equipes participantes do PMAQ-AB tem o idoso como público-alvo das práticas de promoção e prevenção (128), semelhante ao encontrado no nosso estudo. Já às crianças foram ofertadas em maior frequência as práticas avaliativas, assim como o verificado também por Teixeira et al (2014) nas ações referentes a Programa Saúde na Escola, em que se relacionava à avaliações clínicas, em maior quantidade, e às avaliações antropométricas, oftalmológicas, auditivas e psicossociais (117,119,127,139). Para os adultos, maior faixa etária desse estudo e de outras pesquisas referentes a APS (60,101,111,112), reservaram-se as práticas clínico-assistenciais e de tecnologia assistiva, o que sugere uma possível sobrecarga de condições que necessitam de cuidado assistencial (99,126). Às mulheres, em detrimento dos homens, foram ofertadas mais práticas promotoras de saúde, também verificado por Teixeira et al (2014); enquanto para os homens as maiores ofertas foram de práticas avaliativas e de tecnologia assistiva (128). Os achados dos tipos de práticas referente ao sexo pode ser explicado pela busca tardia dos homens aos serviços de saúde, geralmente quando encontram-se com o agravo instalado (102,103).

No que se refere ao local de execução das práticas, a UBS como local mais referenciado entre os registros expõe que ainda é preciso desconstruir alguns padrões e caminhar na direção de uma prática profissional que considere todas as possibilidades de cuidado no território. Uma discreta iniciativa de abordagem territorial, com extrapolação dos espaços de cuidado para além do ambiente do serviço de saúde, foi evidenciado com o importante achado do atendimento no domicílio, e em menor proporção com a utilização dos polos da academia da saúde, de abrigo, da rua e de escola/creche. Outros estudos na APS também identificaram atividades tanto na UBS quanto no domicílio (34,36,66,131), conforme estabelecido por normativas que preconizam prestação de serviços próximo ao domicílio e atendimento domiciliar, quando necessário (1,48). Entre os dispositivos do território, os polos de Academia da Saúde, por meio de práticas muitas vezes propostas por profissionais de educação física, são voltados para a promoção da saúde (66), o que coincidiu com os resultados das práticas realizadas nos polos, em que a maior parte dos registros caracterizavam como promoção e prevenção. Contudo, em quase todos os locais, prevaleceram a

realização de práticas clínico-assistenciais, sendo a UBS o local de preferência da maioria dos profissionais; com a escola/creche e a rua tendo a adesão das práticas dos fonoaudiólogos. Numa perspectiva territorial de cuidado, a atuação em escolas também é uma das atribuições dos fonoaudiólogos, que é muito desenvolvida por meio de práticas de promoção e proteção à saúde como práticas avaliativas para detectar precocemente alterações ou para o diagnóstico da situação de saúde da área de abrangência, incluindo aspectos auditivos ou de linguagem (127).

Como informações referente a categoria Processo do modelo conceitual de Donabedian (37,71), as práticas profissionais que foram ofertadas na APS suscitam um alerta para o elevado contingente de práticas clínico-assistenciais. A situação identificada sugere questionamento sobre a motivo da discrepância entre essas práticas e as demais, com diferentes influenciadores como possíveis hipóteses geradoras desse cenário. Tais influenciadores podem ser, desde a reprodução da referência fragmentada de cuidado adotada nos serviços especializados (92,126); a escassez da oferta de serviços na rede secundária que aumentam a demanda assistencial na APS (104,126), principalmente em municípios de pequeno porte, que localmente ofertam cuidados primários e articulam regionalmente os serviços que logisticamente não tem condição de ofertar, que é a maior realidade do Brasil; a não existência de fluxos estabelecidos e comunicação entre os serviços da rede (100); ou mesmo a insuficiência no registro das práticas, que podem mascarar as informações em saúde (96,97). Isso revela que há questões a serem estudadas além da atuação especificamente do profissional, mas aspectos estruturais como a formação profissional, a organização dos serviços, a gestão das políticas e programas, de forma que os profissionais na APS tenham competência para praticar desde promoção à assistência (100), numa perspectiva biopsicossocial (4,18), interagindo com outros profissionais e serviços da rede para favorecer a resolutividade (100) e produzir saúde (18).

No entanto, como aspecto positivo, o estudo desmitifica, de certa maneira, o discurso que restringe a atuação desses profissionais na APS a atividades pontuais, demonstrando um variado escopo de práticas registradas. Essa diversidade de práticas relacionadas a reabilitação também foi identificada em outros estudos (34,118,131), mas de menor abrangência em decorrência desses estudos contemplarem análises de serviços específicos ou de municípios; enquanto o estudo em questão contempla a descrição das práticas em todo o território nacional. Outra observação relevante do estudo é a relação das práticas com demandas relacionadas a condições de saúde de grande repercussão na funcionalidade das pessoas, como as osteomusculares, que são apontadas no Estudo Global da Carga de Doenças

(5,6,110), e as neuromusculares resultantes das condições de saúde crônicas, como uma das tendências atribuíveis a transição epidemiológica (5). Os achados revelam que diante das inúmeras condições atendidas na rotina da APS, os profissionais intervêm de forma individual ou coletiva, por meio de práticas assistenciais, preventivas e promotoras de saúde.

As evidências encontradas, acrescida de monitoramento com indicadores de processo e implementação de protocolos e fluxos organizacionais (18), podem ao longo do tempo ter seus processos transformados (71,100,140,141), direcionando cada vez mais, as práticas de reabilitação na APS, para uma concepção do cuidado centrado na necessidade do usuário, contemplando uma abordagem sistêmica (4,95,131). Dessa forma, as informações do estudo são fontes sólidas para construção de uma prática baseada evidência, contribuindo para formação dos profissionais, elaboração de protocolos e planejamento de políticas públicas de saúde (60,67,71).

