



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA



Rodrigo José Knabben

**Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico
(AVE) na Atenção Básica**

Florianópolis, SC
2021

Rodrigo José Knabben

**Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico
(AVE) na Atenção Básica**

Tese de doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Avaliação e Gestão Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Cristina Marino Calvo.

Florianópolis, SC

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Knabben, Rodrigo José

Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Atenção Básica / Rodrigo José Knabben ; orientador, Maria Cristina Marino Calvo, 2021.
110 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Acidente Vascolar Cerebral (AVC). 5. Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência. I. Calvo, Maria Cristina Marino. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Rodrigo José Knabben

**Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico
(AVE) na Atenção Básica**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a Gabriella de Almeida Raschke Medeiros
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^a. Dr^a Claudia Flemming Colussi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr^a Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a. Dr^a Maria Cristina Marino Calvo
Orientadora

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

Durante alguns momentos da vida precisamos dar um passo para trás para depois seguir em frente com mais força e determinação...às vezes apenas deixamos a correnteza nos levar... ou ainda às vezes não seguimos em frente. Ficamos parados. Com a tese não foi diferente. Enfim, parar foi preciso...eu falei mais de uma vez que não sabia se eu teria a mesma paciência que a professora Cristina teve comigo. Com ela aprendi a respeitar o tempo das outras pessoas, a dar espaço e ao mesmo tempo estar próxima sempre que precisar... aprendi o que é ser uma orientadora.

Durante esse período que precisei parar, por muito tempo me cobrei e me penalizei por isso...tive vários momentos de “procrastinação”, de tentar retomar sem sucesso, de forçar um retorno por saber que existe um prazo acadêmico, enfim... me senti cobrado por mim mesmo. Ao mesmo tempo fui descobrindo que deveria respeitar esse momento de pausa e aproveitar para “amolar o machado” ...esse termo aprendi com um “cara” que me inspirou muito - o meu amigo Cadinho. Com ele aprendi que é importante sim parar um tempo e repensar nossas atitudes, nossas escolhas e caminhos que devemos tomar para alcançar nossos objetivos, no meu caso, a tese. Foi nesse momento que voltei a acreditar em Deus e a repensar o papel espiritualidade em minha vida.

No meio desse processo passei pela perda da pessoa mais importante da minha vida, minha mãe, Elisete (Zete, tia Zete, vovó Zete), ou como ela mesmo falava: minha mãe do coração! Caramba...como seguir em frente após essa perda? Mais uma vez precisei parar e repensar algumas coisas da vida...e para conseguir isso tive apoio das minhas irmãs Nohara e Thayse, meu Pai José (Tio Zé, o Knabben), dos meus avôs Altair e Luiz (in memorian) e vô Arnaldo (in memorian) e vó Maria (in memorian), do Jaca, a Dinda tia Deia, tio Elton, tio Edson e família, tia Lígia, meu cunhado Diego e meus sobrinhos Beni e Lulu...sem contar meus grandes amigos que além da amizade são a família que escolhi para levar no coração...Alex, tia Sônia, Júnior, Pierry, Lola, Indi, Douglinhas, Vânia, Marcos, Cadinho, seu Erádio, tia Neide, André, Carol, Kadu, Danny, Kelly e família, Karina, Ceci, Alezita, Poke, Lê, Miche, Fê, Angélica, Michelli, Vania, Letícia e a Si.

Falando em coração...venho contar um pouquinho de como estou aqui sem a minha mãe...como seguir com essa tese sabendo que no dia da defesa ela não estaria

sentada na primeira fileira, sorrindo, chorando, vibrando e se emocionando? Por que seguir adiante sabendo o quanto seria sofrido chegar nesse dia da defesa sem poder dividir esse momento especial com ela? Confesso que nos últimos anos pensei em desistir várias vezes...na verdade de não recomeçar esse processo solitário de escrever a tese. Logo agora no momento de aprender a lidar com o luto que quero estar cercado de quem me dá força, me divertindo, saindo de casa, aproveitando os fins de semana teria que me isolar e escrever o projeto.... que angústia! Aí veio a pandemia que mesmo por ter levado minha vó Maria e ter mudado o sentido de estar próximo trouxe muitas coisas e sentimentos especiais... veio mostrar de uma forma dura que é possível viver distante e que para seguir em frente com a tese não precisava estar sozinho e Pati e Gabi me ensinaram isso muito bem!

No meio da busca pelo autoconhecimento, evolução e proteção da saúde mental comecei um acompanhamento de psicoterapia, que além de trabalhar com todas as questões do enfrentamento do luto me ajudaram a redescobrir o sentido dessa tese em minha vida e como deveria recomeçar a trabalhar nesse projeto. As perguntas-chave: Como você chegou a esse tema da tese? Por que estudar o cuidado da pessoa que teve o AVE? A minha resposta veio de imediato com lembrança da minha querida orientadora do mestrado (professora Stella) que me apresentou a essa população e na hora veio a voz dela: “- Bolinha, temos que mostrar os dados das pessoas que sobreviveram - dados de mortalidade não nos interessam”. Ali veio a primeira resignificação que tive: “Tenho que pensar em quem está vivo...na recuperação de quem sobreviveu ao AVE.... e fiz uma comparação comigo...tenho que pensar em mim e no meu recomeço após a perda da minha mãe!”

No decorrer da terapia surgiu outra pergunta: O que você diz/orienta a esses pacientes que tiveram esse AVE e precisam de Fisioterapia? Com essa pergunta fiquei em pé no meio do consultório com misto de euforia e alegria e veio a segunda resignificação: “- Falo para essas pessoas que o AVE já ocorreu, que eles não podem ficar de pijama o dia todo, que mesmo estando com muita dificuldade a vida tem que continuar”. A pessoa com AVE tem que ficar em pé novamente para a vida seguir em frente...e mais uma vez fiz uma relação com a minha vida...tenho que parar de pensar no sofrimento da perda e mesmo estando com muita dor a vida tem que continuar...tenho que tirar o pijama...e aqui estou eu sem o pijama!

Continuo pensando todo o dia na minha mãe ...da mesma forma que a pessoa com AVE convive com sua limitação diária, mas a vida continuou.

Foi através dessa ressignificação da minha tese que segui em frente e hoje estou aqui...e sem a ajuda de cada um que falei acima teria sido bem mais difícil!

Aproveito o momento para agradecer aos membros da banca e aos professores, colegas e servidores do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - PPGSC/UFSC em especial aos parceiros do NEPAS. Finalizo afirmando que tenho muito orgulho de concluir um doutorado em uma universidade pública e de qualidade e discutir evidência científica no atual contexto político e ainda com esse governo.

Por tudo isso, o meu muito obrigado!

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) está entre as condições de saúde com maior impacto epidemiológico no Brasil e é acompanhado pela atenção básica. Os cuidados em saúde das pessoas com AVE dependem de um trabalho compartilhado das equipes da atenção básica (AB): equipe saúde da família e dos profissionais dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (NASF-AB). Espera-se que a AB apresente condições de acesso e realize a coordenação do cuidado de forma longitudinal respeitando a integralidade das ações para essa população. Apesar de algumas ações para acompanhamento das pessoas com AVE na AB estarem normatizadas, os estudos sobre o cuidado dessa população nesse ponto da atenção são escassos. O objetivo desse estudo foi avaliar o cuidado da pessoa com AVE na atenção básica. O estudo foi desenvolvido em duas etapas: 1) Estudo de avaliabilidade para elaboração e validação do modelo avaliativo e 2) Estudo de aplicabilidade do modelo avaliativo para classificação dos estados brasileiros quanto ao cuidado em saúde pós-AVE na AB. Os cuidados em saúde da pessoa com AVE na AB foram descritos e sua operacionalização sistematizada através de um modelo avaliativo, contendo o modelo teórico, lógico e a matriz avaliativa, validados em comitê tradicional na primeira etapa do estudo. A matriz avaliativa apresentou como eixo norteador os atributos essenciais da AB com 14 indicadores distribuídos nas dimensões de “Garantia do Acesso”, “Coordenação do cuidado”, “Cuidado Longitudinal” e “Cuidado Integral”. A segunda etapa foi um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa fazendo uso de dados secundários do ano de 2017 obtidos no banco de dados nacional do terceiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e-gestor Atenção Básica, e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Adotou-se como unidade de análise os estados brasileiros a partir dos municípios em que as equipes NASF-AB participaram da avaliação externa do PMAQ-AB (terceiro ciclo). O estudo de aplicabilidade do modelo avaliativo possibilitou avaliar aspectos relevantes do cuidado em saúde pós-AVE no contexto da AB e identificou aspectos que devem ser aperfeiçoados na organização do cuidado dessa população: a baixa cobertura das equipes NASF-AB, a falta de especialistas na AB, a limitação na comunicação dos especialistas com a AB, a falta de acompanhamento das pessoas com AVE em outros pontos da RAS, a indisponibilidade de medicamentos antidiabéticos e anti-hipertensivos, a fragilidade das UBS's em oferecer condições para ações de prevenção de doenças e promoção de saúde e ainda uma baixa presença do assistente social na AB. Os resultados evidenciaram uma melhor avaliação dos estados da região Nordeste e ao mesmo tempo identificou uma pior avaliação dos estados da região Norte. O suporte teórico e o desenho metodológico que sustenta este estudo pode servir como estímulo ao desenvolvimento de estudos de avaliação aplicados a avaliação de outras condições clínicas com relevância clínico-epidemiológico no contexto da AB do Brasil

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Pessoas com Deficiência; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Avaliação em Saúde; Avaliação de processos em cuidados de saúde.

ABSTRACT

Stroke is one of the health conditions with the greatest epidemiological impact in Brazil. Health care for people with stroke depends on the shared work of primary health care (AB) teams: family health team and expanded family health and primary care centers (NASF-AB). It is expected that the AB will provide access conditions and carry out the coordination of care in a longitudinal manner, respecting the integrality of actions for this population. Although some actions for monitoring people with stroke in AB are standardized, studies on the care of this population at this point of care are scarce. The aim of this study was to evaluate the care of people with stroke in primary care. The study was carried out in two stages: 1) Evaluability study for the development and validation of the evaluative model and 2) Applicability study of the evaluative model for the classification of Brazilian states regarding post-stroke health care in AB. Health care for people with stroke in AB was described, and its operationalization systematized through an evaluative model, containing the theoretical and logical model and the evaluative matrix, validated by a traditional committee in the first stage of the study. The evaluative matrix presented as a guiding axis the essential attributes of AB with 14 indicators distributed in the dimensions of "Access Guarantee", "Care Coordination", "Longitudinal Care", and "Integral Care". The second stage was a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach using secondary data from the year 2017 obtained from the national database of the third cycle of the National Program for Access and Quality Improvement (PMAQ) in the National Register of Health Establishments (CNES), e-Manager Primary Care, and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The unit of analysis adopted was the Brazilian states from the municipalities in which the NASF-AB teams participated in the external assessment of the PMAQ (third cycle). The applicability study of the evaluative model made it possible to assess relevant aspects of post-stroke health care in the context of AB and identified aspects that should be improved in the organization of care for this population: the low coverage of the NASF-AB teams, the lack of specialists in the AB, the limitation in the communication of specialists with the AB, the lack of monitoring of people with stroke in other parts of the RAS, the unavailability of antidiabetic and antihypertensive drugs, the fragility of the UBS in offering conditions for disease prevention actions and health promotion and a low presence of the social worker in AB. The results evidenced a better evaluation of the states of the Northeast region and at the same time identified a worse evaluation of the states of the North region. The theoretical support and methodological design that supports this study can serve as a stimulus to the development of evaluation studies applied to the assessment of other clinical conditions with clinical and epidemiological relevance in the context of AB do Brazil.

Keywords: Primary Health Care; Disabled Persons; Stroke; Health Services for Persons with Disabilities; Health Evaluation; Process Assessment, Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Publicações do Ministério da Saúde utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico 40

Quadro 2 - Variáveis do banco de dados do PMAQ-AB utilizadas para avaliação do cuidado das pessoas com AVE na AB 41

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------------|---|
| AB | Atenção Básica |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CNES | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde |
| DCNTs | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PMAQ | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| RUE | Rede de Urgência e Emergência |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|------------|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 12 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 3 | OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 | OBJETIVO GERAL | 17 |
| 3.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 17 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 4.1 | CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 18 |
| 4.1.1 | Cuidado da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde | 18 |
| 4.1.2 | Cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Básica | 21 |
| 4.2 | O CUIDADO DO AVE NA AB..... | 24 |
| 4.2.1 | Ações de Prevenção ao AVE na AB | 27 |
| 4.2.2 | Ações de Reabilitação ao AVE na AB | 30 |
| 4.2.3 | O papel das equipes da AB no cuidado da pessoa com AVE | 32 |
| 4.3 | ESTUDOS AVALIATIVOS DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM AVE NA ATENÇÃO BÁSICA | 34 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 38 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA | 38 |
| 5.2 | ESTUDO DE AVALIABILIDADE..... | 38 |
| 5.3 | APLICAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO | 43 |
| 5.3.1 | Procedimentos e Análise dos Dados | 44 |
| 5.3.2 | Aspectos Éticos | 45 |
| 6 | RESULTADOS | 46 |
| 6.1 | ARTIGO 1 - AVALIABILIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) NA ATENÇÃO BÁSICA | 47 |
| 6.2 | ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM AVE NA AB NO BRASIL | 68 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 91 |
| | REFERÊNCIAS | 94 |
| | APÊNDICE | 105 |

1 APRESENTAÇÃO

O autor da presente tese iniciou seu contato com o tema da pessoa com deficiência, especialmente com indivíduos acometidos pelo AVE, durante a realização de sua pesquisa de dissertação do Mestrado em Ciências do Movimento Humano na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) por meio de avaliações clínicas domiciliares nos primeiros três meses após o AVE. Nesse mesmo período, também acompanhou o projeto de extensão de visitas domiciliares para pessoas com sequela de AVE do território da Centro de Saúde Vila Aparecida, em Florianópolis-SC. Essas experiências permitiram iniciar uma reflexão, ainda que superficial, de como é o processo de cuidado com essa população nesse ponto de atenção. O desejo de estudar esse objeto só aumentou quando o autor iniciou sua atuação na Atenção Básica em Florianópolis como fisioterapeuta das equipes NASF-AB no ano de 2012. Outra contribuição para o desenvolvimento da pesquisa foi sua relação com o PMAQ enquanto entrevistador de campo nos municípios de Santa Catarina. Essa oportunidade gerou muitas trocas de experiências, discussões e aprendizados com equipes de atenção básica, gestores municipais e com demais membros da equipe PMAQ. Desenvolvendo a função de entrevistador percebeu a dimensão do programa e conseqüentemente favoreceu no desenvolvimento da tese pela riqueza de informações que poderiam ser avaliadas a partir do uso de bancos secundários. Essa vivência prática na AB e a participação na equipe PMAQ trouxeram importantes reflexões e foram fatores que tiveram uma grande influência na escrita da tese.

2 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE)¹ é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida no mundo. A cada ano, 17 milhões de pessoas tem um AVE, 6,5 milhões vão a óbito e 26 milhões vivem com incapacidade permanente (FEIGIN et al., 2014). Estudos recentes reportaram o crescente impacto negativo do AVE em todo o mundo, particularmente em países de baixa e média renda (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017; MOZAFFARIAN et al., 2016). Os dados do Brasil também causam uma grande preocupação. Em 2013 foi estimado o número absoluto de 2.231.000 pessoas com AVE no Brasil, sendo que dessas, 568.000 permaneceram com incapacidades graves (BENSENOR et al., 2015). O AVE apresenta características específicas dentro da realidade brasileira, por ser uma das doenças mais negligenciadas no país, onde também apresenta incidência e mortalidade elevadas, que determinam uma transição epidemiológica lentificada, em comparação com países com desenvolvimento socioeconômico semelhante (LOTUFO, 2015).

É importante destacar, também, que em países de baixa e média renda como, por exemplo, o Brasil, diferentemente dos de alta renda, não apresentaram redução de incidência do AVE entre os anos de 1990 e 2010 (MARINHO et al., 2018). Países em desenvolvimento passam por um processo de transição epidemiológica no qual ocorrem mudanças nos padrões de doenças infecciosas e traumáticas para doenças crônicas, que representam uma das principais causas de incapacidades e mortes, e podem estar relacionadas com o aumento dos fatores de risco para ocorrência do AVE (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017; MORGENSTERN; KISSELA, 2015).

A OMS estabeleceu quatro principais fatores de risco modificáveis de doenças crônicas, como meios de prevenção mais rentáveis. São eles: uso excessivo de álcool, alimentação inadequada, fumo e inatividade física (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017). Considerando que cerca de um terço dos casos de AVE ocorre em pessoas que tiveram um evento cerebrovascular prévio, atenção deve ser dada não somente para a prevenção do AVE primário, mas também para a reabilitação e prevenção da recorrência (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017). Estudos demonstram que dois terços das pessoas acometidas pelo AVE ficam com alguma sequela motora. Muitos sobreviventes apresentam consequências crônicas que são usualmente complexas e

heterogêneas, podendo resultar em incapacidades em vários domínios da funcionalidade (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; FERNANDES et al., 2012).

Nesse sentido, faz-se necessário a reflexão da assistência à saúde para essa população com AVE. Atualmente, as condições de maior impacto epidemiológico, dentre elas o AVE, são acolhidas no sistema de saúde pela Atenção Básica (AB), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta se esperam ações de prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica, a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária e a coordenação de todo o aspecto assistencial em saúde. Ou seja, ao contrário do que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções da atenção básica, que não é responsável só pelas ações de prevenção, mas também por ações de recuperação e reabilitação (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008). Ao mesmo tempo, para garantir uma produção de cuidado que responda as necessidades locais e com acesso universal, o modelo de saúde ancorado na AB tem se revelado uma estratégia fundamental, inclusive no Brasil (GIOVANELLA, 2018).

Há dois focos principais para direcionar as ações em prevenção desenvolvidas no SUS, envolvendo toda a rede de atenção. As realizadas para intervir nos eventos que causam as deficiências e aquelas realizadas para evitar a progressão de uma deficiência já instalada. No primeiro foco, entre as principais ações de saúde para prevenção, estão: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programas de vacinação, cuidados com relação a doenças sexualmente transmissíveis e ainda programas voltados às pessoas com obesidade, diabetes mellitus e hipertensão - fatores de risco para o desenvolvimento do AVE. No segundo foco, para evitar a progressão de uma deficiência já existente, as pessoas devem ser acompanhadas pela ESF e, quando necessário, ser encaminhadas para os serviços de reabilitação do SUS (BRASIL, 2010).

Com relação às ações de reabilitação, prioriza-se que ocorram o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, valorizar o saber da comunidade e integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços da AB e as equipes de SF sejam fortalecidos para o cuidado da população e da pessoa com deficiência, e que tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade (BRASIL, 2010).

Os estudos descritivos conduzidos recentemente no Brasil que buscam apontar os cuidados em saúde após o AVE na atenção básica têm objetivado descrever o perfil funcional dos usuários (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016), o perfil de atendimento do fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) aos indivíduos pós AVE (ARAÚJO, 2014), ou ainda verificar o conhecimento dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre AVE (SANTOS et al., 2012). Não foram identificados estudos que buscassem descrever as ações das equipes da ESF e do NASF numa abordagem multiprofissional, ou a percepção dos profissionais da atenção básica sobre as barreiras e soluções para a atenção integral do AVE. Além disso, a maioria dos estudos desenvolveram o trabalho em apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), escolhida por conveniência (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; ARAÚJO, 2014). No contexto internacional, em outros sistemas de saúde baseados em atenção primária, alguns estudos objetivaram um censo junto aos clínicos gerais sobre prevenção e cuidado do AVE (WHITFORD et al., 2009) e o levantamento da disponibilidade de estruturas para apoiar o cuidado do AVE em ambiente comunitário após a alta hospitalar (HICKEY et al., 2012). Estes estudos apontaram que os clínicos gerais se concentravam na prevenção primária e secundária do AVE e no cuidado longitudinal, de forma que a atenção primária não estava desempenhando todo seu potencial no cuidado integral ao AVE. Além disso, os serviços comunitários eram pouco interdisciplinares e deficientes de algumas categorias profissionais.

Apesar da existência de direcionamento institucional (publicações do Ministério da Saúde) referente a importância do cuidado da pessoa com AVE na AB e do referencial teórico especializado existente para assistência especializada após o AVE, a estruturação de como deve ocorrer o cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB não está claramente identificada nas publicações existentes sobre o tema. Ainda se destaca que o acompanhamento dessa população na AB é uma proposta recente, e os estudos nesse sentido são escassos, assim como são pouco desenvolvidos os mecanismos de monitoramento e avaliação do cuidado em saúde pelas equipes de AB.

Nesse contexto, fica evidenciada a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação do cuidado dos indivíduos acometidos pelo AVE na atenção básica. Portanto, essa pesquisa busca responder ao seguinte questionamento: “como está

atuando a atenção básica nos cuidados em saúde às pessoas com acidente vascular encefálico (AVE)?”. E diante do exposto, propõe-se a construção e aplicação de um modelo de avaliação para o cuidado dessa população na atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o cuidado da pessoa com Acidente Vascular Encefálico (AVE) na atenção básica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Desenvolver e validar o modelo avaliativo (modelo teórico, modelo lógico e matriz avaliativa de julgamento) do cuidado para a pessoa com AVE na atenção básica;
- 2) Classificar os estados brasileiros quanto aos cuidados em saúde à pessoa com AVE na atenção básica.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Censo populacional do IBGE (2010), utilizando abordagem conceitual e metodológica ampla, de autopercepção de funcionalidade/incapacidade, identificou 45,6 milhões de pessoas no Brasil com algum tipo de deficiência, incluindo desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes (23,9% da população brasileira). Nesse total de 45,6 milhões, foram detectadas 18,6% de pessoas com deficiência visual, 7% com deficiência motora (física), 5% com deficiência auditiva, 1,5% com deficiência intelectual/mental.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008), toda pessoa com deficiência tem direito a ser atendida nos serviços de saúde do SUS, em todos os níveis de atenção. Esse direito compreende as ações de prevenção, cura e reabilitação, incluindo consulta médica, tratamento odontológico, procedimentos de enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, exames laboratoriais e medicamentos distribuídos pelo SUS. Isso inclui ainda o direito de receber órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem complementarmente ao trabalho de reabilitação e terapia. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define, portanto, amplo leque de possibilidades, desde a prevenção de agravos, a proteção da saúde, e a reabilitação.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial (Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência, 2006) (BRASIL, 2006).

