

Atenção infantil na rede de cuidados à pessoa com deficiência no Brasil: um estudo multicêntrico

Children's health care in the care network for people with disabilities in Brazil: a multicenter study

Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça (<https://orcid.org/0000-0002-3676-7292>)¹

Bianca Larissa Lesca de Oliveira (<https://orcid.org/0009-0006-0511-6629>)¹

Tiótrefis Gomes Fernandes (<https://orcid.org/0000-0002-8563-9529>)¹

Ralf Braga Barroso (<https://orcid.org/0000-0001-8612-8328>)²

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0003-4647-6496>)³

Ana Carolina Basso Schmitt (<https://orcid.org/0000-0003-3685-6735>)²

Abstract *The aim of this study was to identify factors associated with early identification of disabilities and developmental follow-up of children in primary health care (PHC) services under the Care Network for People with Disabilities (RCPCD). We conducted a cross-sectional study using data from a multicenter study undertaken in eight states. The data were collected using a structured questionnaire answered by PHC professionals with degree-level qualifications selected using random sampling and stratified by state and municipality. Poisson regression with robust variance was performed for the two outcomes. Of the 1,488 workers in the final sample, 63.6% performed early identification of disabilities and 49% provided developmental follow-up. Family health teams performed early identification of disabilities and follow-up more than traditional model teams, and expanded family health teams provided developmental follow-up more than both these teams. The factors that showed the strongest association with identification and developmental follow-up were profession, working in a family health team and knowledge of the RCPCD.*

Key words *Primary health care, Disabled children, Health services for persons with disabilities*

Resumo *Objetivou-se identificar fatores associados à atenção à saúde infantil na atenção primária à saúde (APS), na perspectiva das ações preconizadas pela Rede de Cuidados à Pessoa Deficiência (RCPCD), quanto à identificação precoce de deficiências e acompanhamento do desenvolvimento infantil. Trata-se de estudo transversal, multicêntrico, realizado em oito estados brasileiros. A coleta de dados envolveu a aplicação de questionário estruturado com profissionais de saúde de nível superior atuantes na APS, com amostra aleatória estratificada por estado e município. Foram realizadas regressões de Poisson com variância robusta para duas variáveis resposta. Entre os 1.488 trabalhadores que compuseram a amostra final, 63,6% realizam ações de identificação precoce de deficiências e 49% efetuam acompanhamento do desenvolvimento infantil. As equipes de Saúde da Família (eSF) identificam e acompanham mais do que as equipes do modelo tradicional, e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica realizam mais ações de acompanhamento do que essas equipes. Conclui-se que os fatores mais associados com a identificação e o acompanhamento de crianças com deficiências na APS foram aqueles relativos à formação profissional, à eSF e ao conhecimento de normativas relativas à RCPCD.*

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

¹ Universidade Federal do Amazonas. Av. General Rodrigo Octavio Jordão Ramos 1200, Coroado I. 69067-005 Manaus AM Brasil.

ayrles@ufam.edu.br

² Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa PB Brasil.

Introdução

A atenção à saúde da criança com deficiência no Brasil historicamente se inicia com a organização da sociedade em serviços filantrópicos na perspectiva moral e caritativa. Tal modelo prevaleceu até a Constituição Federal de 1988 e o advento do Sistema Único de Saúde, quando surgem leis complementares e ações, ainda que fragmentadas, para garantir o acesso à saúde de crianças e adolescentes¹⁻³.

Visando superar a fragmentação do cuidado e com base nas discussões sobre modelos assistenciais, foram instituídas, pelo Ministério da Saúde, as redes prioritárias de atenção à saúde. Muitas das ações estratégicas para a saúde da criança foram atribuídas à Rede Cegonha, hoje denominada Rede de Atenção Materno Infantil, e, na especificidade do cuidado à criança com deficiência, à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)^{4,5}.

As ações para identificação precoce de deficiências e intervenção precoce apresentada pela RCPCD são constituídas, entre outras atividades, pela triagem e o acompanhamento infantil de bebês e crianças na primeira infância, conforme preconizado pelas Diretrizes de Estimulação Precoce de 2016 e no instrutivo normativo sobre a RCPCD no âmbito do SUS de 2020. Tais documentos defendem que a identificação precoce e o acompanhamento da criança, no seu desenvolvimento pleno, são deveres do Estado e devem contemplar análises dos aspectos motor, cognitivo, sensorial, linguístico e socioemocional, o que permite encaminhamentos oportunos, independentemente da determinação de diagnóstico. Como componente da RCPCD, cabe à atenção primária à saúde (APS) a identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância, bem como o acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida^{4,6,7}.