No que tange aos aspectos referente ao Processo da tríade de avaliação de qualidade de Donabedian, os achados sobre o escopo de práticas, o perfil de usuários assistidos e como essas práticas se distribuem organizacional e geograficamente, fornecem informações sobre a forma do cuidado ofertado, que são relevantes para examinar a qualidade dos serviços de reabilitação na APS. Tendo a necessidade de se somar a futuras investigações sobre os aspectos relacionados a Estrutura e Resultados para melhor avaliar esses cuidados em saúde (37,71).

### ***Limitações***

Por se tratar de uma pesquisa com dados de base secundária, destaca-se a limitação inerente advinda da possibilidade de sub-registro e fragilidade no registro dos dados. Outra limitação presente no estudo é a reserva da análise de algumas categorias profissionais dentre todas que possuem competências do núcleo da reabilitação e que também atuam na APS.

## 7. CONCLUSÃO

Nossos achados demonstraram que as práticas de reabilitação dos profissionais que atuam na APS foram compostas por atividades assistenciais, preventivas e promotoras da saúde. Verificamos um predomínio das práticas clínico-assistenciais em todas as regiões do país, focada nas condições osteomusculares, realizadas na própria Unidade Básica de Saúde, com acompanhamento a pessoas do sexo feminino principalmente na faixa etária de 20 a 59 anos.

A caracterização do escopo de práticas na APS também evidenciou maior atuação dos fisioterapeutas, concentração de práticas no Sudeste, provenientes dos estabelecimentos configurados como Centro de Saúde/Unidade Básica, e de profissionais não vinculados à equipes. O NASF teve destaque entre práticas oriundas de profissionais vinculados à equipe.

Os achados sugerem também que as práticas ofertadas na APS são influenciadas pela desigualdade social e econômica nas diferentes regiões do país, pela organização dos serviços (se no formato de equipe ou somente cadastrado no SCNES), pelo modelo de atenção adotado (se Estratégia de Saúde da Família ou modelos tradicionais), pelo perfil epidemiológico e demográfico nacional, e pela expertise das categorias profissionais.

Essas influências resultaram em algumas diferenças no escopo de práticas entre os núcleos profissionais investigados, com as práticas clínico-assistenciais e de tecnologia assistiva sendo mais realizadas por fisioterapeutas, as práticas diagnósticas por fonoaudiólogos, e as de promoção da saúde e prevenção de agravo por profissional de educação física. E ainda referente às interferências sobre práticas ofertadas, o NASF foi a equipe em que os profissionais mais registraram ações de promoção da saúde e prevenção de agravo, enquanto as práticas clínico-assistenciais foram mais registradas pelos profissionais que não estavam vinculados à equipes.

Portanto, a caracterização cumpriu seu papel como estudo exploratório e gerador de hipóteses, quando suscitou diversos questionamentos, como quais seriam as causas da predominância das práticas clínico-assistenciais; ou se as práticas adotadas para o cuidado dos distúrbios osteomusculares na APS têm proporcionado melhora na funcionalidade em relação à atividade e participação dos usuários; ou ainda se a quase inexistente presença de registros sobre as práticas de prescrição/orientação de tecnologias assistivas é decorrente da insegurança profissional na indicação de TA ou da não disponibilidade dos insumos e equipamentos pela gestão da política pública local ou mesmo da ausência do registro dessa prática nos sistemas de informação.

As informações encontradas sobre escopo de práticas, o perfil de usuários assistidos e como as práticas estão distribuídas organizacional e geograficamente nos dá indícios sobre a forma de cuidado ofertada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física e terapeuta ocupacional na APS, o que favorece a análise e avaliação, em parte, das práticas de reabilitação na APS e pode contribuir para uma prática aconrada em evidência.e orientada para as necessidades em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007). [Internet]. 4th ed. Atualizada R, editor. Brasília-DF.: Secretaria de Direitos Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2011. p. 102. Available from: [http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/conv\\_encaopessoascomdeficiencia.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/conv_encaopessoascomdeficiencia.pdf)
2. WHO-World Health Organization. World report on disability 2011 [Internet]. 2011. Available from: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
3. WHO-World Health Organization. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. Vol. 91. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8>
4. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde : Conceitos , Usos e Perspectivas The International Classification of. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187–93.
5. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Brown A, Carter A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602.
6. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–858.
7. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. [Internet]. Rio de Janeiro-RJ; 2010. Available from: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)
8. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG de, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(10):3253–64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
9. Franzoi AC, Xerez DR, Blanco M, Amaral T, José A, Khan P, et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros : Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. 2013;20(3):164–78.
10. WHO-World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting Report. Rehabilitation: key for health in the 21st century. The need to scale up rehabilitation. Health information systems and rehabilitation. [Internet]. Geneva; 2017. Available from: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>
11. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011;45(1):99–105. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2073.pdf>
12. OPAS Organização Panamerica. OMS Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. Paulo E da U de S, editor. São Paulo; 2008. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf;jsessionid=AB095465DF45008AF5796DDDF7A4870B?sequence=111](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf;jsessionid=AB095465DF45008AF5796DDDF7A4870B?sequence=111)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a