4.1.1 Cuidado da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde

A condição de saúde das pessoas com deficiência nos diferentes sistemas de saúde é variada, necessitando de uma análise aprofundada sobre os fatores envolvidos. O sistema de Seguro Saúde, caracterizado por contribuições obrigatórias

sobre a folha de pagamento de segurados e empregadores, pode não ser acessível para muitos adultos com deficiências, por terem menores taxas de emprego do que o não deficiente. Pessoas com deficiência que têm emprego podem não ter condições de arcar com as mensalidades desses seguros de saúde empresariais. Para essa população que trabalha no setor informal ou em pequenas empresas, o seguro saúde raramente é oferecido (OMS, 2011). Pessoas com deficiência ainda enfrentam baixos índices de emprego e estão mais sujeitas a ser economicamente desfavorecidas, sendo assim menos propensas a custearem seguros privados de saúde (WHITE, 2002).

O Relatório Mundial sobre a Deficiência chama atenção para a dificuldade de se obter um estudo consistente utilizando dados de censo e pesquisa nacional para estudos de forma associada. A inconsistência entre os países com relação às definições sobre deficiências e às perguntas das pesquisas limita as possibilidades de estudos comparados (OMS, 2011).

De acordo com Mefano (2014), uma análise sobre a existência ou não de barreiras de acesso aos serviços e a forma como se apresentam é muito importante para um estudo sobre políticas que favoreçam a melhoria nas condições dos serviços. Compreendem-se como barreiras de acesso não apenas as barreiras arquitetônicas, mas, principalmente, as limitações associadas às condições de financiamento e provisão de serviços, assim como a atitude dos profissionais de saúde em relação à deficiência.

Segundo o Relatório Mundial de Saúde da Pessoas com Deficiência (OMS, 2011) essa população entre 50-59 anos nos países de baixa renda apresentam os maiores índices de barreiras de acesso decorrentes da dificuldade financeira para o pagamento de consulta (67,4%) e de transporte (33,0%). Apresentam também os maiores índices de barreiras de acesso relativo à competência inadequada do fornecedor da assistência à saúde (40,9%) nos países de alta renda. As pessoas com deficiência acima dos 60 anos apresentam os índices mais altos de barreiras de acesso em consequência de maus-tratos (36,7%), falta de transporte (30,3%), desconhecimento sobre locais dos serviços (37,6%) e de tentativas com negativas de assistência (62%), todas em países de alta renda. Na faixa etária entre 18-49 anos figuram como principais barreiras de acesso: equipamento inadequado de assistência

médica (29,3%), não pôde dispor de tempo (23,9%) e a pessoa não achou que a pessoa com deficiência ou seu(sua) filho(a) estivesse tão doente (40,2%).

Harrington et al. (2009) apontam que muitos serviços de atenção primária em saúde nos Estados Unidos não são estruturados para responderem integralmente às demandas de pessoas com deficiência no que se refere à acessibilidade física, comunicacional e mesmo atitudinal. Os autores identificam mais barreiras do processo de trabalho do que barreiras físicas nos serviços, e constatam que as pessoas com deficiência são mais sensíveis às barreiras de atitudes do que às físicas. Somente 2,67% dos sujeitos pesquisados relatam dificuldades de acesso ao consultório, mas 36,4% relatam que tiveram que ensinar ao seu médico sobre sua deficiência, saindo da consulta com a sensação de não terem suas necessidades totalmente atendidas, o que revela pouco conhecimento dos generalistas sobre questões relativas a essa questão.

O Relatório OMS (2011) ressalta que o problema da pouca informação sobre a atenção à saúde para as Pessoas com Deficiência ou suas necessidades gerais em saúde limita-se ao dado que sinaliza apenas se foi procurado o “tratamento” para a deficiência.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 27 (BRASIL, 2010) no SUS, a política de inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços reconhece a necessidade de se dar respostas às complexas questões que envolvem a qualidade de vida e saúde das pessoas com deficiência. Nesse mesmo documento é reforçado o entendimento de que a reabilitação/habilitação, com vistas à inclusão da pessoa com deficiência, deve ocorrer, também, mediante ações da comunidade, transformando os ambientes pela eliminação de barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social de todo cidadão.

A média nacional de pessoas com deficiência no Brasil, em torno de 24% da população, inclui as deficiências físicas, sensoriais (visual e auditiva) e múltiplas. Considerando apenas os grupos que integram os critérios de “grande dificuldade” e “não realizam de modo algum” (funções visual, motora, auditiva ou mental) do total de pessoas com deficiência - 45.606.048 (24%), destacam-se 15.750.969 correspondendo a 8,27% da população (IBGE, 2017).

Em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health - Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) -, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir da CIF, a deficiência passa a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (OMS, 2003).

Indivíduos com deficiência estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência (HARRISON, 2006), resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental. No entanto, problemas na acessibilidade dos serviços de saúde são frequentemente relatados pelos sujeitos com deficiências, contrariando o princípio da equidade, preceito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO et al., 2011; LOPES; SOARES; BOHUSCH, 2014).

Historicamente, a assistência à saúde para pessoas com deficiência no Brasil, caracterizaram-se pela baixa cobertura e resolubilidade; o cuidado dessa população era concentrado na atenção secundária à saúde em centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas, excluindo parcela significativa desta população (ALMEIDA; CAMPOS, 2002; CARDOSO, 2004; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

4.1.2 Cuidado da pessoa com deficiência na Atenção Básica

O papel da Atenção Básica (AB) à saúde no cuidado à pessoa com deficiência não deverá ser somente o de porta de entrada para recursos especializados, mas também estabelecer estratégias de cuidado efetivas e reabilitadoras. A atuação reabilitadora na AB não deverá ser somente o de porta de entrada para recursos especializados, mas compreende ainda a interação do indivíduo com o meio social e a autonomia, promovendo a adaptação, inclusão social e a redução de incapacidades (ROCHA; KRETZER, 2009; VIEIRA, 2012). A reabilitação tem, assim, papel de fundamental importância em equipes multiprofissionais como nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (ROCHA; KRETZER, 2009).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n. 27 (2010) com base no diagnóstico territorial, os profissionais do NASF-AB deverão apoiar as equipes de saúde da família para que desenvolvam ações de promoção e de proteção à saúde, além de subsidiar o acompanhamento das ações voltadas para as deficiências. As ações da reabilitação devem estar em constante processo de avaliação, pela equipe de Saúde da Família e pelo NASF-AB, na tentativa de buscar adequação e promover o melhor cuidado aos usuários. Os profissionais do NASF-AB realizarão diretamente também, embora em caráter excepcional, atenção aos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo. Desenvolvendo também, junto às equipes de SF, ações integradas em igrejas, associações e outros ambientes, bem como o próprio domicílio.

Nessa perspectiva, um dos atuais desafios na área de reabilitação no SUS é o estabelecimento de novos fluxos entre atenção básica e atenção secundária/centros de reabilitação. É de fundamental importância a compreensão da realidade de cada serviço, produtividade e pactuação entre os serviços desses diferentes pontos de atenção (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2013).

Nos últimos anos, apesar dos avanços alcançados, torna-se evidente a intensa fragmentação e isolamento em que trabalham os serviços de saúde, tidos como pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Esta forma de atuação apresenta falhas na comunicação e acarreta dificuldades de integrar a assistência prestada e sua continuidade nos processos e trabalhos interdisciplinares que envolvem referência e contrarreferência entre profissionais e serviços.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010) toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde Unidades Básicas de Saúde (UBS) até em Serviços Especializados de Reabilitação e Hospitais. Segundo a mesma política, a Atenção Básica tem fundamental importância com os profissionais da Equipe de Saúde da Família e com os profissionais NASF-AB que, reconhecendo seus territórios de responsabilidade sanitária, capilarizam o cuidado à saúde das pessoas com deficiência que habitam as comunidades. De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos; a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; como também às ajudas técnicas,

órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

De acordo com a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (2012), a AB deve priorizar entre outras as seguintes ações estratégicas:

- IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;
- VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;
- VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;
- VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;
- IV - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência.

Assim, pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo a AB como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência. Nas UBS, o componente da RAS da pessoa com deficiência deve contar com a atenção odontológica e com os NASF-AB, com ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde.

Dentre as principais causas das deficiências que são acompanhadas na AB podemos destacar: falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto; consequência de doenças transmissíveis; consequentes de traumas e ainda as decorrentes de doenças e eventos crônicos. Essas últimas, decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como o acidente vascular encefálico, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas são em parte evitáveis pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, foi proposto pelo Ministério da Saúde o “Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas (2011 - 2022)” (BRASIL, 2011), com o intuito de definir e priorizar as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNTs num período de dez anos. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis

(tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral. Nessa publicação a AB apresenta-se como um elemento fundamental para o acompanhamento dos cuidados em saúde da população com DCNT e devido à alta morbimortalidade das doenças circulatórias, o cuidado do paciente com AVE ganhou destaque no plano.

4.2 O CUIDADO DO AVE NA AB

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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. Sendo a mesma composta de equipes multiprofissionais (p.ex: NASF-AB), 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 etc.). A atuação multiprofissional deve ser preconizada 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 (BRASIL, 2017).

Diante da crescente população com condições de saúde crônicas em consequência do envelhecimento e da multimorbidade do cenário de transição epidemiológica, o papel da AB se faz cada vez mais importante principalmente pelas diretrizes da longitudinalidade e territorialização do cuidado (BRASIL, 2017). Compete aos profissionais da AB 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 os usuários necessitam de atenção em outros serviços do sistema, o que favorece a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017). Essas premissas vão ao encontro com as orientações de cuidado as pessoas que

estão temporariamente ou de forma permanente com alguma alteração funcional decorrente dos processos crônicos de adoecimento (MENDES, 2012).

Apenas duas publicações do Ministério da Saúde abordam diretamente o cuidado da pessoa com AVE na AB detalhando alguns pontos específicos de como deve ocorrer a atenção para essa população.

A publicação intitulada “Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral (2013)” identifica a AB como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e deve buscar não só a assistência, mas também a prevenção e a redução das taxas de reinternação por AVE. Para tanto, essa diretriz traz algumas medidas bem estabelecidas que devem ser consideradas:

1. Educação permanente de recursos humanos a fim de identificar precocemente pessoas com os fatores de risco para o AVE e garantir acompanhamento nas UBS, além da identificação de sinais e sintomas iniciais, favorecendo o pronto atendimento imediato;
2. Formação das equipes de Saúde da Família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de capacitar os agentes comunitários de Saúde e demais membros da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar pessoas com AVE e fornecer orientações e os primeiros cuidados de reabilitação territorial;
3. Encaminhamento para o profissional capacitado para que seja feita prescrição de recursos em tecnologia assistiva, tais como: órteses, cadeiras de rodas e cadeiras de rodas para banho, além de adequação do ambiente físico, quando necessário, por meio de critérios seguros e que auxiliem nos primeiros cuidados pós-evento;
4. Incentivo à formação de programas de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC);
5. Promoção de campanhas educativas por variadas mídias, para a população em geral, com uso de linguagem acessível e não alarmante, visando à prevenção com divulgação dos fatores de risco e a sinais precoces do evento, para que a própria população possa reconhecer os grupos de risco e procurar assistência o mais rápido possível, quando necessária;
6. Estimulação da educação em saúde dos grupos de risco, coordenada por profissionais de Saúde habilitados nas UBS, com o objetivo de promover a discussão acerca de medidas preventivas, tais como mudanças de hábitos alimentares e estímulo à atividade física, além de permitir a troca de experiências;
7. Ações que facilitem a inclusão escolar, laboral ou social de pessoas com AVE;
8. Realização de abordagens e práticas grupais e oficinas socioeducativas, focais, operativas, terapêuticas, entre outras;
9. Integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do território (escolas, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer). (BRASIL, 2013a, p. 4)

A outra publicação é intitulada como “Linha de cuidados” em “acidente vascular cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências” (CONITEC, 2012)

apresenta a UBS como um dos componentes da Linha de cuidado do AVE e traz a seguinte descrição:

A ação da AB na linha de cuidado do AVC não se resume ao evento agudo. A equipe da UBS deve realizar ações, no âmbito individual e coletivo, para promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção das doenças cardiovasculares. Nos pacientes com doenças crônicas cardiovasculares, deve ser realizado o tratamento, com abordagem ampliada, não restrita à prescrição de medicamentos, mas envolvendo atuação multiprofissional e atuando na promoção do autocuidado e cuidado compartilhado, bem como realizando estratificação de risco e acompanhamento próximo dos casos de mais alto risco. [...] Após a internação hospitalar, a equipe da UBS deve ser notificada da alta, para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse usuário. A depender da gravidade do caso, ele pode necessitar de atendimento ambulatorial especializado (em outro serviço, por exemplo: reabilitação), mas todos devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes de atenção básica. Caso a equipe seja apoiada por NASF, esse usuário deve ter seu caso discutido com os profissionais do NASF, para avaliar a necessidade de atendimento conjunto ou de ações específicas dos diversos núcleos profissionais. A Academia da saúde também pode ter ações para esses usuários, a depender da sua condição física (CONITEC, 2012).

Apesar dessas duas publicações ministeriais reforçarem e apresentarem alguns pontos específicos para o cuidado da pessoa com AVE, ainda são escassas as pesquisas que abordam essa temática na literatura nacional e internacional. Ao mesmo tempo, observa-se também que muitos pontos levantados por ambas as publicações são genéricos e podem ser aplicados a outras condições de saúde ou podem abranger o cuidado a outros tipos de deficiência.

Nesse sentido, a compreensão do escopo das práticas assistenciais de prevenção e reabilitação na AB são fundamentais para apoiar os processos de gestão e formação de profissionais, além de aprimoramento das ações em saúde (WHO, 2017). Ao mesmo tempo, a produção de cuidados na AB 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 (JAMES et al., 2018; RIBEIRO et al., 2012).

4.2.1 Ações de Prevenção ao AVE na AB

As equipes de AB possuem um território de atuação definido, com responsabilidade sanitária sobre determinada população. As atividades devem ser programadas e implementadas de acordo com as necessidades de saúde dessa população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, a fim de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis (BRASIL, 2017).

A equipe Saúde da Família possui papel central na prevenção e cuidado das doenças crônicas, pela proximidade que tem com sua população adstrita, pelo acompanhamento do núcleo familiar em todas as fases do ciclo vital e por sua função educativa e promotora de saúde (COSTA, 2009). As equipes estão envolvidas na prevenção e no cuidado ao indivíduo pós AVE, através de ações de prevenção primária e secundária, no acolhimento das demandas do indivíduo após a alta hospitalar e no acompanhamento da condição crônica, objetivando a atenção integral, a coordenação e a continuidade do cuidado, de acordo com os atributos da atenção primária em saúde.

Para que a rede de atenção à saúde cumpra seu papel, é imprescindível que a AB esteja organizada, coordenando o cuidado e ordenando o fluxo do usuário na rede (BRASIL, 2015). Algumas normas técnicas nacionais estruturam a atenção às doenças cerebrovasculares e indicam qual é o papel da AB em relação ao AVE. Dentre eles, destaca-se a Linha de Cuidados do AVC, aprovada pela Portaria MS/GM nº 665, de 12 de abril de 2012, que propõe uma redefinição de estratégias para atender às necessidades específicas do cuidado ao AVE diante do cenário epidemiológico atual, visto que o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o envelhecimento da população tornam necessário um maior controle dos fatores de risco (CONITEC, 2012).

Geralmente as práticas de prevenção de agravo na AB são mais executadas no formato coletivo, centrada para grupo de risco biológico. A AB é um local que favorece as ações promotoras de saúde e de prevenção de agravos, desde as relacionadas aos fatores de risco comportamentais (estilo de vida) ou aos determinantes sociais em saúde (qualidade de vida) (TEIXEIRA et al., 2014).

Sabe-se que muitas doenças crônicas requerem uma intervenção constante, não só medicamentosa, mas também mediante práticas educativas, que possibilitem a troca de informações, acompanhamento e orientações junto à comunidade, para que se consiga maior resolutividade no tratamento. A falta de conhecimento sobre as características da doença, assim como as possíveis complicações, pode levar os indivíduos acometidos a não seguir as orientações sugeridas pelos profissionais. Faz-se necessária a efetiva participação de todos os profissionais inseridos na ESF em uma prática educativa em seu cotidiano de trabalho. Tal atividade, além de orientar e tirar dúvidas, estimula a confiança na relação profissional-paciente, assim como torna os usuários indivíduos conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento. As atividades educativas podem ser usadas como uma ferramenta para informar os indivíduos sobre as possibilidades de tratamento (seja ele medicamentoso ou não), promover a saúde e a funcionalidade e prevenir a piora da atual condição de saúde (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; TADDEO et al., 2012).

O risco de quedas também deve ser uma preocupação no cuidado ao indivíduo que sofreu AVE, visto que mais de 70% destes tem uma queda nos primeiros seis meses após a alta hospitalar. A avaliação dos fatores de risco é o primeiro passo na prevenção das quedas, portanto recomenda-se que ela seja realizada anualmente com os indivíduos pós AVE. É interessante orientar os indivíduos e as famílias com informações voltadas a possíveis modificações para a casa e o ambiente, pensadas a reduzir o risco. É recomendado que a pessoa participe de um programa de exercícios que envolva treino de equilíbrio e, nesse sentido, o Tai Chi tem sido considerado uma modalidade de exercício efetiva (LINDSAY et al., 2014; WINSTEIN, 2016).

As ações de prevenção podem ocorrer em âmbito individual ou coletivo. A educação em saúde dos grupos com fatores de risco, coordenada por profissionais de saúde nas UBS, pode contribuir na redução da reincidência do AVE. Essas ações têm por objetivo promover a discussão acerca de medidas preventivas, tais como mudanças de hábitos alimentares, a cessação do tabagismo, o estímulo à atividade física regular, o controle da pressão arterial, o manejo das dislipidemias e o manejo do diabetes, além de permitir a troca de experiências de indivíduos da comunidade. Dessa forma, o tratamento das doenças crônicas cardiovasculares deve superar a abordagem apenas medicamentosa, de forma a envolver a atuação multiprofissional

em torno do cuidado compartilhado e da promoção do autocuidado do indivíduo. Além disso, deve-se valorizar o contato periódico e não somente as campanhas voltadas ao rastreamento (BRASIL, 2006; CONITEC, 2012; COSTA, 2009).

A hipertensão e o diabetes recebem atenção especial na atenção básica. A distribuição gratuita de medicamentos para essas condições teve início em 1971 e vem se ampliando. Atualmente, os usuários têm também acesso aos materiais necessários ao monitoramento da glicemia capilar e à insulina (BRASIL, 2011).

Os casos de risco cardiovascular com etiologia bem definida, estáveis, que precisam apenas manter prevenção, podem ser conduzidos pela atenção básica. Os casos de mais alto risco, identificados através de uma estratificação, podem ser encaminhados para especialista, seja esse um serviço próprio ou referenciado (BRASIL, 2013b; CONITEC, 2012). É fundamental que a ESF mantenha o acompanhamento das pessoas encaminhadas para serviços de referência para a supervisão do tratamento continuado, estando atenta às intercorrências e ao abandono ou irregularidade do tratamento (COSTA, 2009).

Campanhas educativas de alcance populacional podem ser utilizadas de maneira a informar sobre fatores de risco, sinais e sintomas, de forma a promover o reconhecimento dos grupos de risco e da importância de procurar assistência o mais rápido possível, quando necessário. As campanhas podem ser realizadas utilizando-se de variadas mídias, com uso de linguagem acessível e não alarmante (BRASIL, 2013a).

Como porta de entrada preferencial do sistema, as UBS podem receber usuários no momento da ocorrência do evento agudo. Neste caso, a equipe deve realizar o primeiro atendimento: avaliar sinais vitais e glicemia, realizando o diagnóstico diferencial de hipoglicemia, e fazer exame neurológico de rápida aplicabilidade e compreensível. Após isso, a equipe de atenção básica deve entrar em contato com a central de regulação de urgência ou serviço de urgência para encaminhamento do usuário ao hospital, procedendo com a transferência responsável (CONITEC, 2012).

Durante a internação hospitalar, já pode ser iniciada a reabilitação, sendo o objetivo principal incentivar a desospitalização o mais precoce possível e evitar ou minimizar possíveis complicações decorrentes do evento. Preconiza-se que na alta hospitalar a pessoa leve consigo o relatório da sua condição clínica,

encaminhamentos para a reabilitação, além de orientações para cuidados domiciliares (BRASIL, 2013a).

4.2.2 Ações de Reabilitação ao AVE na AB

Após a internação, a equipe da UBS deve ser notificada da alta hospitalar, de maneira a poder realizar o seguimento desse usuário. A depender da gravidade do caso, ele pode necessitar de atendimento ambulatorial especializado (em outro serviço, por exemplo: reabilitação), mas todos devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes de AB. O caráter de atendimento multiprofissional não é exclusivo aos cuidados e manejo do AVE, sendo necessário um trabalho conjunto de profissionais que, mesmo não atuando nos mesmos níveis de assistência, são capazes de atender a necessidade dos seus pacientes dentro de suas competências e qualificações, de maneira a oferecer uma ampla visão da patologia a ser tratada e prevenida secundariamente. Profissionais que atuam nesse quadro clínico são da neurologia, neurocirurgia, clínica médica, geriatria, cardiologia, neuroradiologia intervencionista, cirurgia vascular, enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia, psicologia, nutrição e serviço social (CONITEC, 2012).

A descentralização das práticas relacionadas à reabilitação no âmbito territorial da AB favorece pessoas que necessitam de cuidados (WHO, 2017) em função das condições de saúde crônicas e funcionais (HOWARD et al., 2016). Esse movimento de atenção a condições funcionais na AB, mesmo que de maneira ainda incipiente, vem acontecendo no Brasil (FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013; ROCHA; SOUZA, 2011; RODRIGUES et al., 2015), com o reconhecimento da AB como ponto da rede de cuidados responsável por fomentar as práticas de saúde territoriais e comunitárias (TOMASI et al., 2011).