Nos últimos anos, tem-se encontrado apenas alguns estudos de abordagem qualitativa ou relatos de experiência sobre o acompanhamento e cuidado de crianças com deficiência na APS. Isso revela uma escassez de informações sobre as ações executadas, em especial aquelas voltadas às diferentes dimensões do desenvolvimento infantil, e acerca dos possíveis fatores associados à perspectiva do cuidado na rede de atenção^{8,9}.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi identificar quais fatores estão associados com a atenção à saúde infantil, dentro da APS, na perspectiva das ações preconizadas pela RCPCD,

em relação à identificação precoce de deficiências e ao acompanhamento do desenvolvimento infantil.

O estudo pode contribuir para aprimorar as ações de vigilância das equipes de APS, visando identificar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e a necessidade de acompanhamento regular por profissionais especializados, minimizando os riscos de prejuízos na funcionalidade dessas crianças⁶.

Métodos

Trata-se de estudo observacional analítico transversal realizado com dados obtidos por meio do estudo multicêntrico “Avaliação da implantação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin-Brasil¹⁰”.

O estudo Redecin-Brasil foi realizado em oito estados representantes das cinco regiões geográficas do Brasil: Paraíba (PB) e Bahia (BA) na região Nordeste; Amazonas (AM) na região Norte; Mato Grosso do Sul (MS) no Centro-Oeste; São Paulo (SP), Minas Gerais (MG) e Espírito Santo (ES) na região Sudeste; e Rio Grande do Sul (RS) na região Sul.

Para cada estado foram selecionadas três regiões/macrorregiões de saúde com graus distintos de implantação da RCPCD, segundo indicação da gestão estadual da RCPCD, isto é, implantação avançada, moderada e incipiente. Para cada região/macrorregião foi solicitada à gestão estadual a indicação de um município com maior número de equipamentos da RCPCD e um com menor número de equipamentos, totalizando 49 municípios¹⁰.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde de nível superior, atuantes na APS, com amostra aleatória estratificada por estado e município com partilha proporcional de número de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)/Equipe Multiprofissional, considerando os tipos de modelos organizativos da APS. O número total de profissionais definido pelo cálculo amostral foi de 1.709, considerando a quantidade de profissionais e habitantes residentes em cada município participante, com margem de erro de 1,8% e 95% de nível de confiança.

Para responder ao objetivo foram consideradas duas variáveis dependentes: (1) realizar *identificação precoce* de deficiências no pré-natal e na primeira infância e (2) realizar *acompanhamento*

em recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida. A partir de um questionário estruturado, os profissionais responderam sobre a atuação para identificação precoce de deficiências com a pergunta “você realiza a identificação precoce das deficiências, por meio de qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância?”. Para a segunda variável, sobre ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil, foi feita a pergunta “você realiza acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e suporte às famílias conforme as necessidades?”. Considerou-se a não identificação ou o não acompanhamento, as respostas «nunca» e «raramente» e identificação e acompanhamento “na maioria das vezes” e “sempre”. Ressalta-se que o questionário descrito foi elaborado com base nas normativas da RCPCD pela Portaria do Ministério da Saúde nº 793/2012⁴.

Foram variáveis independentes o perfil pessoal e profissional, educação permanente e estudos brasileiros. Assim, informações sobre idade, sexo e tempo de atuação na APS (em anos) compuseram o estudo. As equipes de APS foram: 1) Tradicionais (englobando Equipe da Atenção Básica Modelo Tradicional, Equipe de Saúde Bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Consultório na Rua, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e outros); 2) Estratégia Saúde da Família (englobando Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluviais); e 3) NASF-AB, contendo as equipes ampliadas. A formação profissional foi agrupada em: enfermagem/medicina; reabilitação (contemplando fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia), conforme Guia da Organização Mundial de Saúde para a Avaliação da Força de Trabalho em Reabilitação adaptado para a APS no Brasil¹¹; e outros (incluindo: cirurgião dentista, nutricionista, assistente social, profissional de educação física e demais).

Os estados brasileiros foram os oito participantes do estudo Redecin-Brasil. Para educação permanente, considerou-se: conhecer a RCPCD do município de atuação profissional e conhecer as publicações do Ministério da Saúde que apoiam os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência.

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa (%), e as variáveis contínuas como mediana e intervalo interquartil, conforme teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Foram calculados os

percentuais e intervalos de confiança da identificação precoce de deficiências e o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Foi também efetuada regressão de Poisson na base logarítmica com variância robusta para os desfechos: (1) identificação precoce de deficiências e (2) acompanhamento em recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida. Para tanto, foram feitas regressões bivariadas com as variáveis de interesse para cálculo das razões de prevalência (RP) brutas e seus intervalos de 95% de confiança. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram adicionadas ao modelo multivariado. Foi utilizado o método *backward stepwise* como método de entrada de variáveis, permanecendo no modelo final aquelas variáveis com significância estatística ($p < 0,05$) e melhor ajuste do modelo (medida AIC) em cada desfecho.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE nº 13083519.3.1001.5188, e por outros comitês de ética das instituições coparticipantes dos estados.