- Rede de de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2012. 2012 [cited 2017 Aug 16]. p. Seção 1. Col. 2. p. 94. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. [Internet]. Brasília-DF: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.; 2014. 150 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo\\_bio\\_politico\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf)
  15. WHO-World Health Organization. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge Working draft [Internet]. 2018. Available from: [http://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/rehabilitation.pdf?sfvrsn=4a01968e\\_2](http://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/rehabilitation.pdf?sfvrsn=4a01968e_2)
  16. Ribeiro C, Ribeiro M, Araújo A, Mello L, Rubim L, Ferreira J. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1):43–8.
  17. Pacheco KMDBVLRA. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta fisiátrica*. 2016;14(n. 4):242–8.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo XXII. Anexo que aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2017. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
  19. De Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: Contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA'E GA - O Espac Geogr em Anal* [Internet]. 2009;(17):31–41. Available from: [http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco\\_territorio\\_e\\_saude.pdf](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf)
  20. Rocha EF, Kretzer MR. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006\*. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2009;v. 20(n. 1):59–67. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14057/15875>
  21. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Nucleo de Apoio à Saúde da Família – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. [Internet]. Vol. 1. Brasília-DF: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.; 2014. 1-118 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)
  22. FORMIGA NF, RIBEIRO KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Rev Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2012;16(2):113–22. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10639/7300>
  23. DATASUS. SCNES. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial>
  24. e-GESTOR AB. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. Relatórios Públicos. Histórico de Cobertura e Histórico de Implantação (cadastro no SCNES) [Internet]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/%0A>
  25. Reis DC Dos, Flisch TMP, Vieira MHF, Santos-Junior WS Dos. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009.

- Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2012;21(4):663–74. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a16.pdf>
26. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde escola. *Interface Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2009;13(28):177–88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lang=pt)
  27. Souza CCBX de, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas?: O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo - período de 2000 a 2006. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo* [Internet]. 2010;21(3):230–9. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14109>
  28. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. [Internet]. ©UNESCO 2002 Edição brasileira, editor. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília-DF; 2002. 726 p. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)
  29. Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, Shakespeare T, Suhrcke M, Horton S, et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J* [Internet]. Elsevier Inc; 2016;9(1):11–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.009>
  30. McColl MA, Shortt S, Godwin M, Smith K, Rowe K, O'Brien P, et al. Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. Elsevier Inc.; 2009;90(9):1523–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2009.03.017>
  31. Roots R, Brown H, Bainbridge L, Li L. Rural rehabilitation practice: perspectives of occupational therapists and physical therapists in British Columbia, Canada. *Rural Remote Health*. 2014;14(n. 2506).
  32. Gallego G, Chedid RJ, Dew A, Lincoln M, Bundy A, Veitch C, et al. Who are they and what do they do? Profile of allied health professionals working with people with disabilities in rural and remote New South Wales. *Aust J Rural Health*. 2015;23(4):227–34.
  33. Cott CA, Mandoda S, Landry MD. Models of integrating physical therapists into family health teams in Ontario, Canada: Challenges and opportunities. *Physiother Canada*. 2011;63(3):265–75.
  34. DE LIMA FERNANDES T, DO NASCIMENTO CMB, SOUSA F de OS. Análise Das Atribuições Dos Fonoaudiólogos Do Nasf Em Municípios Da Região Metropolitana. 2013;15(1):153–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v15n1/15-11.pdf>
  35. Rocha EF, Souza CCBX de. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. *Occupational therapy in rehabilitation in primary health care: challenges and opportunities*. *Rev.ter.ocup* [Internet]. 2011;22(1):36–44. Available from: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>
  36. Rodrigues JD, Ferreira DK da S, Junior JC de F, Caminha I de O, Florindo AA, Loch MR. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB Profile and conduct of Physical Education Professionals in health family teams of the metropolitan region in João Pessoa. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2015;20(4):352–65. Available from: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5098>
  37. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de Políticas e Programas. Editora Fiocruz 2014, editor. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz; 2014. 100 p.
  38. Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):276. Available from:

- <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/276>
39. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(4):821–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=pt&tlng=pt)
  40. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Instituto do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [Internet]. Brasília-DF; 2013. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412\\_10\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html)
  41. BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada : CDS – Versão 2.0 [recurso eletrônico] [Internet]. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2015. p. 124. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_CDS\\_2\\_0\\_versao\\_preliminar\\_ago\\_2015.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_0_versao_preliminar_ago_2015.pdf)
  42. Dantas A, Curioso R. Geografia e saúde: o lugar como premissa da atividade informacional da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. *Saúde e Soc* [Internet]. 2016;25(3):721–35. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000300721&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300721&lng=pt&tlng=pt)
  43. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e Soc* [Internet]. 2011;20(4):927–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt&tlng=pt)
  44. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25(3):475–83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=pt&tlng=pt)
  45. Fiorati RC, Elui VMC. Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015;23(2):329–36. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200020&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200020&lng=en&tlng=en)
  46. BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev saúde coletiva*. 2007;17(2):77–93.
  47. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (Part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants of population health*, No.2. 2006;(2):1–45. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)
  48. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). [Internet]. 2015. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)
  49. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Relatório Final. [Internet]. 2008. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
  50. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Todos usam o SUS. SUS na Seguridade Social: Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Relatório Final. [Internet]. 2012. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/img/14\\_cns\\_relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/img/14_cns_relatorio_final.pdf)
  51. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(8). Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt)
52. Ceccon RF, Bueno ALM, Hesler LZ, Kirsten KS, Portes V de M, Viecili PRN. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2014;22(2):177–83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2014000200177&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000200177&lng=pt&tlng=pt)
  53. SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Saberes, editor. Campinas; 2014. 952 p.
  54. Fiocruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde : compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;42(Edição Especial):434–51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0434.pdf>
  55. Almeida PF de. Atenção primária à saúde no Brasil e os 40 anos de Alma-Ata: reconhecer os desafios para seguir adiante. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(8):1–3. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800201&lng=pt&tlng=pt)
  56. ABRASCO AB de SC. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018;42(Número Especial):406–30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0406.pdf>
  57. Pinto Junior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MGC da. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(2):1–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=pt&tlng=pt)
  58. Aline M, Santos S, Stopa SR, Arthur A. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família ( ESF ) no Brasil , segundo a Pesquisa Nacional de Saúde , 2013 Family Health Strategy Coverage in Brazil , according to the National Health Survey , 2013. *Cien Saude Colet*. 2013;327–38.
  59. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
  60. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS da, et al. 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* [Internet]. 2011;16(11):4395–404. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200012&lng=pt&tlng=pt)
  61. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2018;28(3):1–20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n3/0103-7331-physis-28-03-e280310.pdf>
  62. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. [Internet]. 2011. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm)
  63. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com

- Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [Internet]. 2009. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)
64. Cecilio LC de O, Reis AAC dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018;34(8):1–14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800501&lng=pt&tlng=pt)
  65. De Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Regional differences and costs of physical therapy procedures in Brazil's unified health system, 1995 to 2008 | Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no sistema único de saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2011;30(5):469–76.
  66. dos Santos Carvalho A, Pugliesi Abdalla P, Roberto Bueno Júnior C. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. *Rev Bras em Promoção da Saúde* [Internet]. 2017;30(3):1–11. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6316>
  67. Girardi SN, Stralen AC de S van, Lauer TV, Cella JN, Araújo JF, Pierantoni CR, et al. Scope of practice in Primary Care: physicians and nurses in five health regions in Brazil. *Rev bras saúde Matern infant* [Internet]. 2017;17(supl.1):171–84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/1519-3829-rbsmi-17-s1-S171.pdf>
  68. Pierantoni, Celia Regina;Girardi SN. Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde Relatório Final [Internet]. 2017. Available from: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/18\\_8\\_2017\\_\\_0\\_Relatorio\\_pesquisa\\_regulacao\\_merged.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/18_8_2017__0_Relatorio_pesquisa_regulacao_merged.pdf)
  69. Girardi SN, Carvalho CL, Pierantoni CR, Costa J de O, Stralen AC de S van, Lauer TV, et al. Avaliação do escopo de prática de médicos participantes do Programa Mais Médicos e fatores associados. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(9):2739–48. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902739&lng=pt&tlng=pt)
  70. DONABEDIAN A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. *The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring*. 1980;v. 1:77–128.
  71. Mallet ALR. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. *Rev da SOCERJ* [Internet]. 2005;set/out:449–56. Available from: [http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/a2005\\_v18\\_n05\\_art08.pdf](http://www.rbconline.org.br/wp-content/Archives/a2005_v18_n05_art08.pdf)
  72. SISAB. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) [Internet]. Available from: <https://sisab.saude.gov.br/>
  73. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017;33(8):1–15. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805005&lng=pt&tlng=pt)
  74. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24(0). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&tlng=en)
  75. Carvalho MN de, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018;23(1):295–302. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000100295&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100295&lng=pt&tlng=pt)
  76. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas S.A., editor.

- Vol. 264. Editora Atlas S.A.; 2008. 216 p.
77. Volpato GL. O método lógico para redação científica. Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde [Internet]. 2015;9(1):1–14. Available from: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/932/1577>
  78. Coeli CM, Pinheiro RS, Carvalho MS. Nem melhor nem pior , apenas diferente Neither better nor worse , simply different Ni mejor ni peor , sólo diferente. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014;30(7):1–3. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt\\_0102-311X-csp-30-7-1363.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1363.pdf)
  79. Drumond E de F, Machado CJ, Vasconcelos M do R, França E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006: [revisão] TT - Utilización de datos secundarios del SIM, Sinasc y SIH en la producción científica brasileña de 1990 a 2006: [revision] TT - The use of. Rev bras Estud Popul [Internet]. 2009;26(1):7–19. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982009000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000100002)
  80. Coeli CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. Cad Saúde Colet [Internet]. 2010;18(1):335–63. Available from: [http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_3/artigos/CSCv18n3\\_pag335-6.pdf](http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag335-6.pdf)
  81. Lima CR de A, Schramm JM de A, Coeli CM, Silva MEM da. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2009;25(10):2095–109. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000002&lng=pt&tlng=pt)
  82. Coeli CM, Pinheiro RS, Camargo Jr. KR de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2015;24(4):795–802. Available from: [http://www.iec.pa.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000400023&scielo=S2237-96222015000400795](http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000400023&scielo=S2237-96222015000400795)
  83. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v 3.0 - Versão preliminar. Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB) - e-SUS. [Internet]. 2018. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual\\_pec\\_3\\_0/index.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_3_0/index.php)
  84. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 24, de 14 de janeiro de 2014. Redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES) [Internet]. 2014. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html)
  85. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 160, de 1° de março de 2012. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das equipes que farão parte do Movimento Nacional População em Situação de Rua [Internet]. 2012. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0160\\_01\\_03\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0160_01_03_2012.html)
  86. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) [Internet]. 2013. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256\\_11\\_03\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html)
  87. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 703, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) [Internet]. 2011. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.html)

88. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 576, de 19 de Setembro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ [Internet]. 2011. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576\\_19\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576_19_09_2011.html)
89. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional d [Internet]. 2018. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1808\\_29\\_06\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1808_29_06_2018.html)
90. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2019. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018\\_10\\_01\\_2019.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html)
91. DATASUS. SIGTAP. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SIGTAP). Departamento de Informática do SUS (DATASUS) [Internet]. Available from: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
92. Riani L, Tavares C, Oishi J, Driusso P. Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde : análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. 2018;(16):9–19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v25n1/2316-9117-fp-25-01-9.pdf>
93. Tavares LRC, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Brasil: análise do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES/2010. ConScientiae Saúde [Internet]. 2016;15(1):53–61. Available from: <http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/view/6152>
94. Viégas LHT, Meira TC, Santos BS, Mise YF, Arce VAR, Ferrite S. Speech, Language and Hearing services in Primary Health Care in Brazil: an analysis of provision and an estimate of shortage, 2005-2015. Rev CEFAC [Internet]. 2018;20(3):353–62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462018000300353&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000300353&lng=en&tlng=en)
95. Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes ÂB de, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Fisioter e Pesqui [Internet]. 2017;24(1):74–82. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502017000100074&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502017000100074&lng=pt&tlng=pt)
96. Araújo YB de, Rezende LCM, Queiroga MMD de, Santos SR dos. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária TT - Information Systems in Health: inconsistencies of information in the context of Primary Care TT - Sistemas de Información en Salud: inconsistencias de I. J Heal Inf [Internet]. 2016;8(compl):[164-170]. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/438/295%0Ahttp://document/view/nsxus>
97. Santos TO dos, Pereira LP, Silveira DT. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática TT - Implementation of health information systems: a systematic review TT - La implementación de los sistemas de salud informatizados: una revisión sistemática. RECIIS (Online) [Internet]. 2017;11(3):1–11. Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1064>
98. Menegazzo IR, Pereira MR, Villalba JP. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. J Heal Sci Inst. 2010;28(4):348–51.
99. Trindade KM de C, Schmitt ACB, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas

- em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia TT - Musculoskeletal complaints in a health unit: implications for health planning and physical therapy TT - Quejas musculoesqu. Fisioter e Pesqui [Internet]. 2013;20(3):228–34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502013000300006&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/en\\_06.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/06.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000300006&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/en_06.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/06.pdf)
100. Ferrer MLP, Silva AS da, Silva JRK da, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária TT - Microregulación del acceso a la red de atención en fisioterapia: estrategias para mejorar el flujo d. Fisioter pesqui [Internet]. 2015;22(3):223–30. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502015000300223](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502015000300223)
  101. Silva VM, Pereira IVS, Rocha M de JL, Caldeira AP. Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2014;17(4):954–67. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000400954&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400954&lng=en&tlng=en)
  102. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Cien Saude Colet [Internet]. 2014;19(4):1263–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=pt&tlng=pt)
  103. Gomes R. Os homens não vêm! Ausência e / ou invisibilidade masculina na atenção primária. Cien Saude Colet [Internet]. 2011;16:983–92. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/983-992/pt>
  104. Souza MAP de, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(10):3277–86. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003277&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003277&lng=pt&tlng=pt)
  105. Longo IA, Tupinelli GG, Hermógenes C, Ferreira LV, Molini-Avejonas DR. Prevalência de alterações fonoaudiológicas na infância na região oeste de São Paulo. CoDAS [Internet]. 2017;29(6):1–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000600301&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000600301&lng=pt&tlng=pt)
  106. Santos JN, Beatriz L, Gomes P. ASPECTOS DA ASSISTÊNCIA FONOAUDIOLÓGICA SEGUNDO A PESQUISA POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS DE MINAS GERAIS. Rev CEFAC [Internet]. 2013;15(2). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/103-11.pdf>
  107. Figueiredo SC de, Limeira RRT, Carvalho LGA de, Morais Junior R de C, Ribeiro ILA, Chaves SPL, et al. Profile of patients attended by the speech therapists of the home care service. Rev CEFAC [Internet]. 2018;20(5):613–20. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462018000500613&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462018000500613&lng=en&tlng=en)
  108. Lima S, Ten A, Guimar L, Garcia MC. Características epidemiológicas das alterações de linguagem em um centro fonoaudiológico do primeiro setor Epidemiological characteristics of language problems in a public health. Rev da Soc Bras Fonoaudiol [Internet]. 2008;13(4):376–80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v13n4/a13v13n4.pdf>
  109. Barros PM de L, Oliveira PN de. Perfil dos pacientes atendidos no setor de fonoaudiologia de um serviço público de Recife - PE. Rev CEFAC [Internet].

- 2010;12(2):128–33. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462010000100017&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010000100017&lang=pt)
110. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211–59.
  111. Pimentel ÍRS, Coelho BDC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FP de C, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2011;6(20):175–81. Available from: <http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/95>
  112. Guibu IA, Moraes IC De, Afonso A, Junior G, Alves E, Iii C. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007070.pdf)
  113. Mazzotta MJ da S, D&#039;Antino MEF. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e lazer TT - Social inclusion of people with disabilities and special needs: culture, education and leisure. *Saúde Soc* [Internet]. 2011;20(2):377–89. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200010)
  114. Simonelli AP, Camarotto JA. Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. *Gestão & Produção* [Internet]. 2011;18(1):13–26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&lng=pt)
  115. Silva GG da, Sirena SA. Perfil de encaminhamentos a fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2015;24(1):265–75. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000100123&lng=en&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100123&lng=en&nrm=iso&lng=pt)
  116. MILECH A, HÄFELE VS, Vinholes F. Perfil dos usuários do serviço de educação física em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2018;23:1–7. Available from: <http://www.rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13507>
  117. DOS REIS F, VIEIRA ACVC. Demandas , construções e desafios vivenciados por terapeutas. 2014;26(3):351–9. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2938>
  118. Cabral, Larissa Rebecca Silva and MMB. A atuação da terapia ocupacional na atenção básica à saúde : uma revisão de literatura. *Cad Bras Ter Ocup UFSCar, São Carlos* [Internet]. 2017;25(1):179–89. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1466/831>
  119. DOS PRAZERES DUARTE, Maria; DA SILVA ÂCD. Contribuições e desafios da terapia ocupacional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família : uma revisão da literatura. *Ad Bras Ter Ocup São Carlos* [Internet]. 2018;26(1):177–86. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1316/955>
  120. Peixoto MVS, Siqueira CGA, Silva AF, Pedruzzi CM, Santos AA. Caracterização da população assistida por um serviço de Fonoaudiologia em uma Unidade de Saúde. *Distúrbios da Comun*. 2010;22(2):107–15.
  121. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al.