O cuidado das condições de saúde exige a articulação da AB com os demais âmbitos do sistema de saúde e com outros setores (WHO, 2017), de forma que a organização dos serviços responda socialmente às demandas, de forma integrada, contínua e proativa. 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. O amplo escopo de práticas é imprescindível, dada a gama de sintomas apresentados pelas condições de saúde

crônicas, que podem se manifestar de forma agudizada, por períodos prolongados ou permanentemente, ocasionando, muitas vezes, perda da capacidade funcional, o que exige cuidados de saúde da APS e de toda a rede de atenção à saúde (MENDES, 2012)

O desenho assistencial do NASF-AB representa uma das iniciativas em resposta ao problema da dificuldade de acesso, da oferta incipiente, e da descontinuidade do cuidado na área de reabilitação (REIS et al., 2012). 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, em que a reabilitação é frequentemente relacionada aos serviços especializados em âmbito curativo. Além do NASF-AB, as outras equipes que atuam na AB 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 (BRASIL, 2012a).

A diretriz da AB sobre o cuidado centrado na pessoa e a abordagem familiar, considerando os determinantes sociais, favorecem a prática da reabilitação inclusiva, partindo do ponto de vista das variadas possibilidades de atuação dos profissionais na AB no que se refere a atividades e participação do usuário no ambiente familiar, comunitário, de trabalho e lazer (FARIAS; BUCHALLA, 2005). O olhar para a família também deve ser valorizado, com apoio aos cuidadores dos indivíduos dependentes (COSTA, 2009; BRASIL, 2013a). Visando o sucesso da reabilitação, deve-se oferecer o apoio emocional favorecendo comportamentos que estimulem resiliência, motivem e fortaleçam a relação familiar. O processo de reabilitação se torna condição necessária à promoção de ganho de autonomia para as atividades de vida diária, readaptação à nova condição, prevenção de agravos, aquisição de novas habilidades funcionais, redução de perda funcional e possível retorno ao mercado de trabalho (BRASIL, 2013a).

O usuário pós-AVE também necessita ter acesso à prescrição e recebimento de recursos em tecnologia assistiva, tais como órteses, cadeiras de rodas e cadeiras de rodas para banho, além de adequação do ambiente físico, quando necessário, por meio de critérios seguros e que auxiliem nos primeiros cuidados pós-evento. Esse encaminhamento pode ser realizado pela equipe de atenção básica (BRASIL, 2013a).

Ainda referente aos cuidados de reabilitação, uma questão a ser discutida é a atenção domiciliar (AD), que é uma modalidade de atenção à saúde em ascensão mundial em decorrência de transformações demográficas, epidemiológicas, socioculturais e políticas (SEIXAS et al., 2014). Ela é regulamentada no país através da Portaria 825/2016 do Ministério da Saúde que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a mesma portaria, os casos que necessitam do cuidado domiciliar devem ser acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que consiste em um serviço favorável à concretização de novas formas de produção de cuidado e de atuação em distintos pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), além de propiciar um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades (BRITO et al., 2013).

Entre os casos mais frequentes no SAD em todo Brasil no ano de 2016, estão pacientes que apresentam sequelas do AVE representando 47,6% dos casos em acompanhamento, seguido de pacientes com Doença de Alzheimer (9,7%). Esses valores indicam o quanto o cuidado no ambiente domiciliar deve ser estudado nessa população.

As unidades básicas de saúde e a atenção domiciliar são elementos constituintes da linha de cuidados do acidente vascular cerebral (AVE) e a garantia de acesso às unidades básicas de saúde é considerada parte do cuidado qualificado. A atenção básica associa um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e deve buscar não só a assistência, mas também a prevenção e a redução das taxas de internação e reinternação por AVE. O acolhimento da pessoa acometida por AVE tem como meta final a inserção social e a participação cidadã do indivíduo, por meio da recuperação ou redução das incapacidades, com vistas a incrementar a qualidade de vida dessa pessoa (BRASIL, 2013a; CONITEC, 2012).

4.2.3 O papel das equipes da AB no cuidado da pessoa com AVE

As equipes das UBS devem também estar envolvidas em ações de educação permanente, a fim de manter-se atualizadas e prontas a identificar precocemente os riscos e favorecer o atendimento imediato na presença de sintomas e sinais relacionados ao AVE. Têm sido implantados cursos de capacitação para as equipes de atenção básica por meio do ensino à distância. Processos de consultoria como o

Telessaúde, com troca de informações sobre um caso clínico como uma Segunda Opinião Formativa, estão se estruturando para apoio às equipes no cuidado integral às doenças crônicas não transmissíveis. É importante ressaltar também o apoio técnico-pedagógico disponível através dos NASF-AB (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014; CONITEC, 2012).

A Linha de Cuidados ainda prevê que, caso a equipe seja apoiada por NASF-AB, este pode estar envolvido no cuidado segundo as necessidades de ações específicas dos núcleos profissionais. A Academia da Saúde também pode ter ações para esses usuários (CONITEC, 2012).

As ações de apoio desenvolvidas pelo NASF-AB são: atendimento individual, atendimento coletivo (BELETTINI; TUON, 2013) discussão de casos (BEZERRA et al., 2010), interconsulta (BEZERRA et al., 2010), construção conjunta de projetos terapêuticos (HORI; NASCIMENTO, 2014), educação permanente, intervenções no território, ações intersetoriais (FERRO et al., 2014), ações de prevenção e promoção da saúde (BONALDI; RIBEIRO, 2014), discussão do processo de trabalho das equipes, entre outros. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas UBS, Academias da Saúde ou em outros pontos do território (CONITEC, 2012).

Em um estudo no município de Belo Horizonte/MG, de Araújo (2014), foram analisados os prontuários de 20 usuários de uma UBS acometidos pelo AVE que receberam atendimento de algum profissional do NASF-AB. Foram encontrados registros de atendimentos de apenas cinco dos oito profissionais que constituíam o NASF-AB da UBS: o fisioterapeuta prestou assistência a 80% (n=16) desses indivíduos, o nutricionista a 40% (n=8), o fonoaudiólogo(a) a 35% (n=7), o(a) terapeuta ocupacional a 15% (n=3) e o(a) assistente social a 5% (n=1). Ao mesmo tempo, no mesmo estudo foi observado que mais da metade (54,5%) dos prontuários dos indivíduos não apresentava qualquer registro de atendimento por algum profissional do NASF-AB, mesmo sendo o NASF-AB uma importante iniciativa em resposta à problemática da continuidade do cuidado na área da reabilitação (REIS et al., 2012). O ponto importante desse dado apresentado no estudo se refere a essa população não estar sendo contemplada pela retaguarda especializada dos profissionais NASF-AB por não terem a oportunidade de ter suas demandas identificadas.

As normas técnicas e publicações do Ministério da Saúde não trazem apontamentos sobre a vigilância e registro dos casos de AVE do território e essas

informações não ficam disponíveis em algum sistema de informação acessível à população, o que dificulta a longitudinalidade e integralidade do cuidado na AB. Ao mesmo tempo, destaca-se a posição de centralidade que a atenção básica ocupa na rede de atenção à saúde, com responsabilidade sanitária sobre os usuários que vivem e trabalham em seu território de atuação. As equipes de atenção básica atuam na prevenção e no cuidado de todas as demandas de saúde, especialmente nas que apresentam maior relevância epidemiológica e impacto social. Os atributos da atenção primária privilegiam o acompanhamento do usuário ao longo do tempo e em seu percurso pelos serviços de saúde, em uma abordagem integral.

4.3 ESTUDOS AVALIATIVOS DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM AVE NA ATENÇÃO BÁSICA

Apesar da existência de direcionamento institucional (publicações do ministério da saúde) referente a importância do cuidado da pessoa com AVE na AB e do referencial teórico especializado existente para assistência especializada após o AVE, é explícito que a estruturação de como deve ocorrer o cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB não está claramente identificada nas publicações existentes sobre o tema. Pesquisas avaliativas de cunho metodológico de descrição dos processos de modelagem em relação a gestão do cuidado em saúde nessa condição clínica também não foram encontrados na literatura. Essa insuficiência de estudos avaliativos sobre o objeto de pesquisa no contexto da AB indica a importância de pesquisas que contribuam para essa intervenção avaliativa e para a proposição de questões que direcionem à avaliação do cuidado pós-AVE. Buscando sanar essa lacuna, foi realizada revisão de literatura e de documentos do Ministério da Saúde, com a sistematização que permitiu o agrupamento dos dados por similaridade categorizados de acordo com os atributos da AB apresentados por Starfield (2002), são eles: **Acesso, Coordenação do Cuidado, Longitudinalidade e Integralidade.**

A categoria Acesso foi identificada em 14 publicações. O estudo de Cavalcante (2016) evidencia que uma maior cobertura da AB com presença da equipe multiprofissional especializada do NASF-AB facilita o acesso aos cuidados em saúde das pessoas com AVE e contribui para a redução da recorrência dele no território. Outros artigos trazem a importância da abordagem multiprofissional no contexto da

AB após o AVE enquanto contribuição na qualidade do cuidado (AZIZ et al., 2014; AZIZ et al., 2017; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; HICKEY et al., 2012; WENGERKIEVICZ, 2017; WITHFORD, 2009).

Em relação às barreiras de acesso, os estudos internacionais sinalizaram que o acesso a cuidados especializados para o AVE é difícil ou muitas vezes ausente em algumas categorias profissionais (AZIZ et al., 2017; BRAININ et al., 2011; BROOMHEAD et al., 2011; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; HICKEY et al., 2012; LANGHORNE; VILLIERS; PANDIAN, 2012; PHILP et al., 2013; WASAY; KHATRI; KAUL, 2014; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013; WITHFORD, 2009). No Brasil, os cuidados especializados para essa população na AB são explorados pelos NASF-AB juntamente às equipes de Saúde da Família. A implementação das equipes multiprofissionais do NASF-AB incorporou as profissões que tem tradição em reabilitação, como fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (ROCHA; SOUZA, 2011; RODES et al., 2017). Pesquisas realizadas no contexto da AB do Brasil também encontram a mesma dificuldade no acesso a especialistas (BOUSQUAT et al., 2017; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; WENGERKIEVICZ, 2017).

A categoria **Coordenação do Cuidado** foi identificada em 19 publicações. A maioria dos estudos que trazem a discussão da coordenação do cuidado reforçam a fragmentação e a má coordenação do cuidado como maiores obstáculos para garantir a atenção a saúde adequada pós-AVE (AZIZ et al., 2014; AZIZ et al., 2017; BRAININ et al., 2011; BROOMHEAD et al., 2011; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; LANGHORNE; VILLIERS; PANDIAN, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; PHILP et al., 2013; WASAY; KHATRI; KAUL, 2014; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013). A falta de coordenação da transição assistencial entre o momento da alta hospitalar (após o episódio agudo) e as equipe de AB é um tema recorrente nas publicações sobre o tema (AZIZ et al., 2014; AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; GRIMSMO et al., 2018; RATTRAY, 2017; WENGERKIEVICZ, 2017). Dentre as possíveis causas para essa má coordenação pontua-se a falta de comunicação dos profissionais dos diferentes serviços (LIM et al., 2020; MULLIS et al., 2019) e a carência no desenvolvimento de protocolos/diretrizes com pactuações locais entre profissionais da AB e de serviços de atenção secundária e terciária (AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; PHILP et al., 2013; TURNER et al., 2018). Aziz e colaboradores (2017) sugerem que uma das estratégias para que os serviços fragmentados passem

a funcionar de forma coordenada é a abordagem assistencial compartilhada entre todos os profissionais envolvidos no cuidado (AZIZ et al., 2017).

Na pesquisa de Aziz et al. (2018) são apresentadas consequências desse processo fragmentado, como a redução de pacientes com sequela de AVE encaminhados a centros de reabilitação e a confusão dos pacientes com inúmeras consultas (AZIZ et al., 2018), ou ainda o aumento da readmissão hospitalar ao longo dos anos (FREBURGER et al., 2018).

A categoria **Cuidado Longitudinal** foi identificada em 10 publicações. Em relação a esse cuidado ao longo do tempo nas pessoas com sequelas de AVE, é apontada por diversos pesquisadores a falta de diretrizes (AZIZ et al., 2014; AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013). Nos estudos de Carvalho-Pinto e Faria (2016) na AB de Belo Horizonte/MG e de Wengerkievicz (2017) na AB de Florianópolis/SC ficam evidenciadas a dificuldade das equipes de AB em identificar pacientes do território que apresentavam histórico de AVE e conseqüentemente a falta de registro dessa condição clínica nos sistemas de informação dos serviços.

Ainda é relatado na literatura a importância do monitoramento regular e vigilância do cuidado para DCNT (incluindo tipo de alimentação, hábitos intestinais, presença de depressão e capacidade funcional) no acompanhamento na AB dessa população (AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018). Essa vigilância faz-se necessária como medida de segurança para complicações pós-AVE e no risco de recorrência da condição (AZIZ et al., 2017). Destaca-se o acompanhamento contínuo prioritário de pessoas com AVE que apresentem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus (ABELLÁN et al., 2011; AZIZ et al., 2017; HOHOK et al., 2018; TAMAYO-OJEDA et al., 2017).

Em relação a categoria **Cuidado Integral**, foram encontradas 10 publicações que traziam a temática. Na maioria dos estudos foi evidenciado que os cuidados em saúde na AB podem ser otimizados se as equipes de AB prestarem um serviço de atenção integral pós-AVE. No estudo de Feigin e colaboradores (2016) é analisada a carga do AVE (anos de vidas perdidos pela incapacidade) e os resultados sugerem que mais de 90% dessa carga é atribuível a fatores de risco modificáveis. Alcançar o controle dos fatores de risco comportamentais (ou seja, tabagismo, alimentação inadequada e baixa atividade física) e metabólicos (hipertensão arterial sistêmica,

índice de massa corporal elevado, hiperglicemia em jejum etc.) poderia evitar mais de três quartos da carga global do AVE. As intervenções individuais e coletivas para promover o empoderamento das pessoas e para sensibilizá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas e podem ser aplicadas aos indivíduos acometidos por AVE, em especial na AB (MORAIS et al., 2015).

Ao mesmo tempo, o papel da AB na prestação de cuidados em saúde não deve se limitar apenas ao monitoramento de fatores de risco de AVE, mas também incluir o enfrentamento de possíveis complicações, como incapacidade física, problemas de deglutição e questões relacionadas à saúde mental, como depressão e demência (AZIZ et al., 2018). A AB tem um potencial ainda a ser ampliado em relação ao cuidado em reabilitação ao indivíduo que sofreu AVE e a atenção integral depende de um esforço coordenado de toda a rede de atenção à saúde (WENGERKIEVICZ, 2017).

Os estudos de Billinger et al. (2014) e Lindsay et al. (2014) descrevem diretrizes para a prática de atividade física, sugerindo que uma rotina de exercícios se inicie o mais breve possível (pós-AVE) e que esta população realize o máximo de atividades, que podem ocorrer em centros de reabilitação, no ambiente comunitário e/ou domiciliar, com supervisão. A reabilitação terá o objetivo de aumentar a recuperação e habilidades motoras, eficiência no autocuidado e atividades ocupacionais e de lazer. Também é recomendado que os próprios indivíduos que sofreram AVE, seus familiares e cuidadores aprendam a monitorar e acompanhar o exercício físico independentemente do local de prática (ambulatorial, domiciliar ou comunitário). Grupos de exercícios também podem ser oferecidos a essa população, pois aumentam a prática e promovem interações sociais entre os indivíduos, além de constituir estratégias viáveis de promoção de atividade física regular. São estratégias de baixo custo operacional quando comparadas com outros programas que exigem supervisão individual (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016).

Foram levantados ainda estudos que trazem a importância da abordagem a questões de saúde mental (AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; CUMMING; MARSHALL; LAZAR, 2013) de apoio a ações para garantia de direitos sociais e para reintegração na comunidade, enquanto contribuição da AB nesse cuidado (CHEN et al., 2019; TALBOT et al., 2004).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O desenho deste trabalho se caracteriza, em função de seus objetivos, por um estudo avaliativo transversal descritivo, com abordagem quantitativa. O objeto de avaliação são os cuidados em saúde da pessoa com AVE na AB dos estados do Brasil, no ano de 2017. Foram utilizados dados secundários do banco de dados da avaliação externa do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do e-gestor Atenção Básica e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) todos referentes ao ano 2017. A tese foi realizada em duas fases distintas e sequenciais. Na primeira etapa foi realizado um estudo de avaliabilidade (EA) para consenso do modelo avaliativo por especialistas. Na segunda etapa foi realizada a aplicação do modelo avaliativo da atuação da AB referente aos cuidados em saúde das pessoas com AVE nos estados brasileiros.

5.2 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O estudo de avaliabilidade foi proposto com o intuito de verificar a viabilidade operacional e metodológica da pesquisa, preparar um ambiente favorável para a avaliação e aumentar as possibilidades de utilização dos seus resultados (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). Para tal, realizou-se uma análise da literatura científica especializada das bases Pubmed, Lilacs e Scielo, onde foram selecionados artigos científicos com experiências em relação a gestão do cuidado da pessoa com AVE no contexto da AB de forma descritiva ou avaliativa. Adotou-se como critérios de inclusão: a presença dos termos de busca (atenção primária – primary health e acidente vascular encefálico – stroke) no título ou resumo (termos disponíveis nos descritores em ciências da saúde – DeCS); disponibilidade online do texto completo; idioma português, espanhol e inglês e sem limitação cronológica. Foram excluídos materiais que tratavam sobre aspectos exclusivamente clínicos e/ou abordagens experimentais e artigos que se repetiram entre as bases. Não foram analisados aspectos específicos da ação de medicamentos ou tratamentos

especializados no contexto individual de cada profissão que participa das ações de cuidado em saúde da pessoa com AVE. Com a definição clara do objeto em estudo (cuidado em saúde pós-AVE na atenção básica), realizou-se a modelização.

Foram desenvolvidos o modelo teórico (MT), modelo lógico (ML) e a matriz avaliativa (MA) do cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB. Modelizar significa representar o objeto, seus movimentos e suas relações, tendo como referência uma construção teórica: a teoria do objeto-modelo ou a elaboração do modelo teórico (MEDINA et al., 2005). O processo de elaboração dos modelos teve início com ampla discussão nas disciplinas da área de avaliação, planejamento e gestão em saúde conduzidas pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) no ano de 2017.

Os modelos apresentaram como eixo norteador os atributos essenciais da AB de acordo com Starfield (2002). Assim, o cuidado da pessoa com AVE na AB foi apresentado a partir da “garantia do acesso”, “coordenação do cuidado”, “cuidado longitudinal” e “cuidado integral”. Os atributos foram identificados como dimensões e subsidiados com questões da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que apresentam os dados secundários de acesso público disponibilizados no *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). A escolha dos atributos essenciais da AB na perspectiva do PMAQ-AB parte do pressuposto dos benefícios que o modelo de atenção à saúde com base na AB proporciona à população e à organização do sistema de saúde. Medir os atributos da AB a partir dos dados do PMAQ-AB qualifica os serviços e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários; demonstrando que os estudos de avaliação dos serviços de saúde podem ser úteis para fornecer caminhos e parâmetros para a tomada de decisão sobre a política governamental (LIMA et al., 2018).

O MT do cuidado da pessoa com AVE na AB considerou o contexto político-organizacional, sociodemográfico e epidemiológico no qual o objeto está inserido e além dos achados na literatura também foi estruturado a partir da revisão de publicações do Ministério da Saúde. No Quadro 1 são apresentadas publicações do Ministério da Saúde que em algum momento apontam a AB como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde da pessoa com AVE.

Quadro 1 - Publicações do Ministério da Saúde utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico

| ANO | LEGISLAÇÃO | DELIBERAÇÕES / OBJETIVOS |
|------|---|---|
| 2012 | Portaria do Ministério da Saúde nº 793 | Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. O componente AB na RAS à pessoa com deficiência terá como pontos de atenção as UBS e contará com: I) NASF-AB (quando houver); e II) atenção odontológica (BRASIL, 2012b). |
| 2013 | Linha de cuidados AVC na Rede de Atenção às Urgências e Emergências | Objetiva proporcionar cuidado integrado e continuado das pessoas com AVE, promovendo a transferência deste entre os pontos de atenção à saúde, tendo como pressuposto que todos têm fundamental relevância no fluxo da linha de cuidados. A depender da gravidade do caso, ele pode necessitar de atendimento ambulatorial especializado, mas todos devem ter seus cuidados coordenados pelas equipes de atenção básica com apoio do NASF-AB quando presente. |
| 2013 | Diretriz de Atenção à reabilitação da pessoa com AVC | Fornecer orientações às equipes multiprofissionais de saúde especificamente quanto aos cuidados em reabilitação, considerando as alterações físicas, auditivas, visuais, intelectuais e emocionais das pessoas que sofreram AVE e estimulando a qualificação do cuidado em reabilitação da pessoa com AVE no âmbito do SUS |
| 2013 | Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas RAS | Estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na RAS às pessoas com doenças crônicas, assim como a subsidiar a organização dessa rede e a definir conceitos importantes para a organização. |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: RAS= rede de atenção à saúde; DCNT= doença crônica não transmissível

O ML explicitou o cuidado ideal da pessoa com AVE na AB a partir de cada dimensão (garantia do cuidado, coordenação do cuidado, cuidado longitudinal e cuidado integral) identificando atividades, objetivos e os resultados esperados do objeto de análise.

Nos MT e ML propostos nessa tese espera-se uma redução da recorrência do AVE e a contribuição para a inclusão social dessa população como resultado do cuidado em saúde prestado pelas equipes desse ponto de atenção.

Com base nos MT e ML, a MA dos cuidados em saúde pós-AVE na AB foi construída na perspectiva da avaliação externa do terceiro ciclo do PMAQ-AB. Os indicadores e medidas da matriz foram construídos a partir das questões dos módulos I (observação na unidade básica de saúde), módulo II (entrevista com o profissional da eSF) e módulo IV (entrevista com profissional NASF-AB) (BRASIL, 2017), CNES (mês de referência: Junho/2017) e IBGE.