Resultados

Devido às dificuldades na logística da coleta de dados, participaram da pesquisa 1.555 trabalhadores da APS. Houve perdas de informações para algumas variáveis, resultando em um total de 1.488 indivíduos para as análises finais deste estudo. A maioria dos participantes era do sexo feminino e apresentaram mediana de 38 anos de idade. A mediana do tempo de atuação na APS foi de seis anos. A Tabela 1 apresenta informações demográficas e de trabalho dos profissionais. A maioria deles fazia parte da equipe de saúde da família e predominantemente tinham formação profissional em enfermagem e medicina.

A Figura 1 mostra o percentual e seus intervalos de confiança para profissionais que reconhecem fazer ações para identificar precocemente deficiências e acompanhar o desenvolvimento infantil. Percebe-se que, de modo geral, a maioria dos trabalhadores não relatou realizar ações de acompanhamento infantil, assim como muitos (aproximadamente 36%) relataram não participar de ações de identificação. Nessa perspectiva, é possível observar que nem todos os profissionais que participam da identificação fazem também o acompanhamento.

A Tabela 2 mostra as informações sobre os fatores associados com a identificação precoce de deficiências na APS. Verificou-se que os

Tabela 1. Características pessoais e profissionais dos trabalhadores da APS. Redecin, 2020.

Características pessoais e profissionais	n	%
Idade		
< 38 anos	756	50,8
38 anos ou mais	732	49,2
Sexo		
Feminino	1163	70
Masculino	391	30
Tempo de APS		
< 6 anos	778	51,4
6 anos ou mais	753	48,6
Equipe de APS		
Tradicional	406	26,3
Saúde da Família	941	61,1
NASF-AB	195	12,6
Profissional		
Enfermagem/medicina	984	63,8
Reabilitação	125	8,1
Outros	433	28,1
Identifica deficiências		
Identifica	988	63,6
Não identifica	566	36,4
Acompanha desenvolvimento		
Acompanha	762	49
Não acompanha	793	51
Conhece a RCPCD		
Conhece	688	44,5
Não conhece	856	55,5
Conhece publicações da área		
Conhece	601	38,7
Não conhece	953	61,3
Estado		
AM	209	13,6
BA	297	19,3
ES	70	4,5
MG	221	14,3
MS	174	11,3
PB	137	8,9
RS	140	9,1
SP	294	19,1

APS: Atenção Primária à Saúde. NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Equipe Multiprofissional. RCPCD: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. AM: Amazonas. BA; Bahia; ES: Espírito Santo. MS: Mato Grosso do Sul. MG: Minas Gerais. PB: Paraíba. RS: Rio Grande do Sul. SP: São Paulo.

Fonte: Autores.

profissionais que apresentaram associação positiva com a identificação precoce de deficiências foram aqueles das equipes de saúde da família (RP: 1,12; IC95%: 1,02-1,22), que acompanham o

desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco (RP: 1,79; 1,63-1,95) e conhecem a RCPCD do seu município (RP: 1,09; 1,02-1,16). Entretanto, os profissionais de reabilitação (RP: 0,77; 0,61-0,97) e outros da equipe multiprofissional (RP: 0,52; 0,45-0,60) tiveram associação inversa, em comparação aos profissionais da enfermagem e medicina. Não foi percebida influência da idade ou tempo de experiência do profissional no relato de identificação de deficiências.

No presente estudo não foi observada diferença significativa entre os estados participantes da pesquisa para o impacto direto no processo de identificação de deficiências e acompanhamento do desenvolvimento infantil, revelando que para tais fatores existe certa uniformidade no padrão de variáveis que afetam a identificação e o acompanhamento.

A Tabela 3 apresenta os modelos bivariado e multivariado que tiveram influência para o acompanhamento de recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida. Os profissionais que relatam acompanhar menos o desenvolvimento infantil até dois anos foram aqueles com 38 anos ou mais de idade (RP: 0,88; IC95%: 0,80-0,96), de reabilitação (RP: 0,71; 0,56-0,80) e outros (RP: 0,67; 0,56-0,93), em comparação aos de menor idade e os da enfermagem e medicina, respectivamente. Verificou-se associação positiva com o acompanhamento do desenvolvimento infantil até dois anos nos profissionais das equipes de saúde da família (RP: 1,47; 1,27-1,71), dos NASF-AB/Equipe Ampliada (RP: 1,61; 1,27-2,98), que identificam deficiências (RP: 3,36; 2,72-4,17) e conhecem a RCPCD do seu município (RP: 1,13; 1,03-1,24) e as publicações do Ministério da Saúde que apoiam os profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência (RP: 1,29; 1,09-1,32), em comparação com as equipes do modelo tradicional, que não identificam, que não conhecem a rede e as publicações, respectivamente.