- What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356–67.
122. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384–8.
  123. RIBEIRO K, NEVES R, BRITO G, MORAIS J, LUCENA E, MEDEIROS J, et al. Perfil de Usuários Acometidos por Acidente Vascular Cerebral Adscritos à Estratégia Saúde da Família em uma Capital do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2012;16(2):35–44. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/16433/9522>
  124. Filho NM, Silva GA. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil | Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):494–502.
  125. Vieira ER, Albuquerque-Oliveira PR, Barbosa-Branco A. Work disability benefits due to musculoskeletal disorders among Brazilian private sector workers. *BMJ Open* [Internet]. 2011;1(1):e000003–e000003. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2011-000003>
  126. Titon De Souza T, Cristina M, Calvo M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018;52(41):1–11. Available from: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
  127. Zanin LE, Albuquerque IMN, Melo DH. Fonoaudiologia e estratégia de saúde da família: o estado da arte. *Rev CEFAC* [Internet]. 2015;17(5):1674–88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000501674&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000501674&lng=pt&tlng=pt)
  128. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM de, Engstrom EM, Bodstein RC de A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(special):52–68. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S005>
  129. NASCIMENTO CMB do et al. CONFIGURAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO INTEGRAL. *Trab Educ e Saúde*. 2018;16(3):1135–56.
  130. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368–83.
  131. Fonseca JMA, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Lima LH de O. Physical therapy in primary health care: an integrative review. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2016;29(2):288–94.
  132. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Rocamora-Pérez P, Aguilar-Parra JM, Padilla-Góngora D. Comparison of two post-stroke rehabilitation programs: A follow-up study among primary versus specialized health care. *PLoS One*. 2016;11(11):1–13.
  133. Vargas A, Saad E, Dimech GS, Santos RH, Sivini MAVC, Albuquerque LC, et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2016;25(4):691–700. Available from: [http://www.iec.pa.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000400691&scielo=S2237-96222016000400691](http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000400691&scielo=S2237-96222016000400691)
  134. Araújo CL de, Shimizu HE, Souza AIA de. Incidência da sífi lis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the. *Rev Saude Publica*. 2012;46(3):479–86.
  135. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Vol. 49. 2018.
  136. Villa Flor CJDR, Guerreiro CF, Dos Anjos JLM. Desenvolvimento Neuropsicomotor Em Crianças Com Microcefalia Associado Ao Zika Vírus. *Rev*

- Pesqui em Fisioter [Internet]. 2017;7(3):313–8. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1386>
137. Castro CP de, Oliveira MM de, Campos GW de S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2016;21(5):1625–36. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501625&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501625&lng=pt&tlng=pt)
  138. Renata Cristina Bertolozzi Varela, Oliver FC. utilização de Tecnologia Assistiva na vida cotidiana de crianças com deficiência The use of assistive technology in the daily activities of children with disabilities. Cien Saude Colet [Internet]. 2013;18(6):1773–84. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600028)
  139. David MLO, Ribeiro MÂG de O, Zanolli M de L, Mendes RT, Assumpção MS de, Schivinski CIS. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. Saúde em Debate [Internet]. 2013;37(96):120–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100014&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100014&lng=pt&tlng=pt)
  140. Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Martins AME de BL, et al. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement in municipalities of Minas Gerais, Brazil. Cien Saude Colet [Internet]. 2015;20(4):1267–84. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000401267&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401267&lng=en&tlng=en)
  141. DONABEDIAN A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Press OOU, editor. 2003. 240 p.

**ANEXOS**

**CNS DO PROFISSIONAL\***
**CBO\***
**CNES\***
**INE\***
**DATA\***

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TURNO*		(M T N)													
Nº PRONTUÁRIO															
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano														
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		(F M)													
Local de atendimento*															
Escuta inicial/orientação		<input type="checkbox"/>													
<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b>	Acupuntura com inserção de agulhas	<input type="checkbox"/>													
	Administração de vitamina A	<input type="checkbox"/>													
	Cateterismo vesical de alívio	<input type="checkbox"/>													
	Cauterização química de pequenas lesões	<input type="checkbox"/>													
	Cirurgia de unha (cantoplastia)	<input type="checkbox"/>													
	Cuidado de estomas	<input type="checkbox"/>													
	Curativo especial	<input type="checkbox"/>													
	Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/>													
	Eletrcardiograma	<input type="checkbox"/>													
	Coleta de citopatológico de colo uterino	<input type="checkbox"/>													
	Exame de Fundo de olho (Fundoscopia)	<input type="checkbox"/>													
	Exame do pé diabético	<input type="checkbox"/>													
	Exérese/biópsia/punção de tumores superficiais de pele	<input type="checkbox"/>													
	Infiltração em cavidade sinovial	<input type="checkbox"/>													
	Remoção de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/>													
	Remoção de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/>													
	Retirada de cerume	<input type="checkbox"/>													
	Retirada de pontos de cirurgias	<input type="checkbox"/>													
	Sutura simples	<input type="checkbox"/>													
	Tamponamento de epistaxe	<input type="checkbox"/>													
Teste do olhinho (TRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Triagem oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Teste rápido</b>	De gravidez	<input type="checkbox"/>													
	Dosagem de proteinúria	<input type="checkbox"/>													
	Para HIV	<input type="checkbox"/>													
	Para hepatite C	<input type="checkbox"/>													
<b>Administração de medicamentos</b>	Para sífilis	<input type="checkbox"/>													
	Oral	<input type="checkbox"/>													
	Intramuscular	<input type="checkbox"/>													
	Endovenosa	<input type="checkbox"/>													
	Inalação/Nebulização	<input type="checkbox"/>													
	Tópica	<input type="checkbox"/>													
Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Subcutânea (SC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Procedimentos/Pequenas cirurgias*</b> Outro procedimento (se necessário, utilize estes campos para registrar procedimentos realizados não constantes na listagem acima)	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													
	Código do SIGTAP (registre o código na vertical)	<input type="text"/>													

### Procedimentos consolidados

<b>Total no período</b>	Aferição de PA	<input type="text"/>	
	Aferição de temperatura	<input type="text"/>	
	Curativo simples	<input type="text"/>	
	Coleta de material para exame laboratorial	<input type="text"/>	
	Glicemia capilar	<input type="text"/>	
	Medição de altura	<input type="text"/>	
	Medição de peso	<input type="text"/>	