A MA foi composta por dimensões, indicadores e racionais (justificativas) das dimensões. Em relação ao quantitativo de indicadores apresenta a seguinte divisão: “Garantia do Acesso” (5 indicadores), “Coordenação do cuidado” (2 indicadores), “Cuidado Longitudinal” (2 indicadores) e “Cuidado Integral” (5 indicadores). As medidas foram analisadas por meio de distribuição do conjunto das questões do terceiro ciclo do PMAQ constantes no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis do banco de dados do PMAQ-AB utilizadas para avaliação do cuidado das pessoas com AVE na AB

| | INDICADOR | VARIÁVEL | CÓDIGO DAS VARIÁVEIS NO PMAQ |
|------------------------|--|--|------------------------------|
| GARANTIA DO ACESSO | Acolhimento | Nº de equipes com profissionais capacitados para o uso dos protocolos e critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários (acolhimento) | II.10.7 |
| | Acessibilidade | Nº de UBS com acessibilidade de adequada para pessoas com deficiência por estado em pelo menos 4 itens: entrada externa adaptada, corrimão nos locais não nivelados, portas internas adaptadas, piso tátil, sanitário para pessoa com deficiência, corredores adaptados, cadeiras de rodas disponíveis e ambientes com sinalização | I.4.2.1 ao I.4.2.7 |
| | Cuidado em Saúde no domicílio | Nº de equipes que visitam famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com risco e vulnerabilidade | II.25.4 |
| COORDENAÇÃO DO CUIDADO | Comunicação entre diferentes pontos da RAS | Equipes que tem algum fluxo de comunicação institucionalizado com a atenção especializada | II.12.3.1 ao II.12.3.7 |
| | | Nº de equipes em que os profissionais entram em contato com especialistas | II.12.4 |
| | | Nº de equipes que os especialistas entram em contato com os profissionais da AB | II.12.5 |
| | Apoio Matricial com especialistas | Nº de equipes que recebem apoio matricial de profissionais dos hospitais na resolução de casos considerados complexos | II.3.2.1 a II.3.2.7 |
| | | Nº de equipes que recebem apoio matricial de profissionais de centros especializados na resolução de casos complexos | II.3.1 |
| CUIDADO LONGITUDINAL | Vigilância Longitudinal | Nº de equipes que possuem registro de usuários com HAS e DM com maior risco/gravidade | II.17.8 e II.18.4 |
| | | Nº de equipes que possuem o registro de pessoas com deficiência | II.24.1 |
| | Garantia do acompanhamento contínuo | Nº de equipes NASF-AB que dão suporte na identificação precoce de deficiência | IV.10.2.1 |
| | | Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado | IV.8.1 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve estratégias de cuidado às pessoas com DCNT | II.24.2 |
| | | Nº de equipes que acompanham pessoas com deficiência assistidos por outras equipes/serviços | I.15.8.1 ao I.15.8.4 |

| | INDICADOR | VARIÁVEL | CÓDIGO DAS VARIÁVEIS NO PMAQ |
|-------------------------|---|--|---|
| CUIDADO INTEGRAL | Disponibilidade de Medicamentos | Nº de UBS com medicamentos anti-diabéticos para prevenção secundária do (glibenclamida, metformina, insulina NPH, insulina regular) | - I.15.7.1 ao I.15.7.11 e I.15.7.18 |
| | | Nº de UBS com medicamentos anti-hipertensivos em quantidade suficiente (Ácido acetil salicílico, Captopril, Maleato de enalapril, Cloridrato de propranolol, Atenolol, Carvedilol, Succinato de metoprolol, Metildopa, Hidroclorotiazida, Losartana potássica, Cloridrato de verapamil e Sinvastatina) | I.8.2, I.8.5, I.8.9, I.8.26, I.8.30, I.8.31, I.12.6, I.8.36 |
| | Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças | Nº de UBS que apresenta em condições de uso: aparelho de pressão adulto, estetoscópio adulto, glicosímetro, tiras de glicemia capilar, balança 150kg, fita métrica, oftalmoscópio e kit monofilamento | I.8.2, I.8.5, I.8.9, I.8.26, I.8.30, I.8.31, I.12.6, I.8.36 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que desenvolvem ações para o manejo da obesidade | IV.13.1 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que desenvolvem ações que promovam práticas alimentares saudáveis | IV.12.2.4 |
| | | Nº equipes NASF-AB que desenvolvem estratégias para promoção de práticas corporais e Atividade física | IV.7.12 |
| | Ações de Reabilitação | Nº de equipes NASF-AB que realizam atendimento individual ou coletivo nos casos de distúrbios neuromusculares | IV.10.2.7 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que desenvolve com as ESF/EAB ações de reabilitação no domicílio | IV.10.2.3 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que realizam avaliação/ encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção | IV.10.3 |
| | Ações de Saúde Mental | Nº de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental | IV.11.1 |
| | Ações Intersetoriais | Nº de equipes NASF-AB que identificam demandas para a garantia de benefícios sociais pertinentes | IV.17.1 |
| | | Nº de equipes NASF-AB que apoiam e desenvolvem com as equipes de atenção básica a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer | IV.10.2.4 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

O MT e ML para o cuidado da pessoa com AVE e sua respectiva matriz avaliativa foram validadas através da oficina de consenso no formato de Comitê Tradicional, que envolve a discussão aberta sobre um determinado tema entre especialistas selecionados. A oficina de consenso é um processo que se caracteriza pela pactuação política entre técnicos e especialistas da área em discussão, e amplia a possibilidade da validação dos indicadores e medidas, conferindo maior legitimidade aos processos avaliativos (MEDINA et al., 2005). Segundo Hartz (1997), a maior vantagem dessa técnica é a possibilidade de troca de ideias e de confronto entre

opiniões divergentes, originando um consenso nascido de um debate rico que tende a ser bastante sólido. Por outro lado, rebate a autora, o comitê tradicional tem a desvantagem de permitir a influência do argumento de autoridade ou de prevalectimento de opiniões mais pela ênfase na defesa da uma posição do que pela qualidade de seus argumentos.

Para a oficina foram convidados sete especialistas no cuidado da pessoa com AVE e/ou em avaliação em saúde que receberam um e-mail com os MT, ML e MA que indicassem sua completa concordância, discordância parcial ou total discordância, sugerindo alterações (Apêndice). Os especialistas foram convidados a participar de duas oficinas realizadas em plataforma virtual (*Google Meet*), com duração aproximada de 3 horas em cada um dos momentos, com o objetivo de debater sobre questões que não apresentaram concordância ou possíveis sugestões de melhoria na proposta. As contribuições dos especialistas foram significativas para reestruturar a matriz de maneira a esclarecer de que forma deve ocorrer o cuidado em saúde da pessoa com AVE no contexto da AB. O Estudo de Avaliabilidade e o consenso dos especialistas subsidiaram o primeiro produto da Tese, o artigo 1 intitulado: **“Avaliabilidade do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Atenção Básica”** constante no capítulo de resultados.

5.3 APLICAÇÃO DO MODELO AVALIATIVO

Para a coleta de dados da MA proposta foram utilizados como fonte bancos de dados secundários de diferentes sistemas de informação nacionais: avaliação externa do terceiro ciclo PMAQ-AB, CNES, e-gestor e IBGE. Adotou-se como unidade de análise os estados brasileiros a partir dos municípios em que as equipes NASF-AB participaram da avaliação externa do PMAQ-AB (terceiro ciclo).

Na MA também foram incluídas quatro variáveis com dados provenientes do CNES: número de equipes AB/ESF com Saúde Bucal, número de equipes NASF-AB implantadas no estado, número de municípios que possuem profissionais especializados no cuidado da pessoa com AVE cadastrados no CNES (fisioterapeuta + fonoaudiólogo ou fisioterapeuta + terapeuta ocupacional) e número de municípios que contam com o assistente social cadastrado na área; duas variáveis com dados do

e-gestor: número total de ESF por estado, número de equipes de Saúde Bucal por estado e uma variável com dado do IBGE: População estadual no ano de 2017.

Os indicadores foram calculados com medidas para cada estado brasileiro. Após o cálculo das medidas, a próxima etapa consistiu na conversão destes valores no intervalo de 0 a 1. A pontuação de cada medida é ponderada em cada indicador para que todos tivessem o mesmo peso em cada dimensão. A pontuação da dimensão é dada pela soma dos indicadores correspondentes, também convertida ao final em escala de 0 a 1. O valor final de desempenho é a soma da pontuação da dimensão. Ressalta-se que todos os indicadores foram considerados de igual importância em todas as dimensões, mas foi estabelecido um critério de restrição nas medidas relacionadas com atuação das equipes NASF-AB no momento de conversão dos valores do intervalo. Nos estados onde a cobertura NASF-AB (medida do indicador de adequação pessoal na dimensão Garantia do Cuidado) foi maior que 1 NASF-AB para cada 5 ESF/EAB a conversão do valor do intervalo foi de 0 a 0,5. Essa restrição foi elaborada para minimizar efeitos de municípios pequenos em que apresentam apenas uma equipe NASF-AB e seriam bem avaliados, mas muitas vezes no estado existem poucas equipes NASF-AB implantadas. A aplicação do modelo avaliativo é o segundo artigo da tese (capítulo de resultados).

5.3.1 Procedimentos e Análise dos Dados

Os dados foram exportados, organizados e analisados em planilhas no *software Microsoft Office Excel* (versão 2019).

Os indicadores e dimensões foram ajuizados a partir da distribuição quartílica das pontuações para comparação do desempenho entre elas. Valores abaixo ou igual ao primeiro quartil foram classificados como insatisfatórios, valores acima ou igual ao segundo quartil foram classificados como satisfatórios e aqueles com valores entre o primeiro e terceiro quartil foram classificados como regulares. Para emissão do juízo de valor final de cada estado em relação ao cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB também foi adotado o mesmo formato de distribuição do quartil e classificação em insatisfatório, regular e satisfatório.

5.3.2 Aspectos Éticos

A base de informações deste estudo é composta por dados secundários de domínio público sobre o terceiro ciclo da avaliação externa do PMAQ. Assim, a Resolução nº 196 de 1996 (BRASIL, 1996) não se aplica, dispensando a aprovação pelo Comitê de Ética.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, são apresentados na forma de artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “**Avaliabilidade do cuidado em saúde da pessoa com Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Atenção Básica**” traz o modelo teórico, modelo lógico e matriz avaliativa dos cuidados em saúde pós-AVE na AB.

O segundo artigo, intitulado “**Avaliação do cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB no Brasil**” apresenta os resultados da aplicação da matriz avaliativa da atuação da AB nos cuidados em saúde das pessoas com AVE no território nacional.

AVALIABILIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) NA ATENÇÃO BÁSICA

Rodrigo José Knabben

RESUMO

Introdução: Os cuidados em saúde das pessoas com acidente vascular encefálico (AVE) devem considerar uma atenção básica (AB) com condições de acesso, realizando a coordenação do cuidado de forma longitudinal respeitando a integralidade das ações para essa população. Dada a escassez de pesquisas de avaliação dessa população, este artigo apresenta um estudo de avaliabilidade dos cuidados em saúde pós-AVE na AB. **Métodos:** Foram realizadas análise documental e modelização dos cuidados em saúde nos indivíduos acometidos pelo AVE no contexto da AB, o que permitiu descrever dimensões, objetivos e resultados esperados. Para validação dos modelos, foi realizado um comitê tradicional com especialistas. **Resultados:** O estudo cumpriu o objetivo de realizar uma descrição dos cuidados em saúde da pessoa com AVE na AB e definiu o objeto como avaliável. O modelo avaliativo contribui para aferir se o cuidado em saúde ofertado na AB às pessoas acometidas pelo AVE está caminhando no sentido de se obter a redução da recorrência de novos episódios e na colaboração para inclusão dessa população na sociedade. **Considerações Finais:** É recomendado proceder uma avaliação buscando aumentar a compreensão dos cuidados em saúde pós-AVE na AB e potencializar a assistência prestada a essa população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Avaliação em Saúde; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

1 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das maiores causas de morte e incapacidade adquirida no mundo (FEIGIN et al., 2014). Os dados do Brasil também causam grande preocupação. A Pesquisa Nacional de Saúde, aplicada em 2013, estimou o número absoluto de 2.231.000 pessoas com AVE no Brasil, sendo que dessas, 568.000 permaneceram com incapacidades graves (BENSENOR et al., 2015). É importante destacar, também, que em países de baixa e média renda como, por exemplo, o Brasil, diferentemente dos de alta renda, não apresentaram redução de incidência do AVE entre os anos de 1990 e 2010 (MARINHO et al., 2018).

Atualmente, as condições de maior impacto epidemiológico, dentre elas o AVE, são acolhidas no sistema de saúde pela atenção básica (AB), por meio de suas equipes de saúde. As equipes de saúde da família (eSF) identificam necessidades ou

dificuldades para o cuidado dos usuários sob sua responsabilidade sanitária, e pactuam estratégias de trabalho compartilhado com equipes do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB). O trabalho integrado dessas equipes aumenta a capacidade de cuidado, amplia o escopo de ofertas da AB e auxilia a articulação com outros pontos de atenção das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014; SOUZA, 2017).

A compreensão do escopo das práticas assistenciais dos cuidados em saúde é fundamental para apoiar os processos de gestão e formação de profissionais, além de aprimoramento das ações em saúde (OMS, 2011). Ao mesmo tempo, a produção de cuidados na AB deve contemplar práticas que reconheçam que os hábitos de vida e o envelhecimento influenciam a transição epidemiológica, que apresenta atualmente as condições de saúde crônicas, dentre elas o AVE, como as principais responsáveis pela morbimortalidade nacional e internacional (JAMES et al., 2018; RIBEIRO et al., 2012).

De acordo com diretrizes do ministério da saúde, as equipes de AB estão envolvidas no cuidado ao indivíduo pós AVE por meio do acolhimento das demandas do indivíduo após a alta hospitalar, de ações de prevenção secundária e no acompanhamento da condição crônica, objetivando a atenção integral de acordo com os atributos da AB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

O estudo dos cuidados em saúde a partir dos atributos e da qualidade da atenção primária reforça a necessidade de qualificação dos profissionais e da organização dos serviços para a melhoria da qualidade do sistema e, conseqüentemente, dos resultados de saúde (STARFIELD, 2002).

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de avaliabilidade (EA) realizado com o intuito de verificar a viabilidade operacional e metodológica da pesquisa, preparar um ambiente favorável para a avaliação e aumentar as possibilidades de utilização dos seus resultados (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). A pesquisa iniciou-se com a análise documental de publicações do ministério da saúde e literatura científica especializada das bases Pubmed, Lilacs e Scielo, onde foram selecionados 33 artigos científicos e quatro diretrizes ministeriais com reflexões teóricas e experiências em relação a

gestão do cuidado da pessoa com AVE no contexto da AB de forma descritiva ou avaliativa. Adotou-se como critérios de inclusão: a presença dos termos de busca (atenção primária – primary health e acidente vascular encefálico – stroke) no título ou resumo (termos disponíveis nos descritores em ciências da saúde – DeCS); disponibilidade online do texto completo; idioma português, espanhol e inglês e sem limitação cronológica. Foram excluídos materiais que tratavam sobre aspectos exclusivamente clínicos e/ou abordagens experimentais e artigos que se repetiram entre as bases. Não foram analisados aspectos específicos da ação de medicamentos ou tratamentos especializados no contexto individual de cada profissão que participa das ações de cuidado em saúde da pessoa com AVE. Com a definição clara do objeto em estudo (cuidado em saúde pós-AVE na atenção básica), realizou-se a modelização.

Foram desenvolvidos o modelo teórico (MT) e o modelo lógico (ML) do cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB. Nos MT e ML propostos nesse estudo, apresentou-se como eixo norteador os atributos essenciais da AB de acordo com Starfield (2002). Assim, o cuidado da pessoa com AVE na AB foi apresentado a partir da “garantia do acesso”, “coordenação do cuidado”, “cuidado longitudinal” e “cuidado integral”.

Para consenso dos modelos, foi utilizada a técnica do Comitê Tradicional, com discussão aberta sobre determinado tema entre especialistas (HARTZ, 1997). Nessa etapa, foram convidados sete especialistas no cuidado da pessoa com AVE e/ou em avaliação em saúde para receberem um questionário eletrônico com os modelos teórico, e lógico e que indicassem sua completa concordância, discordância parcial ou total discordância, sugerindo alterações. Os especialistas foram convidados a participar de duas oficinas realizadas em plataforma virtual (*Google Meet*), com duração aproximada de 3 horas em cada um dos momentos, com o objetivo de debater sobre questões que não apresentaram concordância ou possíveis sugestões de melhoria na proposta.

3 RESULTADOS

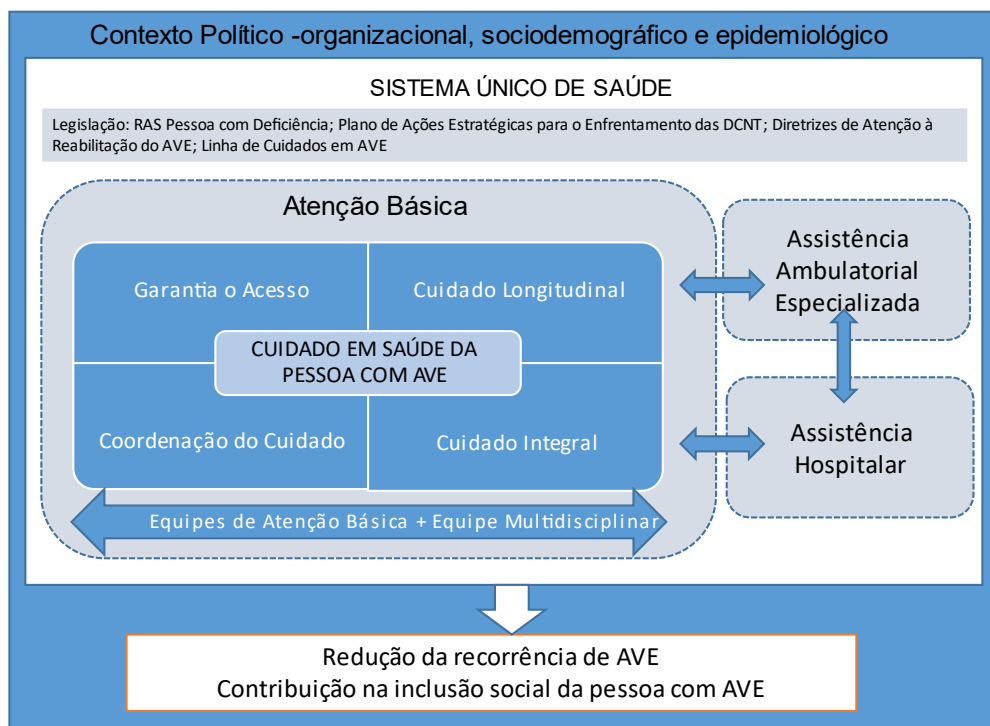
Os resultados desta construção dos modelos são fruto da análise documental, revisão da literatura e pactuações de consenso. Para este consenso, dos sete

especialistas que foram convidados, quatro participaram e três não aceitaram por motivos pessoais. Hartz e Vieira-da-Silva (2005) descrevem que o processo de modelagem consiste na elaboração de um diagrama, fluxograma ou figura esquemática representativa do objeto avaliado, buscando a compreensão da natureza do problema, da intervenção e da relação do objeto com o contexto.

4 MODELO TEÓRICO

O modelo teórico do cuidado da pessoa com AVE, que demonstra a teoria que explicita como idealmente funciona a abordagem no contexto da AB, pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo teórico do cuidado da pessoa com AVE na AB no SUS



Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: SUS = Sistema Único de Saúde; AVE = Acidente Vascular Encefálico; DCNT= Doenças crônicas não transmissíveis.

Esse modelo teórico do cuidado da pessoa com AVE está estruturado a partir da lógica da AB com condições necessárias para o cuidado dessa população por meio dos atributos essenciais: garantia do acesso, coordenação do cuidado, cuidado longitudinal e cuidado integral (STARFIELD, 2002).

Define-se como cuidado o provimento e disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECILIO, 2011). A dimensão organizacional do cuidado é a que acontece nos serviços de saúde, centrada na organização do processo de trabalho, ou seja, na definição de fluxos e regras de atendimento, definição de agendas, protocolos, reuniões, planejamento e avaliação. As ações de saúde, tendo o conceito de cuidado como pano de fundo, são desenvolvidas em espaços de encontro entre profissionais de saúde e as pessoas, numa relação o mais horizontal possível, possibilitando ações terapêuticas mais compartilhadas, geradoras de autonomia e responsabilização em relação aos modos de levar a vida (GARIGLIO, 2012).

Os sistemas de saúde com AB estruturada e forte se organizam a partir das necessidades de saúde da população, são mais efetivos no enfrentamento das condições crônicas e no impacto dos níveis de saúde da população. Ao mesmo tempo, a AB deve coordenar o cuidado e organizar pontos de atenção especializada integrados (assistência hospitalar e ambulatorial), intercomunicantes, capazes de assegurar uma linha de cuidado que forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada as suas necessidades (MENDES, 2012).

Compete a AB ofertar atenção à saúde da 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 os usuários necessitam de atenção em outros serviços do sistema (BRASIL, 2017). Essas premissas coadunam com as orientações de cuidado às pessoas que estão temporariamente ou de forma permanente com alguma limitação funcional, p. ex. pós-AVE, pois essa assistência é preconizada por serviços de saúde e oferta de ações em saúde próximos dos territórios de vivência das pessoas (BRASIL, 2012; MENDES, 2012).

O amplo escopo de práticas é imprescindível, visto que a gama de sintomas apresentados pelas condições de saúde crônicas, como após o AVE, muitas vezes leva a perda da capacidade funcional, exigindo cuidados de saúde da AB e de toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011; MENDES, 2012). Nesse sentido, a proposta de um trabalho integrado da eSF com equipe multiprofissional e interdisciplinar como

do NASF-AB representa uma das iniciativas para a oferta do cuidado com qualidade para as pessoas com AVE (BRITO et al., 2013; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; CAVALCANTE, 2018; DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018; MELO, 2019; WENGERKIEVICZ, 2017).

A incorporação de diretrizes e conhecimentos ao cotidiano do trabalho é um tema recorrente nas publicações referentes à AB (SOUZA; MENANDRO, 2011). Pressupõe-se que o uso de diretrizes clínicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação produz melhores resultados, com incremento da qualidade da assistência e alocação mais eficiente de recursos (LIMA et al., 2018). Dentro dessa variabilidade de documentos, os que se relacionam ao cuidado da pessoa com AVE são: 1) Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (2011-2022) (BRASIL, 2011); 2) Portaria 793/2012 que institui a rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2012); 3) Linha de cuidados em Acidente Vascular Cerebral na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2012) e 4) Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral (BRASIL, 2013).