Discussão

De modo geral, é possível observar que o quantitativo de respondentes que relataram realizar ações de identificação precoce de deficiências (63%) e de acompanhamento do desenvolvimento infantil (49%) está aquém do esperado, considerando que essas ações estão previstas no eixo Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral da criança, na Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança¹².

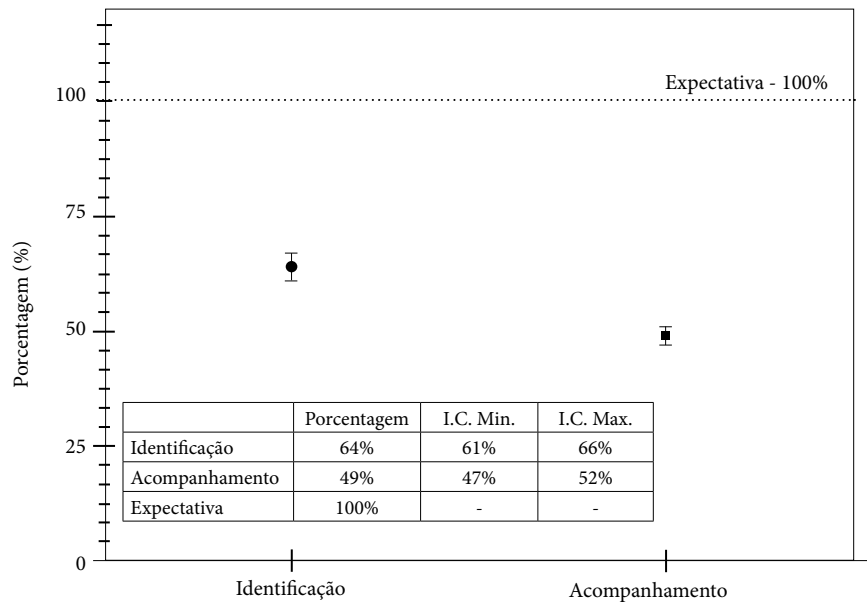


Figura 1. Percentual e intervalo de confiança para ações de identificar precocemente as deficiências e acompanhar o desenvolvimento infantil.

Fonte: Autores.

Resultados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) apontaram que no Brasil as equipes da APS fizeram o acompanhamento das crianças em 77%, 76% e 87% dos casos nos anos de 2012, 2014 e 2017/18, respectivamente¹³. No entanto, esse dado do PMAQ-AB diz respeito a qualquer ação realizada na UBS para com a criança, e não ao acompanhamento específico de crianças com deficiências ou alterações no desenvolvimento infantil. Portanto, parece razoável as prevalências de identificação e acompanhamento infantil encontradas por este estudo. Tal achado vai de encontro ao preconizado pelas diretrizes de cuidados à atenção infantil na RCPCD, assim como ao instrutivo normativo e às diretrizes de estimulação precoce, que enfatizam que a APS tem como uma de suas atribuições o acompanhamento do desenvolvimento das crianças de seu território. Além disso, é de responsabilidade dos profissionais de saúde e das equipes da APS atentar-se à vigilância e ao cuidado infantil, envolvendo consultas de crescimento e desenvolvimento, e favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que precisam ser acompanhadas de forma regular e sistemática^{4,6,7}. Nesse sentido, esperava-se que, se não a totalidade, a grande maioria

dos trabalhadores da APS estivesse habilitada e relatasse participar das ações de identificação e acompanhamento infantil.

No cenário internacional, diversos estudos relatam a importância da identificação precoce de deficiências e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, sobretudo em bebês de risco, que apresentam histórico de prematuridade, internações neonatais ou hipóxia/anóxia neonatal, riscos de alterações genéticas ou neurológicas e consanguinidade dos pais, por exemplo. Para eles, a identificação precoce do atraso no desenvolvimento é crítica e deve ser aplicada a todos os bebês de risco, especialmente com utilização de escalas padronizadas de avaliação, como é o caso do exame neurológico infantil de Hamersmith (HINE) e das escalas de Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena Bayley III. Os estudos recomendam uma avaliação criteriosa do desenvolvimento infantil, a fim de identificar potenciais alterações e possibilitar a intervenção precoce¹⁴⁻¹⁶.

Em relação às equipes da APS, é importante ponderar que o fluxo de cuidado na atenção infantil envolve o contato inicial com a equipe de Saúde da Família ou a equipe Tradicional e, caso seja identificada a necessidade de apoio

Tabela 2. Fatores associados a identificação precoce de deficiências na APS. Redecin, 2020.