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Local de Atendimento:** 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

\*Campo obrigatório

<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b>	<b>CBO*</b>	<b>CNES*</b>	<b>INE*</b>	<b>DATA*</b>
_____	_____ - _____	_____	_____	_____ / _____ / _____
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	_____ / _____ / _____
_____	_____ - _____	_____	_____	

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>TURNO*</b>	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>													
<b>CNS DO CIDADÃO</b>													
<b>Data de nascimento*</b>	Dia/mês		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano												
<b>Sexo*</b> (F) Feminino (M) Masculino	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M	F M
<b>Local de atendimento*</b> (ver legenda)													
<b>Tipo atendimento*</b> Demanda Espontânea	Consulta Agendada Programada/Cuidado Continuado	<input type="radio"/>											
	Consulta Agendada	<input type="radio"/>											
	Escuta Inicial/Orientação	<input type="radio"/>											
	Consulta no Dia	<input type="radio"/>											
	Atendimento de Urgência	<input type="radio"/>											
<b>Atenção Domiciliar</b>	Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver legenda)		AD__										
<b>Racionalidade em saúde</b> (ver legenda)													
<b>Avaliação antro-pométrica</b>	Perímetro cefálico (cm)	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
	Peso (kg)												
	Altura (cm)												
<b>Vacinação em dia?</b>	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
<b>Criança</b>	Aleitamento materno (ver legenda)												
<b>Gestante</b>	DUM	Dia/Mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		Ano											
	Gravidez Planejada	SIM NÃO											
	Idade Gestacional (semanas)	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
Gestas Prévias/Partos	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
<b>Problema/Condição avaliada*</b>	Asma	<input type="checkbox"/>											
	Desnutrição	<input type="checkbox"/>											
	Diabetes	<input type="checkbox"/>											
	DPOC	<input type="checkbox"/>											
	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>											
	Obesidade	<input type="checkbox"/>											
	Pré-natal	<input type="checkbox"/>											
	Puericultura	<input type="checkbox"/>											
	Puerpério (até 42 dias)	<input type="checkbox"/>											
	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/>											
	Tabagismo	<input type="checkbox"/>											
	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/>											
	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/>											
	Saúde mental	<input type="checkbox"/>											
Reabilitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Nº																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																	
Problema/ Condição avaliada *	Doenças transmissíveis	Tuberculose	<input type="checkbox"/>																												
		Hanseníase	<input type="checkbox"/>																												
		Dengue	<input type="checkbox"/>																												
		DST	<input type="checkbox"/>																												
	Rastreamento	Câncer do colo do útero	<input type="checkbox"/>																												
		Câncer de mama	<input type="checkbox"/>																												
		Risco cardiovascular	<input type="checkbox"/>																												
	Outros	CIAP-2																													
		CIAP-2																													
		CID-10																													
CID-10																															
Exames solicitados (S) e avaliados (A)	Colesterol total	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A		
	Creatinina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	EAS/EQU	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletrocardiograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Eletroforese de hemoglobina	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Espirometria	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Exame de escarro	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Glicemia	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	HDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemoglobina glicada	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Hemograma	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	LDL	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Retinografia/Fundo de olho com oftalmologista	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia de sífilis (VDRL)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para dengue	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Sorologia para HIV	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste indireto de antiglobulina humana (TIA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Teste de gravidez	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Ultrassonografia obstétrica	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Urocultura	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A
	Triagem neonatal	Teste da orelhinha (EOA)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do olhinho (TRV)	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		Teste do pezinho	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Outros exames (código do SIGTAP)	_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
		_____	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	S	A	
	Ficou em Observação?	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
	Nasf/Polo	Avaliação/Diagnóstico	<input type="checkbox"/>																												
		Procedimentos Clínicos/Terapêutico	<input type="checkbox"/>																												
		Prescrição terapêutica	<input type="checkbox"/>																												
	Conduta/Desfecho*	Retorno para consulta agendada	<input type="checkbox"/>																												
Retorno p/ cuidado continuado/programado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agendamento para grupos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Agendamento p/ NASF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento		Alta do episódio	<input type="checkbox"/>																												
		Encaminhamento interno no dia	<input type="checkbox"/>																												
		Encaminhamento p/ serviço especializado	<input type="checkbox"/>																												
		Encaminhamento p/ CAPS	<input type="checkbox"/>																												
	Encaminhamento p/ internação hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Encaminhamento p/ urgência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Encaminhamento p/ serviço de Atenção Domiciliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Encaminhamento intersetorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Aleitamento materno:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante

03 - Complementado 04 - Inexistente **Racionalidade em saúde:** 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Antroposofia Aplicada à Saúde

03 - Homeopatia 04 - Fitoterapia 05 - Ayurveda 06 - Outra (caso a racionalidade utilizada seja a Alopata/Convencional, deixar este campo em branco)

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de Atenção Básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD3: usuários com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracentese, ou diálise peritoneal.

\* Campo obrigatório



Obrigatório somente para antropometria

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório ao informar lista de participantes

\*\*\*Campo com obrigatoriedade condicionada

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Caracterização do Processo de Reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, entre 2016 e 2017.