Ao mesmo tempo, o objeto avaliativo é permeado por contexto político-organizacional, sociodemográfico e epidemiológico, que modificam as necessidades de saúde e o processo de trabalho na AB e conseqüentemente, influenciam no cuidado em saúde pós-AVE. De forma geral, piores indicadores socioeconômicos, epidemiológicos, demográficos e político-organizacionais implicam em menor capacidade de governo e governabilidade da gestão municipal, em maiores demandas para assistência à saúde e conseqüentemente condições de organização da AB pautadas pela agudização dos agravos crônicos (ALMEIDA, 2018; FIOCRUZ; CNS, 2018). Nessa perspectiva, o contexto dos determinantes sociais da pessoa com deficiência, no caso pós-AVE, sejam eles socioeconômicos, culturais, ambientais, de legislação, políticos e de oferta de serviços, entre outros, influenciam nas limitações das atividades e na restrição de sua participação social (FARIAS; BUCHALLA, 2005; SILVA et al., 2019). Em conseqüência, como resultado do cuidado da pessoa com AVE na AB realizado pelas equipes desse ponto de atenção, espera-se uma redução da recorrência dessa condição e a contribuição para a inclusão social dessa população.

5 MODELO LÓGICO

Em um segundo momento foi desenvolvido o modelo lógico (ML) para avaliação do cuidado em saúde para o cuidado da pessoa com AVE (Figura 2). O ML representa a operacionalização do objetivo e o seu desenho é um esquema visual que apresenta o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados) (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Figura 2 - Modelo lógico do cuidado da pessoa com AVE na AB

| Dim. | Atividades | Objetivos Específicos | Resultado Intermediário | Resultado Final |
|------------------------|--|--|--|--|
| Garantia do Acesso | AB com cobertura adequada por equipes completas; Acolhimento por profissionais capacitados; Acessibilidade física das UBS; Oferta do cuidado a pessoa com AVE na UBS e no domicílio por eSF apoiadas por equipe especializada multiprofissional. | Garantir o acesso aos serviços e profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos usuários com AVE no território das equipes de AB | Garantia do provimento de um acesso, com acolhimento adequado, aos serviços oferecidos na UBS e domicílio por equipes de AB multiprofissionais | <p>Redução da recorrência de AVE e Contribuição na Inclusão Social da pessoa com AVE</p> |
| Coordenação do Cuidado | AB como centro de comunicação entre diferentes pontos da RAS do cuidado da pessoa com AVE; Apoio matricial entre profissionais envolvidos nos cuidados em saúde pós-AVE. | Melhorar a comunicação e integração entre diferentes pontos de atenção que prestam cuidado pós-AVE; Possibilitar o suporte especializado através do apoio matricial de profissionais de outros pontos de atenção com equipes da AB no cuidado pós-AVE | Cuidado compartilhado entre profissionais das equipes da atenção básica e equipes de outros pontos da RAS que participam do cuidado da pessoa com AVE. | |
| Cuidado Longitudinal | Vigilância longitudinal das pessoas com maior risco de AVE; Garantia do acompanhamento contínuo. | Proporcionar a continuidade do cuidado em saúde pós-AVE pelas equipes de AB independente do ponto da RAS que se encontra o usuário. | Prover um cuidado ao longo do tempo qualificado das pessoas com AVE do território pelas equipes de AB favorecendo a sua autonomia e independência para o autocuidado. | |
| Cuidado Integral | Disponibilização de medicamentos; ações de promoção de saúde, prevenção secundária, reabilitação, saúde mental e intersetoriais sejam elas de caráter individual ou coletivo para pessoas com AVE. | Ofertar um cuidado integral às pessoas com AVE e seus cuidadores e familiares pelo trabalho integrado das equipes da AB que contemple ações de prevenção, reabilitação e saúde mental; Promover a integralidade do cuidado com a garantia dos direitos sociais e atuação intersetorial que colabore no retorno a execução das atividades de vida autônoma, esportivas, sociais e de lazer. | Cuidado centrado na pessoa com uma abordagem biopsicossocial no contexto da AB por meio do trabalho de eSF apoiadas por equipe especializada multiprofissional que contribua para a participação social pós-AVE. | |

Fonte: Elaborado pelo autor

A “**Garantia do Acesso**” implica na utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. Para fins de avaliação do acesso é necessário levar em consideração elementos estruturais (acessibilidade) e processuais (utilização dos serviços) (STARFIELD, 2002).

O papel das equipes da AB na prestação de cuidados em saúde também deve incluir o enfrentamento de complicações relacionadas ao AVE, como incapacidade física, problemas de deglutição e questões relacionadas à saúde mental, como depressão e demência (AZIZ et al., 2018). No Brasil, os cuidados especializados AB são explorados pelos NASF-AB juntamente às eSF. A implementação das equipes multiprofissionais do NASF-AB incorporou as profissões que tem tradição em reabilitação, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional (ROCHA; SOUZA, 2011; RODES et al., 2017).

Apesar das recorrentes orientações para a equipe da AB ser notificada da alta hospitalar para poder realizar o acompanhamento e seguimento do cuidado da pessoa com AVE (AZIZ et al., 2014; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013), a coordenação do cuidado no âmbito local ainda está longe do ideal, apontando problema de acesso a especialidades e falta de diretrizes no cuidado a longo prazo (AZIZ et al., 2014; AZIZ et al., 2017; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013).

A “**Coordenação do Cuidado**” é definida como articulação dos níveis assistenciais entre os diversos serviços e ações de saúde de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No cuidado do AVE esse atributo garante a articulação da AB com outros pontos de atenção conforme a necessidade.

A depender da gravidade do caso, o usuário com AVE pode necessitar de atendimento especializado (cardiologia, fisioterapia, fonoaudiologia, neurologia, psicologia, terapia ocupacional etc.), mas todos devem ter seus cuidados também coordenados pelas equipes de AB. É necessário um trabalho conjunto de profissionais que, mesmo não atuando nos mesmos níveis de assistência, são capazes de atender a necessidade dos seus pacientes dentro de suas competências e qualificações, de

maneira a oferecer uma ampla visão dos cuidados de saúde (BRASIL, 2012; RODRIGUES et al., 2013). No sentido de educação permanente sobre a identificação dos fatores de risco e o cuidado longitudinal às DCNT, é importante ressaltar o apoio técnico-pedagógico das equipes NASF enquanto equipe de AB (BRASIL, 2011).

O acompanhamento dos cuidados pós-AVE requer a coordenação da prestação de serviços multidisciplinares, e a colaboração intersetorial dentro do sistema público de assistência à saúde é vital para garantir que os pacientes continuem a receber cuidados ótimos pós-AVE. Na maioria dos sistemas públicos de saúde em todo o mundo, a fragmentação e a má coordenação do cuidado têm sido os maiores obstáculos para garantir os cuidados adequados pós-AVE (BRAININ et al., 2011; BROOMHEAD et al., 2011; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; LANGHORNE; VILLIERS; PANDIAN, 2012; PHILP et al., 2013; WASAY; KHATRI; KAUL, 2014; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013).

O **“Cuidado Longitudinal”** implica a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema (STARFIELD, 2002). Assim, mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção (acompanhamento em outro ponto de atenção por exemplo), isto não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Esse atributo caracteriza a necessidade do cuidado a pessoa com AVE desde os primeiros dias após a alta (estágio mais agudo) até o indivíduo ainda precisar da assistência à saúde (estágio crônico), independente do usuário apresentar queixas não relacionadas ao AVE. Caso o usuário seja acompanhado em outro ponto de atenção (p. ex. ambulatório de especialidades ou centros especializados em reabilitação) ele ainda continua sob responsabilidade das equipes de AB. Além disso, as equipes da AB devem também estar envolvidas em ações de educação permanente, a fim de manter-se atualizadas e prontas a identificar precocemente os riscos e oportunizar o atendimento na presença de sintomas e sinais relacionados ao AVE (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

No Brasil, no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, são priorizadas as doenças circulatórias, dentre elas o AVE e seus fatores de risco modificáveis: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e

obesidade. Nesse plano de ações do ministério da saúde, a AB apresenta-se como um elemento fundamental para o acompanhamento dos cuidados em saúde da população com DCNT o incentivo a autonomia e a independência para o autocuidado (BRASIL, 2011).

O “**Cuidado Integral**” supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (MENDES, 2012).

Esse atributo garante que as ações da AB sejam planejadas conforme a necessidade da pessoa com AVE. De acordo McIlvennan, Eapen e Allen (2015) a assistência à saúde pós-AVE na AB será bem-sucedida ao promover os cuidados em saúde centrados na pessoa com o encorajamento ao autocuidado. O estudo de Winstein e colaboradores (2016) com pessoas com AVE em relação as suas necessidades de saúde não atendidas incluem a reintegração social, manutenção das atividades da vida diária e a qualidade de vida relacionada à saúde, assim os cuidados em saúde na AB devem ser planejados levando-se em consideração esses aspectos.

Nesse contexto, deve ser considerada a diversidade dos acometimentos que podem ser consequentes ao AVE: comprometimentos motores, sensoriais, na comunicação, na audição, cognição etc. Essas alterações podem levar ao prejuízo da capacidade de execução das atividades de vida autônoma e social e consequentemente são contemplados na integralidade do cuidado da pessoa que sofreu o AVE (BRASIL, 2013; CHOCHAN; VENKATESH; HOW, 2019). Os cuidados em saúde oferecidos pelas equipes de AB inclui a oferta de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos, ações individuais na UBS ou no domicílio conforme a realidade do indivíduo e ainda com atividades coletivas que contemplam ações de prevenção secundária e/ou reabilitação. Deve-se destacar que os cuidados em saúde na AB devem contemplar o gerenciamento dos fatores de risco para o AVE (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia), ações de reabilitação (Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia) e de saúde mental (AZIZ et al., 2018).

Todos esses atributos caracterizam a importância da garantia das condições necessárias para os cuidados em saúde pós-AVE na AB. O acompanhamento da pessoa acometida por AVE tem como meta final a diminuição de novos episódios de

AVE e a contribuição para inserção social e a participação cidadã do indivíduo, por meio da recuperação/redução das incapacidades, com vistas a melhorar a qualidade de vida dessa pessoa (ALBUQUERQUE et al., 2014; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

6 DISCUSSÃO

A insuficiência de estudos avaliativos sobre o cuidado em saúde pós-AVE no contexto da AB indica a importância de pesquisas que contribuam para essa intervenção avaliativa e para a proposição de questões que direcionem à avaliação do cuidado para essa população. De acordo com Natal e colaboradores (2010), na falta de uma teoria explícita e clara, fez-se necessário desenvolver os modelos teórico e lógico conforme o proposto nesse EA. Estudos dessa natureza tem como objetivo orientar um estudo avaliativo, ampliar a compreensão sobre o objeto avaliado e viabilizar o uso da avaliação (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A revisão de literatura evidenciou que os estudos sobre o cuidado da pessoa com AVE na AB se restringiram a descrever a disponibilidade de serviços no ambiente comunitário, ações de prevenção e reabilitação, perfil dos pacientes atendidos e o impacto no AVE no contexto familiar (BRITO et al., 2013; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; LEITE; NUNES; CORREA, 2009). Observou-se que os estudos não se aprofundam nas possibilidades que os profissionais que atuam na AB têm para contribuir nos cuidados em saúde desses pacientes. Apesar de se constituírem diversas possibilidades de ações de cuidados em saúde pós-AVE na AB, percebe-se que muitas são as dificuldades de colocá-las em prática. Em geral, o cuidado é essencialmente medicamentoso, o acesso aos profissionais especialistas é difícil, as equipes têm dificuldade de identificar usuários que tiveram AVE, não existe registro dos usuários com AVE no território, faltam iniciativas de prevenção de incapacidades e comorbidades e de promoção de funcionalidade e saúde direcionadas a esta população (ARAÚJO, 2014; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016). A identificação das atividades, dos objetivos específicos e dos resultados esperados se mostrou um exercício importante para contribuir no entendimento da forma que deve ocorrer o cuidado em saúde pós-AVE na AB no Brasil.

No caso brasileiro, o cuidado em saúde pós-AVE segue uma lógica programática com protagonismo dos profissionais do contexto hospitalar e da atenção

ambulatorial especializada com apenas uma padronização geral de ações mínimas de assistência na AB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013). Neste sentido, destaca-se que o modelo avaliativo proposto tentou romper com a lógica programática e fragmentada, tentando apresentar o cuidado em saúde das pessoas com AVE como parte do processo de trabalho das eSF e profissionais NASF, e preencher esta lacuna nos estudos avaliativos. Esses desafios foram considerados superados pelo processo de consenso do modelo e sua adaptação às contribuições dos especialistas participantes da oficina de consenso. O processo de modelagem com escolha das medidas pertinentes aos indicadores, permitiram maior apreensão do objeto avaliativo e o exercício de adequação das relações causais entre os elementos avaliativos, aumentando a plausibilidade das conexões estabelecidas por meio da teoria apresentada (CORYN et al., 2011). O EA desenvolvido, portanto, deve contribuir para avaliar como é a atuação da AB nos cuidados em saúde às pessoas com AVE.

Apesar da existência de direcionamento institucional (publicações do ministério da saúde) referente a importância do cuidado da pessoa com AVE na atenção básica e do referencial teórico especializado existente para assistência especializada após o AVE, é explícito que a estruturação de como deve ocorrer o cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB não está claramente identificada nas publicações existentes sobre o tema. Ainda se destaca que o acompanhamento dessa população na AB é uma proposta recente, e os estudos nesse sentido são escassos.

No contexto internacional, em outros sistemas de saúde baseados em atenção primária, alguns estudos objetivaram um censo junto aos clínicos gerais sobre prevenção e cuidado do AVE (WHITFORD et al., 2009) e o levantamento da disponibilidade de estruturas para apoiar o cuidado do AVE em ambiente comunitário após a alta hospitalar (HICKEY et al., 2012). Estes estudos apontaram que a atenção primária não estava desempenhando todo seu potencial no cuidado integral ao AVE e que os serviços comunitários eram pouco interdisciplinares e deficientes de algumas categorias profissionais. Os estudos descritivos conduzidos no Brasil, que buscam apontar os cuidados em saúde após o AVE na atenção básica, têm objetivado descrever o perfil funcional dos usuários (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016), verificar o conhecimento de profissionais das eSF sobre AVE (SANTOS et al., 2012) e o perfil de atendimento de profissionais do NASF-AB com indivíduos acometidos pelo AVE (ARAÚJO, 2014).

Atualmente, as condições de maior impacto epidemiológico, dentre elas o AVE, são acolhidas pelas equipes de AB e destas se esperam uma resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária e a coordenação de todo o aspecto assistencial em saúde. Ou seja, ao contrário do que se costuma pensar, há grande complexidade nas intervenções da AB (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008). Ao mesmo tempo, para garantir uma produção de cuidado que responda às necessidades locais e com acesso universal, o modelo de saúde ancorado na AB tem se revelado uma estratégia fundamental, inclusive no Brasil (GIOVANELLA, 2018).

7 CONCLUSÃO

É importante salientar que, frente ao atual cenário nacional que extinguiu as equipes multiprofissionais (NASF-AB), devem ser fortalecidas pesquisas que sustentem a importância da AB com um cuidado integral e que reforcem a cultura avaliativa dentro do SUS.

A originalidade dessa pesquisa se concretiza pela apresentação da avaliabilidade do cuidado em saúde de uma condição clínica específica, nesse caso AVE., O suporte teórico e o desenho metodológico que sustenta este estudo pode servir como estímulo ao desenvolvimento de estudos de avaliação aplicados a avaliação de outras condições clínicas com relevância clínico-epidemiológico no contexto da AB do Brasil.

O EA desenvolvido, portanto, deve contribuir para aferir se o cuidado em saúde ofertado na AB às pessoas acometidas pelo AVE está caminhando no sentido de se obter a redução da recorrência de novos episódios e na colaboração para inclusão dessa população na sociedade. É recomendado proceder uma avaliação buscando aumentar a compreensão dos cuidados em saúde pós-AVE na AB e potencializar a assistência prestada a essa população.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-194, oct. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3grcGStj6mx5Tz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 783-836.
- ARAÚJO, Danielle Campos. **Perfil do atendimento fisioterápico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família a indivíduos pós Acidente Vascular Cerebral usuários de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte**. 2014. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- AZIZ, Aznida F. Abdul *et al.* Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. **Family Practice**, v. 15, n. 1, art. 40, 02 mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-40>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- AZIZ, Aznida F. Abdul *et al.* The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. **Health Services Research**, v. 17, n. 1, art. 35, 13 jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1963-8> Acesso em: 15 dez. 2020.
- AZIZ, Aznida Firzah Abdul *et al.* Profile and outcome of post stroke patients managed at selected public primary care health centres in Peninsular Malaysia: a retrospective observational study. **Scientific Reports**. v. 8, n. 1, 17965, dec. 2018 5. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-36154-0>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- BENSENOR, Isabela M. *et al.* Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, sep. 2015. Disponível em: 10.1590/0004-282X20150115. Acesso em: 10 dez. 2020.
- BEZERRA, L. C. D. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. D. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. *In*: SAMICO, Isabela *et al.* (org.) **Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.
- BRAININ, Michael *et al.* Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. **Int. J.**

Stroke, v. 6, n. 1, p. 42-46, feb. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21205240/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 11 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1. Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRITO, Maria José Menezes *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-610, sep./dec. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Nhc646sMKwwZJDMXMMwZSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2020.

BROOMHEAD, David. *et al.* **Stroke rehabilitation in the community: commissioning for improvement.** An information resource for providers and commissioners of stroke rehabilitation and early supported discharge services in the community. NHS Outcomes Framework 2012-2013. Department of Health, UK, 2011.

CAMERON, Jill I.; TSOI, Chris; MARSELLA, Amanda. Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. **Stroke**, v. 39, n. 9, p. 2637-2643, sep. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18635864> Acesso em: 11 dez. 2020.

CARVALHO-PINTO, Barbara P. B.; FARIA, Christina D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 4, p. 355-366, jul./ago. 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/fjDbf7L3fCVfchzggQyfBHM/abstract/?lang=en>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CAVALCANTE, Denise de Fátima Barros. **Relação entre variáveis contextuais e indicadores das condições sensíveis à atenção primária (acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) no estado de São Paulo de 1998 a 2013**. 2016. 33 f. Dissertação (Mestrado profissional em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2016.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CHOHAN, Shakil Ahmed; VENKATESH, Prasanna Kappaganthu; HOW, Choon How. Long-term complications of stroke and secondary prevention: an overview for primary care physicians. **Singapore Med. J.**, v. 60, n. 12, p. 616-620, dec. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31889205/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CORYN, Chris L. S. *et al.* A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. **American Journal Evaluation**, v. 32: p. 199-226, 2011. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Systematic-Review-of-Theory-Driven-Evaluation-to-Coryn-Noakes/a3ba7960b74329d1690bae9a95a387585ebded63>. Acesso em: 11 dez. 2020.

CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência em Saúde Coletiva**, v. 16, n. supl. 1, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, apr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GjnT8QwD5CMYd9sSWBjw8C/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

FEIGIN, Valery L. *et al.* Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 245-254, jan. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24449944/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

GARIGLIO, Maria Terezinha. O cuidado em saúde. *In*: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte**: Oficina 2 - Atenção Centrada na pessoa. Belo Horizonte: ESPMG, 2012.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

HICKEY, A. *et al.* Community-based post-stroke service provision and challenges: a national survey of managers and inter-disciplinary healthcare staff in Ireland. **Health Services Research**, n. 12, p. 1-8, may 2012. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-111>. Acesso em: 11 dez. 2020.

JAMES, Spencer L. *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. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789-1858. nov. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext). Acesso em: 8 dez 2020.

LANGHORNE, Peter; VILLIERS, Linda; PANDIAN, Jeyaraj Durai. Applicability of stroke-unit care to low-income and middle-income countries. **The Lancet Neurology**, v. 11, n. 4, p. 341-348, apr. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441195/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 52-66, sep. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/52-66/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MARINHO, Fatima *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v.

392, n. 10149, p.760-775, sep. 2018. Disponível em:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2). Acesso em: 11 dez. 2020.

MCLLVENNAN, Colleen K.; EAPEN, Zubin J.; ALLEN, Larry A. Hospital readmissions reduction program. **Circulation**, v. 131, n. 20, p. 1796-803, may 2015. Disponível em:
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010270>. Acesso em: 11 dez. 2020.

MELO, Alyne Araújo de. **Caracterização das práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, entre 2016 e 2017**. 2019. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. E-book.

NATAL, Sonia *et al.* Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 4, p. 560-571, 2010. Disponível em:
<http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Estudo-Avaliabilidade.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2020.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, sep. 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/jj/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Capítulo 4 – Reabilitação. OMS, 2011. p. 97-139. Disponível em:
http://who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

PHILP, Ian *et al.* Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. **J. Stroke Cerebrovasc. Dis.**, v. 22, n. 7, p. 173-180, oct. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265778/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva *et al.* Perfil de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral adscritos à estratégia Saúde da Família em uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, sup. 2, p. 35-44, 2012. Disponível em:
<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/16433/9522>. Acesso em: 11 dez. 2020.

ROCHA, Eucenir Fredini; SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [Internet], v. 22,

n. 1, p. 36-44, 2011. Disponível em:
<http://revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>. Acesso em: 11 dez. 2020.

RODES, Carolina Hart *et al.* O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/fp/a/XKcPn7McC5Z5FvvsbYH4WQP/abstract/?lang=pt>.
 Acesso em: 11 dez. 2020.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Ver. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. esp., p. 1-9. jan./fev. 2013. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bWY7hqbz3p65mftpsxKcrmq/?lang=pt&format=pdf>.
 Acesso em: 11 dez. 2020.

SANTOS, Fernanda Lays Souza Góes *et al.* Acidente vascular cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. **Enfermagem em foco**, v 3, n 2, p. 58-61, 2012. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/255/143>. Acesso em: 11 dez. 2020.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 21, n. 2, p. 517-539, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/rZQ83f9n3W8QnKB3nZDDTZH/abstract/?lang=em>.
 Acesso em: 13 dez. 2020.