Variáveis	Prevalência (%)	Modelo Bivariado			Modelo Multivariado*		
		RP	(IC 95%)	p	RP	(IC 95%)	p
Idade				0,048			
< 38 anos	65,9	1					
38 anos ou mais	60,9	0,93	(0,86-0,99)				
Tempo de APS				0,01			
< 6 anos	66,6	1					
6 anos ou mais	60,3	0,91	(0,84-0,98)				
Equipe de APS				< 0,001			0,008
NASF	38,5	0,78	(0,64-0,95)	0,02	0,86	(0,70-1,08)	0,19
Saúde da Família	74,8	1,52	(1,36-1,68)	< 0,001	1,12	(1,02-1,22)	0,02
Tradicional	49,4	1			1		
Profissional				< 0,001			< 0,001
Enfermeiros/Médicos	80,0	1			1		
Reabilitação	45,6	0,57	(0,47-0,69)	< 0,001	0,77	(0,61-0,97)	0,03
Outros	31,3	0,39	(0,34-0,45)	< 0,001	0,52	(0,45-0,60)	< 0,001
Acompanha desenvolvimento	88,6	2,24	(2,05-2,45)	< 0,001	1,79	(1,63-1,95)	< 0,001
Conhece a RCPCD	68,1	1,14	(1,05-1,22)	0,001	1,09	(1,02-1,16)	0,008
Conhece publicações da área	69,6	1,16	(1,08-1,25)	< 0,001			
Estado				0,12			
AM	68,9	1					
BA	60,1	0,87	(0,77-0,99)	0,04			
ES	70,4	1,02	(0,86-1,22)	0,81			
MG	59,5	0,86	(0,75-0,99)	0,04			
MS	57,7	0,84	(0,72-0,98)	0,03			
PB	64,2	0,93	(0,80-1,09)	0,37			
RS	67,4	0,98	(0,85-1,13)	0,76			
SP	66,1	0,96	(0,85-1,08)	0,51			

* Regressão multivariada de Poisson com variância robusta. Modelo final dado pelo método *backward stepwise*, permanecendo no modelo as variáveis com $p < 0,05$. Significância estatística ($p < 0,05$) destacada em negrito. RP: razão de prevalência; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Equipe Multiprofissional; RCPCD: rede de cuidado à pessoa com deficiência. AM: Amazonas. BA; Bahia; ES: Espírito Santo. MS: Mato Grosso do Sul. MG: Minas Gerais. PB: Paraíba. RS: Rio Grande do Sul. SP: São Paulo.

Fonte: Autores.

multiprofissional, a criança é encaminhada para o acompanhamento com o NASF-AB⁹. Assim, revela-se pertinente encontrar o NASF-AB como a equipe que mais executa ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil, alcançando 61% a mais do que a equipe de modelo tradicional, por exemplo. O NASF-AB tem um papel de extrema importância na APS, sendo formado por outros profissionais além da equipe mínima, como assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre outros. A atuação desses profissionais deve ocorrer prioritariamente por meio do apoio matricial, seja na sua dimensão técnico-pedagógica ou clínico-assistencial, para a condução de intervenções específicas, além de ações coletivas e de coordenação do cuidado. Eles promovem ações de reabilitação

e prevenção de deficiências e acompanhamento do desenvolvimento infantil incluídas em suas diretrizes¹⁷.

Em contrapartida, verificou-se menor atuação do NASF-AB na identificação de deficiências em comparação com as equipes de Saúde da Família (eSF). Tal resultado é compreensível, uma vez que as consultas de puericultura na APS costumam ficar a cargo dos profissionais da equipe mínima, sobretudo de enfermagem. Na pesquisa de Figueiras *et al.* foi observado que, em geral, o nível de conhecimento dos médicos e enfermeiros das eSF sobre desenvolvimento infantil era insatisfatório e que eles não utilizavam métodos de avaliação para averiguar as aquisições neuropsicomotoras¹⁸. Na mesma linha, os estudos de Van Schaik *et al.*¹⁹ e Gubert *et al.*²⁰

Tabela 3. Fatores associados a acompanhamento de recém-nascidos de alto risco até os 2 anos de vida. Redecin, 2020.