**Pesquisador:** ALYNE ARAUJO DE MELO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83273517.9.0000.8093

**Instituição Proponente:** Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.534.843

**Apresentação do Projeto:**

“A reabilitação é um dos meios que possibilitam a participação na sociedade, inclusão e igualdade de oportunidade, direcionados a pessoas que podem experimentar ou vivenciam alguma deficiência. A variedade das condições de deficiência e a diversidade de contextos requerem diferentes estratégias de intervenção para atender as necessidades. Na saúde, as necessidades devem ser atendidas nos diversos níveis de atenção, inclusive no primário. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), como componente Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, pode potencializar a funcionalidade e a interação com ambiente social. Atualmente, apesar das experiências de reabilitação na APS, são poucos os estudos que revelam sobre estas práticas, principalmente de abrangência nacional. Tal lacuna justifica investigação de caráter diagnóstico, que venham contribuir para o aprimoramento das políticas e programas relacionados à APS, além da produção de conhecimento científico na área. Objetivo: caracterizar o processo de reabilitação na APS no Brasil, no período compreendido entre setembro de 2016 a setembro de 2017. Métodos: será um estudo descritivo, de base secundária, com análise dos dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), por meio do Epi Info, e descrição das frequências das variáveis de aspectos assistenciais e sócio demográficos. Os resultados serão apresentados em tabelas, gráficos e mapas. Resultados Esperados: obter informações sobre o processo de reabilitação na APS no Brasil, com caracterização do perfil de atendimento, da população acompanhada e dos procedimentos realizados pelos profissionais que realizam práticas

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

**CEP:** 72.220-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3376-0437

**E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.534.843

de reabilitação na APS.

Palavras-chave: reabilitação, atenção primária à saúde.”

#### **Objetivo da Pesquisa:**

“Objetivo Primário:

Caracterizar o processo de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período compreendido entre setembro de 2016 a setembro de 2017.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil de atendimento em reabilitação na Atenção Primária à Saúde, de acordo com o problema/condição avaliada, sexo, faixa etária, local de atendimento e forma de atendimento;
- Caracterizar as ações realizadas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e profissionais de educação física que atuam no âmbito da reabilitação na Atenção Primária à Saúde.”

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

“Riscos:

Por se tratar de pesquisa que envolverá a coleta de dados não identificados (consolidado), em base de informações secundárias e públicas (Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB), os possíveis riscos estão na análise e apresentação imprópria das informações. Nesse sentido, em consonância com a ética em pesquisa e com a segurança da disseminação científica de tais dados, a pesquisa em questão preza pela veracidade das informações e autenticidade na apresentação das mesmas.

Benefícios:

Espera-se com esta pesquisa obter informações sobre o processo de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, e descrever o perfil de atendimento em reabilitação na Atenção Primária. Espera-se, também, revelar aspectos da população que demanda esse tipo de cuidado no território, e caracterizar os procedimentos realizados pelos profissionais que realizam práticas de reabilitação nesse locus. Tais informações poderão ser utilizadas para a produção de relatório a ser apresentado a órgãos públicos responsáveis pela formulação de políticas públicas, as Instituições de Ensino Superior (IES) responsáveis pela formação de profissionais da área de reabilitação e entidades representativas dos usuários dos serviços de saúde (Conselhos de Saúde, Movimentos sociais, entre outros).”

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

**Bairro:** CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA)

**CEP:** 72.220-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3376-0437

**E-mail:** cep.fce@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.534.843

Por se tratar de uma pesquisa documental, em que a identificação dos sujeitos não ocorrerá, a pesquisadora esclarece que “possíveis riscos” estão relacionados à ética dos pesquisadores no manuseio das informações coletadas. Quantos aos benefícios, os mesmos são coerentes com a proposta da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR) da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia, da Alayne Araújo Melo, sob a orientação do Profº Dr. Rodrigo Luiz Carregaro.

“O projeto será apresentado ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), o qual será informado acerca dos objetivos da pesquisa. Com base na concordância do DAB/MS, a pesquisadora responsável terá acesso às informações do banco de dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).”

“As variáveis estudadas serão os procedimentos (códigos da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde) realizados pelos profissionais incluídos no estudo, local de atendimento destes profissionais (Unidade Básica de Saúde, domicílio do usuário, equipamento social do território), problema/condição avaliada por eles (códigos da Classificação Internacional de Doenças), a forma de atendimento (individual, coletiva, compartilhada), os próprios profissionais pelo código brasileiro de ocupação (CBO específico das categorias profissionais participantes do estudo), faixa etária e sexo dos usuários acompanhados, e local (região do país).”

O título aparece corretamente em todos os documentos, e o método proposto é coerente com os objetivos do estudo. O cronograma e orçamento estão coerentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.534.843

digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1039424.pdf	16/02/2018 22:34:58		Aceito
Outros	Reso510_de_7_abril_2016.pdf	16/02/2018 22:28:49	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Curriculo_Rodrigo_Luiz_Carregaro.pdf	16/02/2018 22:27:23	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Curriculo_Alyne_Araujo_de_Melo.pdf	16/02/2018 22:26:32	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	carta_para_encaminhamento_de_pendencias_.pdf	15/02/2018 21:48:45	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_coparticipante_RESPOSTA_PENDENCIA.pdf	15/02/2018 21:47:19	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_RESPOSTA_PENDENCIA_.pdf	15/02/2018 21:40:09	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	ficha_atividade.pdf	11/12/2017 22:09:01	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	ficha_atendimento_individual.pdf	11/12/2017 22:08:22	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	ficha_de_procedimentos.pdf	11/12/2017 22:07:40	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_pesquisa_30112017.pdf	11/12/2017 22:04:22	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_proponente.pdf	11/12/2017 21:54:42	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/12/2017 00:00:45	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.pdf	30/11/2017 23:58:53	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/11/2017 23:50:14	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Carta_de_Dipsensa_do_TCLE.pdf	30/11/2017 23:47:44	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_Projet	30/11/2017	ALYNE ARAUJO DE MELO	Aceito

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE  
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.534.843

Outros	o_ao_CEP_FCE.pdf	23:44:53	MELO	Aceito
--------	------------------	----------	------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 09 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Dayani Galato**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66  
**Bairro:** CEILANDIA SUL (CEILANDIA) **CEP:** 72.220-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3376-0437 **E-mail:** cep.fce@gmail.com