SOUZA, Thaís Titon. **Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina**. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WASAY, Mohammad; KHATRI, Ismail A.; KAUL, Subhash. Stroke in South Asian countries. **Nature Reviews Neurology**, v. 10, n. 3, p. 135-143, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24514866/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WENGERKIEVICZ, Karina Correa. **O cuidado com enfoque na reabilitação de pessoa com AVE: perspectivas dos profissionais da atenção básica**. 2017. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

WHITFORD, David L. *et al.* Is primary care a neglected piece of the jigsaw in ensuring optimal stroke care? Results of a national study. **Family Practice**, v. 10, n. 27, apr. 2009. Disponível em:
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-27>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WINSTEIN, Carolee J. *et al.* Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 47, n. 6, e98-e196, jun. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27145936/>. Acesso em: 11 dez. 2020.

WISSEL, Jörg; OLVER, John; SUNNERHAGEN, Katharina Stibrant. Navigating the poststroke continuum of care. **Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan. 2013. Disponível em: [https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(11\)00149-2/fulltext](https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(11)00149-2/fulltext). Acesso em: 11 dez. 2020.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM AVE NA AB NO BRASIL

Rodrigo José Knabben

RESUMO

Introdução: Considerando que as condições de saúde de maior impacto epidemiológico são acolhidas na atenção básica (AB), como o acidente vascular encefálico (AVE), objetivou-se avaliar como se dá a atuação da AB nos cuidados em saúde dessa população em todo território nacional. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal descritivo de avaliação, com abordagem quantitativa com a utilização do banco da avaliação externa do terceiro ciclo PMAQ-AB, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do e-gestor e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram analisados 14 indicadores agrupados em quatro dimensões: garantia do acesso, coordenação do cuidado, cuidado longitudinal e cuidado integral. Os estados brasileiros foram classificados em relação ao cuidado em saúde pós-AVE no contexto da AB pelo ajuizamento segundo intervalo interquartil utilizando critério: insatisfatório, regular e satisfatório. **Resultados:** A baixa cobertura das equipes NASF-AB, a falta de especialistas na AB, a limitação na comunicação dos especialistas com a AB, a falta de acompanhamento das pessoas com AVE em outros pontos da RAS, a indisponibilidade de medicamentos anti-diabéticos e hipertensivos, a fragilidade das UBS's em oferecer condições para ações de prevenção e promoção e a ausência do assistente social na AB são aspectos que devem ser aperfeiçoados na organização do cuidado das pessoas com AVE na AB. A região Norte obteve uma maior concentração de dimensões insatisfatórias e a região Nordeste foi onde encontrou-se maior concentração de estados classificados como satisfatórios. **Conclusão:** A avaliação evidenciou a importância do fortalecimento dos atributos para AB ampliar o cuidado em saúde pós-AVE.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Vascular Cerebral; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

1 INTRODUÇÃO

Globalmente, o acidente vascular encefálico (AVE) é a principal causa de mortalidade e incapacidade e estudos recentes mostraram que, embora as taxas de mortalidade tenham diminuído ao longo do tempo, a carga global do AVE permaneceu alta (FEIGIN et al., 2019; RAJSIC et al., 2019). Em países em desenvolvimento como o Brasil, o AVE é considerado um dos maiores causadores de deficiência (SANTANA; CHUN, 2017). Uma pesquisa nacional em saúde visou avaliar a prevalência do AVE como gerador de incapacidade no Brasil, sendo estimado que 2.231.000 pessoas têm

diagnóstico médico de AVE e que 568.000 vivem com incapacidade grave (BENSENOR et al., 2015). Percebe-se que a mortalidade associada ao AVE encontra-se intimamente relacionada à qualidade dos serviços de saúde, com uma tendência de aumento anual nos locais dotados de menos recursos sociais, econômicos e de saúde (LOTUFO et al., 2015).

O comprometimento gerado pode afetar a cognição, a linguagem, distúrbios de comunicação, déficit motor e deficiência sensorial, disfagia, espasticidade, negligência unilateral, dor no ombro, depressão e até disfunções miccionais (SILVA et al., 2013). O elevado grau de incapacidade está diretamente relacionado à pior qualidade de vida nos indivíduos pós-AVE e, conseqüentemente, afeta a condição de saúde do indivíduo (CARMO et al., 2015; CERNIAUSKAITE et al., 2012; OVANDO, 2015).

Atualmente, as condições de maior impacto epidemiológico, dentre elas o AVE, são acolhidas na atenção básica (AB), por meio do trabalho colaborativo entre equipes multiprofissionais como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) e equipes de Atenção Básica (eAB) com ações individuais ou coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2002; SOUZA, 2017). Para garantir uma produção de cuidado que responda às necessidades locais e com acesso universal, o modelo de saúde ancorado na AB tem se revelado uma estratégia fundamental, inclusive no Brasil (GIOVANELLA, 2018).

Avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre seus componentes, para contribuir na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Pode ser também um julgamento sobre uma intervenção sanitária voltada para resolução de problemas, visando aferir seu mérito, esforço ou valor para aperfeiçoamento ou mudanças (LIMA et al., 2018; SEIDL; LIMA; VIEIRA, 2014).

Apesar da existência de direcionamento institucional (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b) referente a importância do cuidado da pessoa com AVE na AB e do referencial teórico especializado existente para assistência especializada após o AVE, é notória a necessidade de identificar como está a atuação da AB nos cuidados em saúde às pessoas com essa condição. Portanto, essa pesquisa propôs-se avaliar os cuidados em saúde à pessoa com AVE na atenção básica em todo território nacional.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo de avaliação dos cuidados em saúde pós-AVE na AB dos estados do Brasil, no ano de 2017. Foram utilizados como fonte bancos de dados secundários de diferentes sistemas de informação nacionais: avaliação externa do terceiro ciclo PMAQ-AB, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e-gestor e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Adotou-se como unidade de análise os estados brasileiros a partir dos municípios em que as equipes NASF-AB participaram da avaliação externa do PMAQ-AB (terceiro ciclo). De acordo com a metodologia de aplicação do PMAQ-AB os municípios realizam a adesão espontânea de suas equipes ao programa. Para minimizar esse viés foi utilizado como estratégia metodológica nesse estudo incluir na análise equipes localizadas em municípios com adesão de pelo menos 80% das equipes.

Foi realizado um estudo de avaliabilidade prévio, com oficina de consenso com especialistas, onde foram definidos os modelos teórico, lógico e matriz de análise e julgamento (MAJ) e dos cuidados em saúde pós-AVE na AB. A oficina de consenso é um processo que se caracteriza pela pactuação política entre técnicos e especialistas da área em discussão, e amplia a possibilidade da validação dos indicadores e medidas, conferindo maior legitimidade aos processos avaliativos (MEDINA et al., 2005).

A MAJ apresentou como eixo norteador os atributos essenciais da AB de acordo com Starfield (2002). Assim, o cuidado da pessoa com AVE na AB foi apresentado a partir das dimensões de “Garantia do Acesso” (5 indicadores), “Coordenação do cuidado” (2 indicadores), “Cuidado Longitudinal” (2 indicadores) e “Cuidado Integral” (5 indicadores). A escolha dos atributos essenciais da AB na perspectiva do PMAQ-AB parte do pressuposto dos benefícios que o modelo de atenção à saúde com base na AB proporciona à população e à organização do sistema de saúde. Medir os atributos da AB a partir dos dados do PMAQ-AB qualifica os serviços e, conseqüentemente, o atendimento aos usuários (LIMA et al., 2018). As respectivas 31 medidas e o cálculo dos 14 indicadores podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Matriz de análise e julgamento do cuidado da pessoa com AVE na AB

| DIMENSÃO | GARANTIA DO ACESSO | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| Indicador | Descrição | Valor* | Pontuação |
| 1 Cobertura da ESF | Medida: % de Cobertura estadual da ESF Cálculo1: População coberta em cada município: População do município – [População do município - (Nº ESF + EAB) x 3000] Cálculo 2: \sum população coberta nos municípios/população total do estado em 2017 Fonte: e-gestor AB e IBGE | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor |
| 2 Acolhimento | Medida: % de ESF/EAB em que os profissionais de acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos e critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários Cálculo: (Nº de ESF/EAB em que os profissionais de acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos e critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários N° total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.10.7) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor |
| 3 Adequação Pessoal | Medida: % de ESF/EAB com equipes mínimas com Saúde Bucal Cálculo: (Nº de equipes AB/ESF com Saúde Bucal/ N° total de ESF por estado) x 100 Fonte: CNES e e-gestor AB | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor /4 |
| | Medida: % de equipes de saúde bucal Cálculo: (Nº de equipes de Saúde Bucal por estado/ N° total de ESF por estado) x 100 Fonte: CNES e e-gestor AB | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor /4 |
| | Medida: Relação entre ESF/EAB e equipe NASF-AB (Cobertura das equipes NASF-AB) Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB implantadas no estado/ N° total de ESF por estado) x 100 Fonte: CNES | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor /4 |
| | Medida: % municípios que possuem profissionais especializados no cuidado da pessoa com AVE Cálculo: N° de municípios que possuem profissionais especializados no cuidado da pessoa com AVE cadastrados no CNES (fisioterapeuta + fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional) / N° de municípios por estado) x 100 Fonte: CNES | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor /4 |
| 4 Acessibilidade | Medida: % de UBS com acessibilidade adequada para pessoas com deficiência física Cálculo: (N° de UBS com acessibilidade adequada das instalações com existência de pelo menos 4 itens: entrada externa adaptada, corrimão nos locais não nivelados, portas internas adaptadas, piso tátil, sanitário para pessoa com deficiência, corredores adaptados, cadeiras de rodas disponíveis e ambientes com sinalização / N° de UBS avaliadas no PMAQ por estado x 100 Fonte: Módulo I – PMAQ (I.4.2 – Geral) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor |
| 5 Cuidados em saúde no Domicílio | Medida: % de ESF/EAB que visitam famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade Cálculo: (N° de ESF/EAB visitam famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade / N° total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.25.4 – Geral) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor |
| TOTALIZAÇÃO | SOMA DE 0 A 5 | Soma das pontuações | Converter em escala 0 a 1 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Restrição: A conversão será de 0 a 0,5 caso a cobertura NASF-AB (medida do indicador 3- adequação de pessoal na dimensão garantia do acesso) tenha obtido valor menor que 0,5 na conversão.

| DIMENSÃO | COORDENAÇÃO DO CUIDADO | | |
|---|--|------------------------------|----------------------------------|
| Indicador | Descrição | Valor* | Pontuação |
| 1 Comunicação entre diferentes pontos da RAS | Medida: % de ESF/EAB que tem algum fluxo de comunicação institucionalizado com a atenção especializada Cálculo: (Nº de ESF/EAB que tem algum fluxo de comunicação institucionalizado com atenção especializada / Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.12.3) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 |
| | Medida: % de ESF/EAB em que os profissionais entram em contato com especialistas Cálculo: (Nº de ESF/EAB em que os profissionais entram em contato com especialistas (sempre ou as vezes) para trocar informações sobre os pacientes encaminhados / Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.12.4) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 |
| | Medida: % de ESF/EAB que os especialistas entram em contato com profissionais da AB Cálculo: (Nº de ESF/EAB em que os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica (sempre ou as vezes) para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela AB / Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.12.5) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 |
| 2 Apoio Matricial com especialistas | Medida: % de ESF/EAB que recebem apoio matricial de profissionais dos hospitais na resolução de casos considerados complexos Cálculo: (Nº de ESF/EAB que recebem apoio de profissionais dos hospitais na resolução de casos considerados complexos/ Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.3.2) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 |
| | Medida: % de ESF/EAB que recebem apoio matricial de profissionais de centros de especializados na resolução de casos considerados complexos Cálculo: (Nº de ESF/EAB que recebem apoio matricial de profissionais de centros de especializados na resolução de casos considerados complexos Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II – PMAQ (II.3.1 – Geral) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 |
| TOTALIZAÇÃO | SOMA DE 0 A 2 | Soma das pontuações | Converter em escala 0 a 1 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Restrição: A conversão será de 0 a 0,5 caso a cobertura NASF-AB (medida do indicador 3- adequação de pessoal na dimensão garantia do acesso) tenha obtido valor menor que 0,5 na conversão.

| DIMENSÃO | CUIDADO LONGITUDINAL | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| Indicador | Descrição | Valor* | Pontuação |
| 1 Vigilância Longitudinal | Medida: % de ESF/EAB que possuem registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade Cálculo: (Nº ESF/EAB que realizam o registro das duas condições (HASF/DM) / Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II - PMAQ (II.17.8 – Geral e II.18.4 – Geral) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 |
| | Medida: % de ESF/EAB que possuem o registro de pessoas com deficiência Cálculo: (Nº de ESF/EAB que possui registro do número dos casos de pessoas com deficiência/ Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II - PMAQ (II.24.1) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 |
| 2 Garantia do acompanhamento contínuo | Medida: % de equipes NASF-AB que dão suporte na identificação precoce de deficiências Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que dão suporte às ESF/EAB na identificação precoce de deficiências/ Nº de equipes NASF-AB participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV – PMAQ (IV.10.2) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 |
| | Medida: % de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve com as ESF/EAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas / Nº de equipes NASF-AB participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.8.1 – Geral) IV.10.3 | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 |
| | Medida: % de ESF/EAB que acompanham pessoas com deficiência assistidos por outras equipes/serviços Cálculo: (Nº de ESF/EAB que possui o registro dos usuários com deficiência em acompanhamento por outras equipes/serviços / Nº total de equipes participantes do PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo II - PMAQ (II.24.2) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 |
| TOTALIZAÇÃO | SOMA DE 0 A 2 | Soma das pontuações | Converter em escala 0 a 1 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Restrição: A conversão será de 0 a 0,5 caso a cobertura NASF-AB (medida do indicador 3- adequação de pessoal na dimensão garantia do acesso) tenha obtido valor menor que 0,5 na conversão.

| DIMENSÃO | CUIDADO INTEGRAL | | | |
|--|---|---|----------------|--|
| Indicador | Descrição | Valor* | Pontuação | |
| 1 Disponibilidade de Medicamentos | Medida: % de UBS com medicamentos anti-diabéticos para prevenção secundária do AVE Cálculo: (Nº de UBS que apresentam os medicamentos em quantidade suficiente: anti-diabéticos (Glibenclamida, Cloridrato de Metformina, Insulina NPH, Insulina regular / Nº de UBS avaliadas no PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo I - PMAQ (I.15.8) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 | |
| | Medida: % de UBS com medicamentos anti-hipertensivos, de ação cardiovascular e dislipidêmicos para prevenção secundária do AVE Cálculo: (Nº de UBS que apresentam os medicamentos em quantidade suficiente: Ácido acetil salicílico, Captopril, Maleato de enalapril, Cloridrato de propranolol, Atenolol, Carvedilol, Succinato de metoprolol, Metildopa, Hidroclorotiazida, Losartana potássica, Cloridrato de verapamil e Sinvastatina/ Nº de UBS avaliadas no PMAQ por estado x 100 Fonte: Módulo I - PMAQ (I.15.7) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/2 | |
| 2 Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças | Medida: % de UBS com aparelho de pressão adulto, estetoscópio adulto, glicosímetro, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, balança adulto 150kg, fita métrica, oftalmoscópio e kit monofilamento em condições de uso Cálculo: (Nº de UBS que apresenta em condições de uso: aparelho de pressão adulto, estetoscópio adulto, glicosímetro, tiras de glicemia capilar, balança 150kg, fita métrica, oftalmoscópio e kit monofilamento/ Nº de UBS avaliadas no PMAQ por estado) x 100 Fonte: Módulo I - PMAQ (I.8.2 – Essencial, I.8.5 – Essencial, I.8.9 – Essencial, I.8.26 – Geral, I.8.30 – Estratégico, I.8.31 – Estratégico, I.12.6 – Geral, I.8.36) | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/4 | |
| | Medida: % de equipes de NASF-AB que desenvolvem ações para manejo da obesidade Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que desenvolvem com ESF/EAB ações para manejo da obesidade/ Nº de equipes NASF-AB participantes do PMAQ no estado x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.13.1) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/4 | |
| | Medida: % de de equipes NASF-AB que desenvolvem ações que promovam práticas alimentares saudáveis Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que desenvolvem com equipes da atenção básica ações que promovam práticas alimentares saudáveis/ Nº de equipes NASF-AB participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.12.2.4) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/4 | |
| | Medida: % de NASF-AB que desenvolvem estratégias para promoção de práticas corporais e Atividade física Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que desenvolvem com equipes da atenção básica estratégias para promoção de práticas corporais e atividade física/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.7.12) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/4 | |
| 3 Ações de Reabilitação | Medida: % de equipes NASF-AB que realizam atendimento individual ou coletivo nos casos de distúrbios neuromusculares Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que realizam atendimento individual ou coletivo nos casos de distúrbios neuromusculares/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.10.2) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 | |
| | Medida: % de equipes NASF-AB que desenvolve com as ESF/EAB ações de reabilitação no domicílio Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que desenvolve com as ESF/EAB ações de reabilitação no domicílio Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 | Conversão em escala de 0 a 1 | Valor/3 | |

| | | | |
|----------------------------|--|---|----------------------------------|
| | Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.10.2) | (restrição) | |
| | Medida: % equipes NASF-AB que realizam avaliação/ encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção Cálculo: (Nº equipes NASF-AB que realizam avaliação/encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.10.3) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 |
| 4 Ações de Saúde Mental | Medida: % de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (I IV.11.1 - Geral.) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor |
| 5 Ações Intersetoriais | Medida: % de municípios que contam com o assistente social cadastrado na área da saúde Cálculo: (Nº de municípios que contam com o assistente social cadastrado na área da saúde por estado / Nº de municípios por estado) x 100 Fonte: CNES | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 |
| | Medida: % de equipes NASF-AB que identificam demandas para a garantia de benefícios sociais pertinentes Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que identificam demandas que necessitam de avaliação para a garantia de benefícios sociais pertinentes/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.17.1) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 |
| | Medida: % de equipes NASF-AB que apoiam e desenvolvem com as equipes de atenção básica a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer Cálculo: (Nº de equipes NASF-AB que apoiam e desenvolvem com as equipes de atenção básica a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer/ Nº de equipes NASF participantes do PMAQ no estado) x 100 Fonte: Módulo IV - PMAQ (IV.10.2) | Conversão em escala de 0 a 1 (restrição) | Valor/3 |
| TOTALIZAÇÃO | SOMA DE 0 A 5 | Soma das pontuações | Converter em escala 0 a 1 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Restrição: A conversão será de 0 a 0,5 caso a cobertura NASF (medida do indicador 3- adequação de pessoal na dimensão garantia do acesso) tenha obtido valor menor que 0,5 na conversão.

Os indicadores foram calculados com medidas para cada estado brasileiro. Após o cálculo das medidas, a próxima etapa consistiu na conversão destes valores no intervalo de 0 a 1. A pontuação de cada medida foi ponderada em cada indicador para que todos tivessem o mesmo peso em cada dimensão. A pontuação da dimensão é dada pela soma dos indicadores correspondentes, também convertida ao final em escala de 0 a 1. O valor final de desempenho é a soma da pontuação da dimensão. Ressalta-se que todos os indicadores foram considerados de igual importância em todas as dimensões, mas foi estabelecido um critério de restrição nas medidas relacionadas com atuação das equipes NASF-AB no momento de conversão dos valores do intervalo. Nos estados onde a cobertura NASF-AB (medida do indicador de adequação pessoal na dimensão Garantia do Cuidado) foi maior que 1 NASF-AB para cada 5 ESF/EAB a conversão do valor do intervalo foi de 0 a 0,5. Essa restrição foi elaborada para minimizar efeitos de municípios pequenos em que apresentam apenas uma equipe NASF-AB e seriam bem avaliados, mas muitas vezes no estado existem poucas equipes NASF-AB implantadas.

Os dados foram exportados, organizados e analisados em planilhas no *software Microsoft Office Excel* (versão 2019). Os indicadores e dimensões foram ajustados a partir da distribuição quartílica das pontuações para comparação do desempenho entre elas. Valores abaixo ou igual ao primeiro quartil foram classificados como insatisfatórios, valores acima ou igual ao terceiro quartil foram classificados como satisfatórios e aqueles com valores entre o primeiro e terceiro quartil foram classificados como regulares. Para emissão do juízo de valor final de cada estado em relação ao cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB também foi adotado o mesmo formato de distribuição do quartil e classificação em insatisfatório, regular e satisfatório.

3 RESULTADOS

Foram considerados os 3197 municípios em que as equipes NASF-AB participaram da avaliação externa do PMAQ-AB (terceiro ciclo), representando todos os 26 estados brasileiros e mais o Distrito Federal. A tabela 1 representa a análise descritiva das 31 medidas da MAJ.