Variáveis	Prevalência (%)	Modelo Bivariado			Modelo Multivariado		
		RP	(IC95%)	p	RP	(IC95%)	p
Idade				< 0,001			0,004
< 38 anos	54,5	1			1		
38 anos ou mais	43,5	0,80	(0,72-0,89)		0,88	(0,80-0,96)	
Tempo de APS				0,02			
< 6 anos	51,9	1					
6 anos ou mais	45,9	0,88	(0,80-0,98)				
Equipe de APS				< 0,001			< 0,001
NASF	34,9	1,23	(0,97-1,58)	0,09	1,61	(1,25-2,08)	< 0,001
Saúde da Família Tradicional	60,6	2,14	(1,82-2,52)	< 0,001	1,47	(1,27-1,71)	< 0,001
Profissional	28,3	1		< 0,001	1		< 0,001
Enfermeiros/Médicos	61,7	1			1		
Reabilitação	36,8	0,60	(0,47-0,75)	< 0,001	0,71	(0,56-0,80)	< 0,001
Outros	23,4	0,38	(0,32-0,45)	< 0,001	0,67	(0,54-0,93)	0,01
Identifica deficiências	68,2	4,44	(3,64-5,41)	< 0,001	3,36	(2,72-4,17)	< 0,001
Conhece a RCPCD	55,9	1,29	(1,16-1,42)	< 0,001	1,13	(1,03-1,24)	0,01
Conhece publicações da área	59,6	1,41	(1,27-1,55)	< 0,001	1,20	(1,09-1,32)	< 0,001
Estado				0,03			
AM	49,5	1,00					
BA	41,5	0,84	(0,69-1,02)	0,07			
ES	53,5	1,08	(0,84-1,40)	0,55			
MG	51,4	1,04	(0,86-1,25)	0,70			
MS	45,1	0,91	(0,74-1,13)	0,39			
PB	44,5	0,90	(0,71-1,13)	0,37			
RS	54,2	1,09	(0,89-1,34)	0,39			
SP	55,3	1	(0,94-1,32)	0,21			

* Regressão multivariada de Poisson com variância robusta. Modelo final dado pelo método *backward stepwise*, permanecendo no modelo as variáveis com $p < 0,05$. Significância estatística ($p < 0,05$) destacada em negrito. RP: razão de prevalência; APS: atenção primária à saúde; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica/Equipe Multiprofissional; RCPCD: rede de cuidado à pessoa com deficiência. AM: Amazonas. BA; Bahia; ES: Espírito Santo. MS: Mato Grosso do Sul. MG: Minas Gerais. PB: Paraíba. RS: Rio Grande do Sul. SP: São Paulo.

Fonte: Autores.

apontaram que normalmente os profissionais ou se detêm a observar características estaturais das crianças ou buscam por casos clássicos de alterações no desenvolvimento, geralmente graves, deixando passar os moderados e leves, que poderiam, mediante identificação precoce e oportuna, ter altas taxas de sucesso nas intervenções. Gubert *et al.*²⁰ ainda acrescentam que somente medidas antropométricas e o preenchimento de gráficos não são práticas suficientemente adequadas para o monitoramento infantil, uma vez que, além da necessidade do olhar ampliado ao processo de desenvolvimento, existe também o caráter educativo da consulta e a comunicação com a família, que demandam múltiplos saberes,

inclusos em equipes ampliadas (multiprofissionais), e caracterizam-se como fatores essenciais para a promoção da saúde.

Quando observado o fator formação profissional, foi identificado que a equipe de reabilitação, formada por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo executa 23% menos as ações de identificação de deficiências e acompanha 29% menos do que médicos e enfermeiros. Tal achado pode estar associado à prática tradicional, vinculada ao modelo biomédico na atenção à saúde, em que o processo de identificação e acompanhamento infantil está vinculado a ações de puericultura básicas que privilegiam, de modo muito pragmático, apenas o acom-

panhamento do crescimento em detrimento à observação do desenvolvimento em seus vários domínios, incluindo os regimentais, segundo as diretrizes de cuidado na atenção à saúde infantil, como: desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e socioemocional²¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹¹, os profissionais de reabilitação assistem as pessoas com deficiência para melhorar a funcionalidade, modificando o ambiente para acomodar suas necessidades, usando produtos assistivos ou em terapia de reabilitação física, psicológica, cognitiva e sensorial. Assim, esperava-se que tais profissionais tivessem competências específicas ao proporcionar olhar conveniente às necessidades²² para identificação precoce de deficiências e acompanhamento de bebês de risco, em comparação com outros profissionais, com exceção de médicos e enfermeiros (equipe mínima).

É consenso que negligenciar os domínios diversos do desenvolvimento infantil envolvidos com o cuidado multidisciplinar pode gerar déficits na identificação de inúmeras atipicidades que levam a alterações neuromotoras e/ou neurocomportamentais²³. Na mesma linha, o cuidado do pré-natal é um dos serviços oferecidos pelo SUS que representa um importante papel do acompanhamento na saúde infantil e materna, devendo ser conduzido e realizado também por equipe multidisciplinar. Esse acompanhamento é feito para prevenir ou detectar precocemente comprometimentos neonatais e maternos, alterações no desenvolvimento fetal, reduzir partos prematuros, facilitar intervenções ainda intraútero e intervenções oportunas²⁴.