Tabela 1 - Análise descritiva das medidas de avaliação do cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB

| MEDIDA | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | Dp |
|--|--------|--------|---------|-------|-------|
| % Cobertura estadual da ESF | 27,83 | 121,98 | 68,39 | 68,44 | 20,73 |
| % de ESF/EAB em que os profissionais de acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos e critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários | 29,52 | 88,47 | 78,69 | 72,61 | 15,96 |
| % de ESF/EAB com equipes mínimas com Saúde Bucal | 34,04 | 96,40 | 64,62 | 65,71 | 16,87 |
| % de equipes de saúde bucal | 31,21 | 96,61 | 63,72 | 65,66 | 17,38 |
| Relação entre ESF/EAB e equipe NASF-AB (Cobertura das equipes NASF-AB) | 0,04 | 0,25 | 0,11 | 0,12 | 0,05 |
| % municípios que possuem profissionais especializados no cuidado da pessoa com AVE | 13,33 | 100,00 | 45,29 | 51,37 | 20,60 |
| % de UBS com acessibilidade adequada para pessoas com deficiência física | 37,59 | 89,47 | 66,39 | 65,36 | 13,08 |
| % de ESF/EAB que visitam famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade | 89,15 | 99,89 | 99,03 | 97,89 | 2,77 |
| % de ESF/EAB que tem algum fluxo de comunicação institucionalizado com a atenção especializada | 44,96 | 96,94 | 89,66 | 84,13 | 12,21 |
| % de ESF/EAB em que os profissionais entram em contato com especialistas | 34,11 | 94,12 | 84,00 | 77,50 | 14,98 |
| % de ESF/EAB que os especialistas entram em contato com profissionais da AB | 18,60 | 85,55 | 66,97 | 64,22 | 15,97 |
| % de ESF/EAB que recebem apoio matricial de profissionais dos hospitais na resolução de casos considerados complexos | 70,54 | 100,00 | 98,98 | 97,21 | 5,65 |
| % de ESF/EAB que recebem apoio matricial de profissionais de centros de especializados na resolução de casos considerados complexos | 70,54 | 100,00 | 98,98 | 97,21 | 5,65 |
| % de ESF/EAB que possuem registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade | 26,51 | 90,86 | 78,04 | 74,70 | 13,28 |
| % de ESF/EAB que possuem o registro de pessoas com deficiência | 55,04 | 96,60 | 87,93 | 83,06 | 11,57 |
| % de equipes NASF-AB que dão suporte na identificação precoce de deficiências | 47,37 | 100,00 | 81,82 | 77,87 | 13,86 |
| % de equipes NASF-AB que apoia e desenvolve estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas | 89,47 | 100,00 | 97,81 | 97,29 | 2,91 |
| % de ESF/EAB que acompanham pessoas com deficiência assistidos por outras equipes/serviços | 14,46 | 80,00 | 59,96 | 59,41 | 16,37 |
| % de UBS com medicamentos anti-diabéticos para prevenção secundária do AVE | 11,94 | 49,97 | 30,43 | 30,61 | 10,95 |
| % de UBS com medicamentos anti-hipertensivos, de ação cardiovascular e dislipidêmicos para prevenção secundária do AVE | 0,00 | 19,72 | 1,90 | 3,73 | 5,04 |
| % de UBS com aparelho de pressão adulto, estetoscópio adulto, glicosímetro, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, balança adulto 150kg, fita métrica, oftalmoscópio e kit monofilamento em condições de uso | 1,50 | 29,24 | 9,59 | 10,92 | 7,22 |
| % de equipes de NASF-AB que desenvolvem ações para manejo da obesidade | 73,91 | 100,00 | 91,53 | 90,73 | 6,70 |

| | | | | | |
|--|-------|--------|-------|-------|-------|
| % de de equipes NASF-AB que desenvolvem ações que promovam práticas alimentares saudáveis | 65,22 | 100,00 | 89,41 | 85,48 | 9,95 |
| % de NASF-AB que desenvolvem estratégias para promoção de práticas corporais e Atividade física | 52,17 | 100,00 | 94,74 | 92,03 | 9,68 |
| % de equipes NASF-AB que realizam atendimento individual ou coletivo nos casos de distúrbios neuromusculares | 52,17 | 100,00 | 86,54 | 83,05 | 12,75 |
| % de equipes NASF-AB que desenvolve com as ESF/EAB ações de reabilitação no domicílio | 69,57 | 100,00 | 91,23 | 89,57 | 8,39 |
| % equipes NASF-AB que realizam avaliação/ encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção | 64,41 | 100,00 | 87,96 | 85,19 | 9,42 |
| % equipes NASF-AB que realizam avaliação/ encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção | 88,89 | 100,00 | 96,80 | 96,37 | 3,21 |
| % de municípios que contam com o assistente social cadastrado na área da saúde | 21,20 | 100,00 | 48,68 | 48,01 | 17,22 |
| % de equipes NASF-AB que identificam demandas para a garantia de benefícios sociais pertinentes | 76,19 | 100,00 | 94,52 | 93,45 | 5,70 |
| % de equipes NASF-AB que apoiam e desenvolvem com as equipes de atenção básica a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer. | 52,17 | 100,00 | 81,95 | 78,78 | 13,43 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda em relação às medidas, foram analisados os ajuizamentos de valor e identificadas quais apresentavam seis ou mais estados com valores baixos (abaixo de 50%). Na dimensão **Garantia do Acesso** as medidas de *cobertura das equipes NASF-AB* e a *de municípios com especialistas na rede (fisioterapeuta + fonoaudiólogo ou fisioterapeuta + terapeuta ocupacional)* foram as que mais vezes apresentaram valores baixos. Os estados Amazonas, Amapá, Pará, Rio Grande do Sul, Sergipe, São Paulo e Distrito Federal estavam com valores baixos nas duas medidas. Na dimensão **Coordenação do Cuidado**, somente *comunicação dos especialistas com a AB* apresentou valores baixos em vários estados, sendo cinco deles da região Norte (Acre, Amazonas, Amapá, Roraima) e o DF com o pior valor. Em **Cuidado Longitudinal**, a medida *AB acompanha pessoas com deficiência em outros serviços* apresentou valores baixos em seis estados (Acre, Distrito Federal, Pará, Maranhão, Roraima e Tocantins). E por fim, na dimensão **Cuidado Integral** quatro medidas destacaram-se por valores baixos em muitos estados. Na medida de *disponibilidade de medicamentos anti-diabéticos*, apenas o estado Ceará não teve valor abaixo de 50%. Para as medidas de *disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos e materiais em condições de uso para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças* os valores foram baixos em todos os estados. A medida referente a presença

do assistente social na AB também teve o número expressivo de 14 estados com valores abaixo de 50% (Acre, Bahia, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rondônia, Rio Grande do Sul, Sergipe e São Paulo).

Após a consolidação das medidas e conversão dos valores em escala de 0 a 1, os 14 indicadores foram classificados segundo o intervalo interquartilico (Figura 1).

Figura 1 - Valores dos indicadores da MAJ do cuidado da atenção em AVE na AB no Brasil segundo Região, Estado e Dimensão de análise

| | | Garantia do Acesso | | | | | Coordenação do cuidado | | Cuidado Longitudinal | | Cuidado Integral | | | | |
|----|----|--------------------|------|------|------|------|------------------------|------|----------------------|------|------------------|------|------|------|------|
| | | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 | I7 | I8 | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 |
| CO | DF | 0,00 | 0,27 | 0,01 | 0,19 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,25 | 0,72 | 0,25 | 0,77 | 1,00 | 1,00 | 0,84 |
| | GO | 0,45 | 0,70 | 0,42 | 0,57 | 0,87 | 0,71 | 0,93 | 0,59 | 0,50 | 0,10 | 0,50 | 0,45 | 0,24 | 0,19 |
| | MT | 0,47 | 0,76 | 0,46 | 0,65 | 0,84 | 0,76 | 0,98 | 0,79 | 0,71 | 0,01 | 0,51 | 0,21 | 0,69 | 0,38 |
| | MS | 0,47 | 0,84 | 0,58 | 0,63 | 0,95 | 0,81 | 0,95 | 0,80 | 0,67 | 0,20 | 0,66 | 0,57 | 0,68 | 0,40 |
| SE | SP | 0,08 | 0,83 | 0,19 | 0,70 | 0,83 | 0,89 | 1,00 | 0,76 | 0,62 | 0,14 | 0,53 | 0,51 | 0,81 | 0,50 |
| | MG | 0,64 | 0,79 | 0,36 | 0,46 | 0,84 | 0,82 | 0,99 | 0,73 | 0,64 | 0,04 | 0,68 | 0,60 | 0,65 | 0,52 |
| | ES | 0,30 | 0,56 | 0,37 | 0,50 | 0,91 | 0,62 | 0,95 | 0,64 | 0,28 | 0,08 | 0,01 | 0,05 | 0,61 | 0,30 |
| N | RJ | 0,31 | 0,82 | 0,33 | 0,47 | 0,97 | 0,81 | 0,98 | 0,84 | 0,81 | 0,16 | 0,64 | 0,77 | 0,82 | 0,74 |
| | RR | 0,62 | 0,14 | 0,22 | 0,45 | 0,82 | 0,35 | 1,00 | 0,34 | 0,76 | 0,06 | 0,30 | 0,79 | 0,00 | 0,81 |
| | PA | 0,31 | 0,42 | 0,26 | 0,10 | 0,82 | 0,50 | 0,84 | 0,44 | 0,68 | 0,15 | 0,57 | 0,73 | 0,47 | 0,65 |
| | AC | 0,74 | 0,00 | 0,28 | 0,00 | 0,06 | 0,18 | 0,84 | 0,01 | 0,00 | 0,09 | 0,39 | 0,57 | 1,00 | 0,18 |
| | AM | 0,30 | 0,42 | 0,33 | 0,23 | 0,39 | 0,44 | 0,74 | 0,62 | 0,46 | 0,06 | 0,48 | 0,69 | 0,29 | 0,73 |
| | AP | 0,35 | 0,60 | 0,21 | 0,33 | 0,87 | 0,38 | 0,91 | 0,77 | 0,86 | 0,00 | 0,71 | 1,00 | 1,00 | 0,83 |
| NE | TO | 0,97 | 0,44 | 0,65 | 0,67 | 0,92 | 0,70 | 0,99 | 0,50 | 0,52 | 0,12 | 0,39 | 0,62 | 0,48 | 0,81 |
| | RO | 0,48 | 0,43 | 0,21 | 0,31 | 0,92 | 0,62 | 0,85 | 0,70 | 0,39 | 0,08 | 0,27 | 0,30 | 1,00 | 0,43 |
| | BA | 0,56 | 0,74 | 0,39 | 0,42 | 0,92 | 0,76 | 0,97 | 0,76 | 0,73 | 0,21 | 0,67 | 0,76 | 0,86 | 0,52 |
| | CE | 0,72 | 0,78 | 0,39 | 0,63 | 0,92 | 0,77 | 0,96 | 0,84 | 0,76 | 0,24 | 0,73 | 0,81 | 0,84 | 0,65 |
| | SE | 0,71 | 0,65 | 0,39 | 0,40 | 0,91 | 0,66 | 0,91 | 0,59 | 0,63 | 0,19 | 0,53 | 0,68 | 1,00 | 0,37 |
| | MA | 0,83 | 0,40 | 0,42 | 0,16 | 0,77 | 0,56 | 0,88 | 0,44 | 0,59 | 0,08 | 0,61 | 0,66 | 0,26 | 0,52 |
| | PB | 1,00 | 0,77 | 0,55 | 0,48 | 0,96 | 0,72 | 0,98 | 0,80 | 0,79 | 0,01 | 0,72 | 0,83 | 0,70 | 0,63 |
| S | RN | 0,80 | 0,84 | 0,68 | 0,64 | 0,96 | 0,79 | 0,93 | 0,88 | 0,79 | 0,12 | 0,68 | 0,81 | 0,72 | 0,71 |
| | PI | 1,00 | 0,78 | 0,62 | 0,45 | 0,97 | 0,75 | 0,99 | 0,74 | 0,72 | 0,18 | 0,56 | 0,87 | 0,09 | 0,58 |
| | AL | 0,66 | 0,60 | 0,42 | 0,16 | 0,98 | 0,63 | 0,98 | 0,69 | 0,68 | 0,08 | 0,65 | 0,79 | 0,71 | 0,63 |
| | PE | 0,61 | 0,76 | 0,41 | 0,33 | 0,99 | 0,76 | 0,98 | 0,75 | 0,79 | 0,10 | 0,68 | 0,79 | 0,96 | 0,63 |
| S | PR | 0,45 | 0,71 | 0,36 | 0,62 | 0,76 | 0,76 | 0,98 | 0,62 | 0,43 | 0,20 | 0,35 | 0,47 | 0,74 | 0,25 |
| | RS | 0,34 | 0,63 | 0,23 | 0,64 | 0,68 | 0,79 | 0,99 | 0,47 | 0,46 | 0,17 | 0,50 | 0,16 | 0,63 | 0,32 |
| | SC | 0,66 | 0,83 | 0,36 | 0,83 | 0,93 | 0,84 | 0,97 | 0,90 | 0,65 | 0,27 | 0,45 | 0,49 | 0,93 | 0,46 |

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: vermelho=insatisfatório; amarelo= regular; verde=satisfatório; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; N= Norte, NE= Nordeste; S=Sul; I1 = Cobertura da ESF; I2= Acolhimento; I3= Adequação Pessoal; I4= Acessibilidade; I5= Cuidado em Saúde no domicílio; I6= Comunicação entre diferentes pontos RAS; I7= Apoio Matricial com especialistas; I8= Vigilância Longitudinal; I9= Garantia do acompanhamento contínuo; I10= Disponibilidade de Medicamentos; I11= Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças; I12= Ações de Reabilitação; I13= Ações de Saúde Mental; I14= Ações Intersetoriais.

Pode-se observar na Figura 1 que Distrito Federal, Goiás, Espírito Santo e Pará apresentam valores abaixo do primeiro quartil (avaliação insatisfatória) em muitos indicadores das três primeiras dimensões, e Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte,

Paraíba, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, Ceará, Bahia e Sergipe não apresentaram nenhum indicador insatisfatório nessas dimensões.

Na dimensão de **Cuidado integral**, o único estado em que todos os indicadores foram identificados como satisfatório foi Distrito Federal, ao contrário de seu desempenho nas outras três dimensões. Os estados São Paulo, Bahia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Alagoas e Pernambucano não apresentaram indicador classificado como insatisfatório nessa dimensão.

A consolidação dos indicadores em cada dimensão é apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Avaliação dos estados brasileiros no cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB por dimensão e juízo de valor final

| | | Garantia do Acesso | Coordenação do cuidado | Cuidado Longitudinal | Cuidado Integral | JV |
|----|----|--------------------|------------------------|----------------------|------------------|------|
| CO | DF | 0,09 | 0,00 | 0,48 | 0,77 | 1,35 |
| | GO | 0,60 | 0,82 | 0,54 | 0,29 | 2,26 |
| | MS | 0,69 | 0,88 | 0,73 | 0,50 | 2,81 |
| | MT | 0,64 | 0,87 | 0,75 | 0,36 | 2,62 |
| SE | MG | 0,62 | 0,90 | 0,69 | 0,50 | 2,71 |
| | SP | 0,53 | 0,94 | 0,69 | 0,50 | 2,66 |
| | ES | 0,53 | 0,79 | 0,46 | 0,21 | 1,98 |
| | RJ | 0,58 | 0,89 | 0,82 | 0,62 | 2,92 |
| N | RO | 0,47 | 0,74 | 0,55 | 0,41 | 2,16 |
| | RR | 0,45 | 0,67 | 0,55 | 0,39 | 2,06 |
| | AP | 0,47 | 0,64 | 0,81 | 0,71 | 2,64 |
| | TO | 0,73 | 0,85 | 0,51 | 0,49 | 2,57 |
| | AC | 0,22 | 0,51 | 0,01 | 0,45 | 1,17 |
| | PA | 0,38 | 0,67 | 0,56 | 0,51 | 2,13 |
| NE | AM | 0,33 | 0,59 | 0,54 | 0,45 | 1,91 |
| | BA | 0,61 | 0,87 | 0,74 | 0,61 | 2,83 |
| | CE | 0,69 | 0,86 | 0,80 | 0,65 | 3,01 |
| | MA | 0,52 | 0,72 | 0,51 | 0,43 | 2,18 |
| | SE | 0,61 | 0,79 | 0,61 | 0,55 | 2,56 |
| | RN | 0,78 | 0,86 | 0,83 | 0,61 | 3,09 |
| | PB | 0,75 | 0,85 | 0,80 | 0,58 | 2,98 |
| | PE | 0,62 | 0,87 | 0,77 | 0,63 | 2,89 |
| | PI | 0,77 | 0,87 | 0,73 | 0,46 | 2,82 |
| S | AL | 0,56 | 0,80 | 0,69 | 0,57 | 2,62 |
| | RS | 0,51 | 0,89 | 0,46 | 0,35 | 2,21 |
| | SC | 0,72 | 0,90 | 0,77 | 0,52 | 2,92 |
| | PR | 0,58 | 0,87 | 0,53 | 0,40 | 2,38 |

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda: vermelho=insatisfatório; amarelo= regular; verde=satisfatório; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; N= Norte; NE= Nordeste; S= Sul; JV= juízo de valor final.

Na Figura 2, observa-se que a **região Norte** obteve uma maior concentração de dimensões insatisfatórias (53,5%). Apenas Amapá e Tocantins apresentaram juízo

final de valor como avaliação do cuidado em saúde pós-AVE regular e não insatisfatória como os demais estados. A **região Nordeste** foi onde encontrou-se maior concentração de estados classificados como satisfatórios (41%), sendo apenas duas dimensões em toda a região com julgamento insatisfatório, ambas no estado do Maranhão (*Coordenação do cuidado e Cuidado longitudinal*).

Na **região Sul**, as únicas dimensões que foram avaliadas como insatisfatórias são *Cuidado longitudinal e Cuidado integral* no Paraná e Rio Grande do Sul. O estado Santa Catarina apresentou melhor avaliação regional, sendo o único considerado como satisfatório no juízo de valor final e apenas com a dimensão de *cuidado integral* como regular.

Na **região Sudeste**, os estados foram avaliados na maioria das dimensões como regulares (56,2%), sendo o destaque positivo o Rio de Janeiro por apresentar apenas a dimensão de garantia de acesso com desempenho regular e como destaque negativo Espírito Santo por ser o único estado com juízo de valor final com resultado insatisfatório e ainda essa mesma avaliação nas dimensões de cuidado integral e cuidado longitudinal.

O ajuizamento de valor nas dimensões dos estados da **região Centro-Oeste** foi mais equilibrado, mas também houve uma predominância da classificação regular (37,5%) e a mesma percentagem de 31,25% em satisfatório e insatisfatório. O Distrito Federal destaca-se satisfatório apenas no cuidado integral e nas demais insatisfatório e conseqüentemente o único com avaliação insatisfatória no juízo de valor final.

4 DISCUSSÃO

O cuidado em saúde das pessoas com AVE no Brasil traz o protagonismo do contexto hospitalar e da atenção ambulatorial especializada com apenas uma padronização geral de ações mínimas de assistência na AB (BRASIL, 2012a; BRASIL 2012b; BRASIL, 2013b). Ainda são escassos estudos que promovam a discussão de estratégias de indicadores para monitoramento e avaliação do cuidado dessa condição clínica no contexto da AB.

Ao mesmo tempo é importante resgatar a profunda e histórica desigualdade social e a crescente prevalência de obesidade, diabetes e hipertensão são barreiras que desafiam a agenda nacional de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2012b;

SCHMIDT; DUNCAN, 2011). Da mesma forma, existem desigualdades geográficas e sociais nas taxas de morbimortalidade e os anos perdidos devido a incapacidade devido ao AVE sendo que regiões mais pobres do país apresentam essas taxas elevadas (LOTUFO et al., 2015).

Essa discussão remete aos resultados das medidas da região Norte nas dimensões de **Garantia do Acesso** (*cobertura NASF e presença de profissionais especialistas na AB*) e **Coordenação do Cuidado** (*comunicação dos especialistas com a AB*) onde observou-se valores baixos em três e cinco estados respectivamente. Esse resultado pode ser justificado pelo estudo de Garnelo, Sousa e Silva (2017) que aponta a região da Amazônia legal com baixo índice de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com uma rede de serviços insuficiente, dificuldade de fixação de profissionais além de potencializar serviços de média e alta complexidade nas capitais.

Ainda em relação a dimensão de **Garantia do Acesso**, é evidenciado na literatura a importância da presença da equipe multiprofissional especializada na AB (fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais) para facilitar o acesso aos cuidados em saúde das pessoas com AVE (CAVALCANTE, 2016). Na pesquisa de Melo (2019), com dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) do ano de 2017 os estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul apresentaram maiores registros de atividades desses profissionais (fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais), enquanto os estados do Distrito Federal, Roraima e Sergipe apresentaram as menores quantidades. Em nossa pesquisa, de todos estes estados apresentados por Melo (2019), apenas Paraná apresentou avaliação satisfatório e pode ser explicado por preconizarmos em nossa matriz que esses profissionais atuassem de forma compartilhada (fisioterapeuta e terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta e fonoaudiólogo). Em relação a esse desafio, os estudos internacionais também sinalizaram que o acesso a cuidados especializados de AVE é difícil ou muitas vezes ausentes em algumas categorias profissionais reforçando falta de coordenação do cuidado (AZIZ et al., 2017; BRAININ et al., 2011; BROOMHEAD et al., 2011; CAMERON; TSOI; MARSELLA, 2008; HICKEY et al., 2012; LANGHORNE; VILLIERS; PANDIAN, 2012; PHILP et al., 2013; WASAY; KHATRI; KAUL, 2014; WHITFORD, 2009; WISSEL; OLVER; SUNNERHAGEN, 2013).

Nos resultados da pesquisa de Bousquat et al. (2017), que estuda a coordenação do cuidado em uma região de saúde do interior de São Paulo/SP com triangulação dos dados com o itinerário terapêutico de pessoas com AVE, também foram encontradas fragilidades da AB em assumir papel de coordenação do cuidado. Dentre as possíveis causas encontradas na literatura internacional para essa má coordenação do cuidado pós-AVE pontua-se a falta de comunicação dos profissionais dos diferentes serviços (LIM et al., 2020; MULLIS et al., 2019) e a carência no desenvolvimento de protocolos/diretrizes com pactuações locais entre profissionais da AB e de serviços de atenção secundária e terciária (TURNER et al., 2018; AZIZ et al., 2017; PHILP et al., 2013; AZIZ et al., 2018). Aziz e colaboradores (2017) sugerem que uma das estratégias para que os serviços fragmentados passem a funcionar de forma coordenada é a abordagem assistencial compartilhada entre todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Um estudo recente que discute a **Longitudinalidade do Cuidado** é o de Turner e colaboradores (2018) que explora as necessidades de longo prazo dos sobreviventes ao AVE e seus cuidadores. Nessa pesquisa é abordado o sentimento de abono dessas pessoas pelos serviços de saúde devido à falta de acompanhamento e das necessidades de informação não atendidas e em seus resultados são reforçados o papel da AB em facilitar o encaminhamento a serviços especializados sempre que necessário. Na avaliação da região Sul, o estado do Paraná apresentou **Cuidado Longitudinal** da pessoa com AVE como insatisfatório. Esse resultado corrobora com um estudo qualitativo de Gerhardt (2016) realizado com população idosa do município de Maringá/PR onde é citada a falta de comunicação entre os níveis de atenção (indicador esse no estado do Paraná avaliado como regular na presente pesquisa).