Além da questão primordial associada diretamente à saúde infantil, déficits na identificação precoce de deficiência e, conseqüentemente, na detecção de alterações do crescimento e desenvolvimento infantil prejudicam a informação e geração de dados, que são balizadores para a elaboração e o fortalecimento de políticas públicas voltadas a minorar comprometimentos e problemas associados à saúde infantil. Nesse sentido, a não identificação e monitoramento de deficiências comprometem a formulação de políticas públicas, impactando a funcionalidade dessas pessoas e gerando custos diretos e indiretos indesejados relacionados à deficiência^{25,26}.

A atenuação desses agravos ou deficiências identificadas em tempo oportuno favorece a inclusão, desde o momento escolar até o profissional, impactando diretamente na qualidade de vida dos indivíduos envolvidos nas ações e na sociedade em geral, pois geram impacto econômico

e contribuição social. Ahmed Shahat *et al.*²⁷ assinalam que “esse ônus econômico é compartilhado pela família da criança com deficiência, pelos serviços públicos de saúde e pela sociedade”.

Ao analisar o conhecimento sobre publicações do Ministério da Saúde e RCPCD foi observado que tanto para as ações de identificação de deficiências quanto para o acompanhamento infantil, conhecer a RCPCD teve relevância significativa. Isso pode ser explicado partindo do pressuposto que, quando se conhecem as normativas e as ações envolvidas com a RCPCD, há mais informações sobre fluxos de cuidados, procedimentos assistenciais, articulação, matrícula e ações de prevenção e identificação de deficiências. Tais informações podem subsidiar os processos de trabalho, otimizando as ações vinculadas à atenção infantil, segundo as normas e portarias vigentes, o que potencialmente está associado a capacitações obtidas por esforço profissional individual ou por equipe²¹. Foi encontrado também que profissionais com idade inferior a 38 anos desenvolvem mais ações de acompanhamento de crianças com atipicidades. Partindo do pressuposto de que profissionais mais jovens têm formação mais recente, incluindo capacitações e acesso às diretrizes clínicas atuais de atenção infantil, espera-se que esses profissionais executem mais as ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil, conforme evidenciado por Santos *et al.*²⁸, que defendem a educação permanente e continuada como fator essencial para a qualidade do serviço prestado na APS.

Uma possível limitação deste trabalho seria a falta de alinhamento conceitual entre pesquisadores e alguns respondentes. No entanto, a fim de suavizar esse possível efeito, seguiu-se como padrão o uso de termos presentes nas normativas da RCPCD do Ministério da Saúde. Além disso, houve a apresentação dos principais conceitos nos enunciados das questões. Reconhecemos que informações dos usuários poderiam ser incorporadas, para uma visão mais ampla do problema. Entretanto, este é um estudo de abrangência nas cinco regiões brasileiras, com amostra representativa para cada município coletado e relato direto dos profissionais que trabalham com a assistência infantil. Além disso, é o primeiro estudo desta natureza e que leva em consideração aspectos relacionados à identificação de deficiências e ao acompanhamento do desenvolvimento infantil na APS.

De modo geral, os resultados destacam a necessidade de que as equipes de APS ampliem as estratégias de identificação de deficiências e o

acompanhamento do desenvolvimento infantil, considerando a relevância da intervenção oportuna nas situações que requerem medidas de estimulação precoce e reabilitação. Os médicos e enfermeiros vinculados às eSF e que conhecem as normativas se sobressaíram na realização dessas ações em comparação aos outros profissionais em uma equipe multiprofissional. O conhecimento das publicações do Ministério da Saúde destinadas a qualificar o cuidado à saúde das pessoas com deficiência também teve impacto positivo sobre essa identificação e acompanhamento. Nes-

se sentido, ressalta-se o papel do NASF-AB e das equipes multiprofissionais na APS para garantir o cuidado integral à saúde infantil. Por fim, novos estudos que levem em consideração detalhes sobre o processo de trabalho envolvido nas ações relacionadas à saúde da criança na APS, junto à RCPCD, devem ser realizados, visando identificar possibilidades, ações e estratégias que ampliem a identificação precoce de deficiências e o acompanhamento do desenvolvimento infantil, bem como possibilidades de intervenção oportuna.

Colaboradores

ASGB Mendonça, BLL Oliveira, TG Fernandes e ACB Schmitt trabalharam na concepção e no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada. RB Barroso trabalhou na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada. KSQ Ribeiro atuou na análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq), por meio da Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD nº 35/2018, processo nº 442788/2018-5.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Suporte da Universidade Federal do Amazonas.

Suporte da Universidade Federal do Amazonas.

Referências

1. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):941-954.
2. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52):207-210.
3. Rocha EF. *Corpo com deficiência: em busca de reabilitação?* São Paulo: Hucitec; 2019.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). *Diário Oficial da União* 2022; 4 abr.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília: MS; 2016.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS: instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual*. Brasília: MS; 2014.
8. Favaro LC, Marcon SS, Nass EMA, Reis P, Ichisato SMT, Paiano M, Lino IGT. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. *Ver Min Enferm* 2020; 24:e-1277.
9. Schultz TG, Alonso CMC. Cuidado da criança com deficiência na Atenção Primária à Saúde/Care of children with disabilities in Primary Health Care. *Cad Bras Ter Ocup* 2016; 24(3):611-619.

10. Ribeiro KSQS, Barroso RB, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS, Azevedo-da-Silva SL, Fernandes TG, Schmitt ACB. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200767.
11. World Health Organization (WHO). *Guide for rehabilitation workforce evaluation*. Genebra: WHO; 2023.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.130, de 0 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2015; 5 ago.
13. Santos DMA, Alves CMC, Rocha TAH, Rocha RSC, Silva NC, Thomaz EBAF. Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1):e2020425.
14. Del Rosario C, Slevin M, Molloy EJ, Quigley J, Nixon E. How to use the Bayley Scales of Infant and Toddler Development. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2021; 106(2):108-112.
15. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, Cioni G, Damiano D, Darrah J, Eliasson AC, de Vries LS, Einspieler C, Fahey M, Fehlings D, Ferriero DM, Fetters L, Fiori S, Forssberg H, Gordon AM, Greaves S, Guzzetta A, Hadders-Algra M, Harbourne R, Kakooza-Mwesige A, Karlsson P, Krumlinde-Sundholm L, Latal B, Loughran-Fowlds A, Maitre N, McIntyre S, Noritz G, Pennington L, Romeo DM, Shepherd R, Spittle AJ, Thornton M, Valentine J, Walker K, White R, Badawi N. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. *JAMA Pediatr* 2017; 171(9):897-907.
16. Morgan C, Fetters L, Adde L, Badawi N, Bancale A, Boyd RN, Chorna O, Cioni G, Damiano DL, Darrah J, de Vries LS, Dusing S, Einspieler C, Eliasson AC, Ferriero D, Fehlings D, Forssberg H, Gordon AM, Greaves S, Guzzetta A, Hadders-Algra M, Harbourne R, Karlsson P, Krumlinde-Sundholm L, Latal B, Loughran-Fowlds A, Mak C, Maitre N, McIntyre S, Mei C, Morgan A, Kakooza-Mwesige A, Romeo DM, Sanchez K, Spittle A, Shepherd R, Thornton M, Valentine J, Ward R, Whittingham K, Zaman A, Novak I. Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA Pediatr*; 175(8):846-858.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: MS; 2010.
18. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(6):1691-1699.
19. Schaik EE van, Souza CCBX de, Rocha EF. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2014; 25(3):233-241.
20. Gubert FA, Barbosa Filho VC, Queiroz RCS, Martins MC, Alves RS, Rolim IRTP, Lopes MDSV, Vieira-Meyer APGE. Qualidade da atenção primária à saúde infantil em estados da região Nordeste. *Ciênc Saude coletiva*. *Cien Saude Colet* 2021; 26(5):1757-1766.
21. Lameira ABC, Furtado MAS, Freire Júnior RC, Fernandes TG, Mendonça ASGB. Influência de determinantes socioeconômicos no desenvolvimento motor de lactentes acompanhados por programa de follow-up em Manaus, Amazonas. *Saude Debate* 2022; 46(Esp. 5):104-113.
22. Jesus TS, Landry MD, Dussault G, Fronteira I. Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehabilitation-Workforce Challenges for the century. *Hum Resour Health* 2017; 15(1):8.
23. Cabral TS, Oliveira VVS, Barros MCS, Raimundo ACL, Mariano DMS, Bezerra RS, Oliveira KCPN, Vieira ACS. Estimulação precoce na primeira infância: incentivando a cultura de paz em pré-escolares *Braz J Hea Rev* 2020; 3(6):19924-19932.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Assistência pré-natal: manual técnico*. Brasília: MS; 2000.
25. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Uma avaliação do impacto socioeconômico do vírus zika na América Latina e Caribe: Brasil, Colômbia e Suriname como estudos de caso*. Brasília: PNUD; 2017.
26. Pereira SO, Oliveira JT, Vasconcellos MS, Santos DN. Deficiência e transferência de renda diante da síndrome congênita do zika vírus: um estudo sobre a Medida Provisória 894/2019. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200144.
27. Shahat ARS, Greco G. The economic costs of childhood disability: a literature review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(7):3531.
28. Santos MC, Frauches MB, Rodrigues SM, Fernandes ET. Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): importância da qualificação profissional. *Saude Transf Soc* 2017; 8(2):60-69.

Artigo apresentado em 07/05/2023

Aprovado em 22/08/2023

Versão final apresentada em 24/08/2023

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