Em relação a medida de *disponibilidade de medicamentos antidiabéticos* na dimensão **Integralidade do Cuidado** ser apontada na grande maioria dos estados com valores baixos, torna-se bastante preocupante por existir estudo sobre preditores de sobrevida quatro anos após-AVE no Brasil identificando a presença de diabetes como preditor para aumento do risco de morte pós-AVE nessa população (GOULART et al., 2013). Além disso, a medida de *disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivo* também obteve valores baixos de forma bastante expressiva e reforça a preocupação por hipertensão juntamente com a diabetes mellitus de serem

consideradas como condições de acompanhamento contínuo prioritário de pessoas com AVE (ABELLÁN et al., 2011; AZIZ et al., 2017; TAMAYO-OJEDA et al., 2017).

Ao analisarmos a avaliação dos indicadores, observou-se o Distrito Federal com uma avaliação insatisfatória em praticamente todos os indicadores das primeiras três dimensões e na dimensão **Cuidado Integral** obteve avaliação satisfatória em todos os indicadores. Esse comportamento pode ser justificado pelo movimento de reorganização do sistema de saúde do Distrito Federal entre 2016 e 2018 em que fez parte a de conversão do modelo assistencial com uma expansão da cobertura da ESF e do movimento de recomposição das equipes NASF-AB. No estudo de Correa et al. (2019) que descreve esse movimento do Distrito Federal é explicado que objetivou-se a expansão gradual e a reorganização do processo de trabalho de modo que todas as eSF do Distrito Federal pudessem estar vinculadas a equipes NASF-AB a médio prazo. Em nosso estudo, a dimensão de integralidade do cuidado é composta pela sua grande maioria por questões relacionadas a equipe NASF-AB e essa aproximação/reorganização do processo de trabalho das equipes poderia justificar esse desempenho na avaliação dos indicadores.

É possível encontrar na literatura achados referentes a dimensão de **Cuidado Integral** fazendo referência a reabilitação. No estudo de Goulart et al. (2013) após o atendimento de emergência em hospitais, os pacientes são encaminhados à atenção básica, no entanto, a maioria dos serviços não podem oferecer tratamento de reabilitação para todos eles. Como consequência, pacientes com baixo nível socioeconômico não têm acesso à reabilitação pós-AVE sendo que foi relatado mais de 70% de pacientes sem realizar ações de reabilitação.

Os indicadores analisados foram elaborados com dados provenientes da avaliação externa do PMAQ-AB coletados por equipes capacitadas e supervisionadas pelas universidades, que padronizaram o processo de coleta. Mesmo assim, não se exclui a possibilidade de problemas na transposição das informações coletadas devido ao grande número de entrevistadores e pela magnitude da pesquisa. É importante destacar que não foram encontrados na literatura outros estudos de abrangência nacional da avaliação do cuidado em saúde da pessoa com AVE na AB.

5 CONCLUSÃO

Uma das limitações deste estudo é referente a análise através da distribuição quartílica por apresentar um desempenho comparativo entre os estados. O resultado satisfatório no estudo pode não representar uma atuação tão boa na prática. Optamos por comparar os estados entre si pela ausência de um parâmetro ideal para cada indicador do estudo. Outro aspecto se refere ao atual cenário nacional que extinguiu as equipes NASF-AB e substituiu o PMAQ por uma avaliação majoritariamente baseada em informações autorreferidas pelos gestores municipais.

O presente estudo possibilitou avaliar aspectos relevantes do cuidado em saúde pós-AVE no contexto da AB e identificou uma baixa cobertura das equipes NASF-AB, a falta de especialistas na AB, a limitação na comunicação dos especialistas com a AB, a falta de acompanhamento das pessoas com AVE em outros pontos da RAS, a indisponibilidade de medicamentos anti-diabéticos e hipertensivos, a fragilidade das UBS's em oferecer condições para ações de prevenção e promoção e a ausência do assistente social na AB são aspectos que devem ser aperfeiçoados na organização do cuidado das pessoas com AVE na AB no território nacional. A região Norte obteve uma maior concentração de dimensões insatisfatórias enquanto a região Nordeste foi onde encontrou-se maior concentração de estados classificados como satisfatórios.

Além disso, faz-se necessário expandir os estudos nacionais para além de investigações de prevalência e perfil epidemiológico pós-AVE com proposição de processos contínuos de avaliação e monitoramento das intervenções das equipes. Reforça-se a necessidade de que mais estudos avaliativos sobre o cuidado em saúde para pessoas acometidas pelo AVE na AB e que sejam empregadas outras abordagens e metodologias, a fim elucidar outras fragilidades e potencialidades do cuidado em saúde para essa população.

REFERÊNCIAS

- ABELLÁN, Alemán J. *et al.* Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. **Medicina Clínica**, v. 136, n. 8, p. 329-335, mar. 2011. Disponível em: <https://medes.com/publication/65178>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- AZIZ, Aznida F. Abdul *et al.* The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. **Health Services Research**, v. 17, n. 1, art. 35, 13 jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1963-8>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- AZIZ, Aznida Firzah Abdul *et al.* Profile and outcome of post stroke patients managed at selected public primary care health centres in Peninsular Malaysia: a retrospective observational study. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, 17965, dec. 2018 5. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-36154-0>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BENSENOR, Isabela M. *et al.* Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, sep. 2015. Disponível em: [10.1590/0004-282X20150115](https://doi.org/10.1590/0004-282X20150115). Acesso em: 10 jan. 2021.
- BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytkwtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRAININ, Michael *et al.* Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. **Int. J. Stroke**, v. 6, n. 1, p. 42-46, feb. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21205240/>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências**. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 10 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa**

com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BROOMHEAD, David. *et al.* **Stroke rehabilitation in the community:** commissioning for improvement. An information resource for providers and commissioners of stroke rehabilitation and early supported discharge services in the community. NHS Outcomes Framework 2012-2013. Department of Health, UK, 2011.

CAMERON, Jill I.; TSOI, Chris; MARSELLA, Amanda. Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. **Stroke**, v. 39, n. 9, p. 2637-2643, sep. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18635864/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CARMO, Julia Fabres *et al.* Disability after stroke: a systematic review. **Fisioterapia em Movimento**, v. 28, n. 2, p. 407-418, jun. 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/fm/a/DdzHv9MrgFp7pF4tsdvRYCv/?lang=em>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAVALCANTE, Denise de Fátima Barros. **Relação entre variáveis contextuais e indicadores das condições sensíveis à atenção primária (acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) no estado de São Paulo de 1998 a 2013.** 2016. 33 f. Dissertação (Mestrado profissional em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2016.

CERNIAUSKAITE, Milda *et al.* Quality-of-life and disability in patients with stroke. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 91, n. 13, sup. 1, p. 39-47, feb. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22193309/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In:* HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Capítulo 2. p. 29-47. Disponível em:
<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

FEIGIN, Valery L. *et al.* Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 18, n. 5, p. 459-480, may 2019. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30879893/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 4, p. 1225-1234, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>. Acesso em: 10 jan. 2021.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

HICKEY, A. *et al.* Community-based post-stroke service provision and challenges: a national survey of managers and inter-disciplinary healthcare staff in Ireland. **Health Services Research**, n. 12, p. 1-8, may 2012. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-111>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LANGHORNE, Peter; VILLIERS, Linda; PANDIAN, Jeyaraj Durai. Applicability of stroke-unit care to low-income and middle-income countries. **The Lancet Neurology**, v. 11, n. 4, p. 341-348, apr. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441195/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

LIM, Soo *et al.* Diabetes drugs and stroke risk: Intensive versus conventional glucose-lowering strategies, and implications of recent cardiovascular outcome trials. **Diabetes Obes. Metab.**, v. 22, n. 1, p. 6-15, jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31379119/>. Acesso em: 12 out. 2020.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 52-66, sep. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

LOTUFO, Paulo Andrade. Stroke is still a neglected disease in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 6, p. 457-459, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/kS6VXXSzJtdwWbGhHCYvxnt/?lang=en>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-63.

MELO, Alyne Araújo de. **Caracterização das práticas de reabilitação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, entre 2016 e 2017**. 2019. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília. 2019.

MULLIS, Ricky *et al.* Improving Primary Care After Stroke (IPCAS) trial: protocol of a randomised controlled trial to evaluate a novel model of care for stroke survivors living in the community. **BMJ Open**, v. 9, n. 8, e030285, aug. 2019. Aug 18;9(8):e030285. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31427339/>. Acesso em: 12 out. 2020.

OVANDO, Angélica Cristiane. **Preditores de Mobilidade Comunitária em indivíduos com hemiparesia crônica pós Acidente Vascular Encefálico**. 2015. 105 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina Udesc, Florianópolis, 2015.

PHILP, Ian *et al.* Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. **J. Stroke Cerebrovasc. Dis.**, v. 22, n. 7, p. 173-180, oct. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265778/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RAJSIC, S. *et al.* Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. **The European Journal of Health Economics**, v. 20, n. 1, p. 107-134, fev. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29909569/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SANTANA, Maria Tereza Maynard; CHUN, Regina Yu Shon. Linguagem e funcionalidade de adultos pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE): avaliação baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **CoDAS [online]**, v. 29, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/Kc5hY6mLXMsMtygbHp8vm8k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400001. Acesso em: 08 jan. 2021.

SEIDL, Helena; LIMA, Antonio; VIEIRA, Swheelen. Narrando visíveis e invisíveis: o relato de experiências do trabalho de campo do PMAQ no Estado do Rio de Janeiro. *In*: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl (org). **Rotas da Atenção Básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2014. p. 262-287.

SILVA, S. M. *et al.* Comparison of quality-of-life instruments for assessing the participation after stroke based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 5, p. 470-478, set./out. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/dNRVCPbwVZdPPWSfHZ9GMrb/?lang=em>. Acesso em: 08 jan. 2021.

SOUZA, Thaís Titon. **Avaliação de resultados de Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Santa Catarina**. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAMAYO-OJEDA, Carmen *et al.* Seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria. **Aten. Primaria**, v. 49, n.6, p. 351-358, jun./jul. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875913/>. Acesso em: 11 out. 2020.

TURNER, Grace M. *et al.* Clinical and Demographic Characteristics Associated With Suboptimal Primary Stroke and Transient Ischemic Attack Prevention: Retrospective Analysis. **Stroke**, v. 49, n. 3, p. 682-687, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29440471/>. Acesso em: 11 out. 2020.

WASAY, Mohammad; KHATRI, Ismail A.; KAUL, Subhash. Stroke in South Asian countries. **Nature Reviews Neurology**, v. 10, n. 3, p. 135-143, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24514866/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

WHITFORD, David L. *et al.* Is primary care a neglected piece of the jigsaw in ensuring optimal stroke care? Results of a national study. **Family Practice**, v. 10, n. 27, apr. 2009. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-27>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WISSEL, Jörg; OLVER, John; SUNNERHAGEN, Katharina Stibrant. Navigating the poststroke continuum of care. **Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan. 2013. Disponível em: [https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(11\)00149-2/fulltext](https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(11)00149-2/fulltext). Acesso em: 10 jan. 2021.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve por objetivo avaliar a o cuidado da pessoa com Acidente AVE na atenção básica. O estudo de avaliabilidade desenvolvido foi importante para reflexão do objeto de avaliação com a proposição de modelo teórico e lógico que contribuíssem no entendimento de como deve ocorrer o cuidado dessa população no contexto da AB apresentando respaldo na literatura e na oficina de consenso com especialistas. A matriz avaliativa foi construída a partir dos modelos e, apesar dos dados secundários utilizados não terem sido especificamente organizados para a avaliação do cuidado em saúde pós-AVE, foi possível encontrar variáveis selecionadas como medidas aproximadas adequadas para representar a informação desejada e coerentes com o objetivo da tese. O objeto de avaliação demonstrou-se consistente e avaliável com a oficina do estudo de avaliabilidade com dimensões, indicadores, medidas e variáveis apropriadas. O modelo avaliativo contribui para aferir se o cuidado em saúde ofertado na AB às pessoas acometidas pelo AVE está caminhando no sentido de se obter a redução da recorrência de novos episódios e na colaboração para inclusão dessa população na sociedade. É importante registrar que a proposta metodológica inicial da tese enfrentou algumas dificuldades e limitações. O desenho inicialmente proposto era aplicar o modelo avaliativo em estudo de campo em municípios com melhores condições no cuidado da pessoa com AVE a partir de dados do PMAQ-AB, mas, com as dificuldades para coleta de dados em período de pandemia e a necessidade de adequar o cronograma da pesquisa para a conclusão da tese, optou-se por fazer um estudo quantitativo com maior robustez a partir de dados de bancos secundários existentes. Sugiro para estudos futuros da linha de pesquisa a investigação em campo da atuação das equipes de atenção básica com essa população permitindo uma abordagem qualitativa sobre o objeto de avaliação. A aplicabilidade do modelo foi demonstrada em estudo transversal descritivo de avaliação com abordagem quantitativa, tendo como unidades de análise os estados brasileiros em 2017. A avaliação dos estados apenas a partir de municípios em que as equipes NASF-AB participaram do PMAQ restringe, mas ao mesmo tempo reforça a importância do cuidado multiprofissional da AB ainda mais quando se fala em uma condição clínica, como o AVE, com tanta complexidade e amplitude no manejo do cuidado. A matriz avaliativa apresentou como eixo norteador os atributos essenciais

da AB com dimensões de “Garantia do Acesso”, “Coordenação do cuidado”, “Cuidado Longitudinal” e “Cuidado Integral”. O estudo de aplicabilidade do modelo avaliativo possibilitou avaliar aspectos relevantes do cuidado em saúde pós-AVE no contexto da AB e que devem ser aperfeiçoados na organização do cuidado dessa população p. ex: a baixa cobertura das equipes NASF-AB, a falta de especialistas na AB, a limitação na comunicação dos especialistas com a AB, a falta de acompanhamento das pessoas com AVE em outros pontos da RAS, a indisponibilidade de medicamentos anti-diabéticos e anti-hipertensivos, a fragilidade das UBSs em oferecer condições para ações de prevenção de doenças e promoção de saúde e ainda uma baixa presença do assistente social na AB. Os resultados evidenciaram uma melhor avaliação dos estados da região nordeste e ao mesmo tempo identificou uma pior avaliação dos estados da região norte. Além disso, faz-se necessário expandir os estudos nacionais para além de investigações de prevalência e perfil epidemiológico pós-AVE, encontrados em maior quantidade na literatura, para proposição de processos contínuos de avaliação e monitoramento das intervenções das equipes. Reforça-se a necessidade de empregar outras abordagens e metodologias, a fim de possibilitar a explanação de fragilidades e potencialidades do cuidado em saúde para essa população distintos da presente tese. Cabe ainda destacar enquanto considerações relacionadas ao desenvolvimento da tese que durante o período do doutorado manteve a função de fisioterapeuta NASF-AB no município de Florianópolis e as reflexões teóricas do cuidado em saúde pós-AVE estiveram presentes na minha prática diária na AB através de discussões de casos, visitas domiciliares, interconsultas com colegas de equipe conforme as demandas relacionadas ao tema apareciam no dia a dia. Pelo AVE ser uma das condições de maior impacto epidemiológico, a presença de casos dessa natureza sempre estiveram presentes nos momentos de apoio matricial com profissionais de equipes de saúde da família e NASF-AB geralmente acompanhadas de toda a sua complexidade no manejo do cuidado e sempre que necessário no encaminhamento para o cuidado especializado em outros pontos da rede. Outra contribuição para o desenvolvimento da pesquisa foi a minha relação com o PMAQ enquanto entrevistador de campo na equipe PMAQ-SC nos municípios de Santa Catarina. Essa oportunidade gerou muitas trocas de experiências, discussões e aprendizados com equipes de atenção básica, gestores municipais e com demais membros da equipe PMAQ-SC. Desenvolvendo a função de

entrevistador percebi a dimensão do programa e conseqüentemente favoreceu no desenvolvimento da tese pela riqueza de informações que poderiam ser avaliadas a partir do uso de bancos secundários. Essa vivência prática na AB e a participação na equipe PMAQ SC foi importante para reflexões e foram fatores que tiveram uma grande influência na escrita da tese. A originalidade dessa pesquisa se concretiza pela apresentação da avaliabilidade do cuidado em saúde de uma condição clínica específica, nesse caso AVE, no contexto de um programa nacional que estimula a avaliação institucional por meio do acompanhamento de ações na AB. É importante salientar que frente ao atual cenário nacional que extinguiu os NASF-AB e substituiu o PMAQ por uma avaliação majoritariamente baseada em informações autorreferidas pelos gestores municipais devem ser fortalecidas pesquisas que sustentem a importância da AB com um cuidado integral e que reforcem a cultura avaliativa dentro do SUS. O suporte teórico e o desenho metodológico que sustenta este estudo pode servir como estímulo ao desenvolvimento de estudos de avaliação aplicados a avaliação de outras condições clínicas com relevância clínico-epidemiológico no contexto da AB do Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABELLÁN, Alemán J. *et al.* Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. **Medicina Clínica**, v. 136, n. 8, p. 329-335, mar. 2011. Disponível em: <https://medes.com/publication/65178>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ALMEIDA, Marta Carvalho; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 118-26, set./dez. 2002. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13906>. Acesso em: 12 out 2020.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 783-836.
- ARAÚJO, Danielle Campos. **Perfil do atendimento fisioterápico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família a indivíduos pós Acidente Vascular Cerebral usuários de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte**. 2014. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.
- AZIZ, Aznida F. Abdul *et al.* Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. **Family Practice**, v. 15, n. 1, art. 40, 02 mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-40>. Acesso em: 12 out. 2020.
- AZIZ, Aznida F. Abdul *et al.* The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. **Health Services Research**, v. 17, n. 1, art. 35, 13 jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1963-8>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- AZIZ, Aznida Firzah Abdul *et al.* Profile and outcome of post stroke patients managed at selected public primary care health centres in Peninsular Malaysia: a retrospective observational study. **Scientific Reports**. v. 8, n. 1, 17965, dec. 2018 5. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-36154-0>. Acesso em: 15 dez. 2020.
- BELETTINI, Nathiele Plácido; TUON, Lisiane. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. **Fisioterapia Brasil**, Petrolina – PE, v. 14, n. 6, p. 433-438, nov./dez. 2013. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/433/0>. Acesso em: 12 out. 2020.

BENSENOR, Isabela M. *et al.* Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, sep. 2015. Disponível em: [10.1590/0004-282X20150115](https://doi.org/10.1590/0004-282X20150115). Acesso em: 10 dez. 2020.

BEZERRA, Ricarda Samara da Silva *et al.* Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe/PE. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 46, p. 51-59, maio 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-566819>. Acesso em: 12 out. 2020.

BONALDI, Angélica Passos; RIBEIRO, Maressa Daga. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 195-203, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15320>. Acesso em: 12 out. 2020.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytkwtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRAININ, Michael *et al.* Poststroke chronic disease management: towards improved identification and interventions for poststroke spasticity-related complications. **Int. J. Stroke**, v. 6, n. 1, p. 42-46, feb. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21205240/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 10 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1. Ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento**

das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, Maria José Menezes *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 603-610, sep./dec. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Nhc646sMKwwZJDMXMMwZSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2020.

BROOMHEAD, David. *et al.* **Stroke rehabilitation in the community: commissioning for improvement.** An information resource for providers and commissioners of stroke rehabilitation and early supported discharge services in the community. NHS Outcomes Framework 2012-2013. Department of Health, UK, 2011.

CAMERON, Jill I.; TSOI, Chris; MARSELLA, Amanda. Optimizing stroke systems of care by enhancing transitions across care environments. **Stroke**, v. 39, n. 9, p. 2637-2643, sep. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18635864/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CARDOSO, Lícia Galindo Ronald de Almeida. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro.** 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Brasília, 2004.

CARVALHO-PINTO, Barbara P. B.; FARIA, Christina D. C. M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 4, p. 355-366, jul./ago. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/fjDbf7L3fCVfchzggQyfBHM/abstract/?lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CASTRO, Shamyry Sulyvan *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JmzdmXDzwZ48DJGB8xnrvCN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CAVALCANTE, Denise de Fátima Barros. **Relação entre variáveis contextuais e indicadores das condições sensíveis à atenção primária (acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) no estado de São Paulo de 1998 a 2013.** 2016. 33 f. Dissertação (Mestrado profissional em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2016.

CHEN, Ting *et al.* Long-term unmet needs after stroke: systematic review of evidence from survey studies. **BMJ Open**, v. 9, n. 5, e028137, may 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31110106/>. Acesso em: 12 out. 2020.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolos e Diretrizes: Linha de cuidado: Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - **Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012**. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

COSTA, Elisa Maria Amorim. Perspectivas para a Saúde da Família. *In*: COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 157-60.

CUMMING, Toby B.; MARSHALL, Randolph S.; LAZAR, Ronald M. Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. **Int. J. Stroke**, v. 8, n. 1, p. 38-45, jan. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23280268/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/grJnXGSLJSrbRhm7ykGcCYQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FEIGIN, Valerie L. *et al.* Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet Neurol.**, v. 15, n. 9, p. 913-924, aug. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27291521/>. Acesso em: 12 out. 2020.

FEIGIN, Valery L. *et al.* Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 383, n. 9913, p. 245-254, jan. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24449944/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FEIGIN, Valery L.; NORRVING, Bo.; MENSAH, George A. Primary prevention of cardiovascular disease through population-wide motivational strategies: insights from using smartphones in stroke prevention. **Glob Health**, v. 2, n. 2, e000306, apr. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28589034/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FERNANDES, Thaís de Lima; NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do; SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 153-159, jan./fev. 2013. Disponível em: <https://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/acervo-cehmob/artigos/Analise-das-atribuicoes-dos-fonoaudiologos-do-Nasf.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FERNANDES, Tiótrefis G. *et al.* Educational levels and the functional dependence of ischemic stroke survivors. **Cadernos de saúde pública**, v. 28, n. 8, p. 1581-1590, aug. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Bs56Hfysxr9GskBFZ9dRRrx/?lang=en>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FERRO, L. F. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

FREBURGER, Janet K. *et al.* Physical and Occupational Therapy from the Acute to Community Setting After Stroke: Predictors of Use, Continuity of Care, and Timeliness of Care. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 99, n. 6, p. 1077-1089, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28389108/>. Acesso em: 12 out. 2020.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, p. 1-5, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GRIMSMO, Anders *et al.* Disease-specific clinical pathways - are they feasible in primary care? A mixed-methods study. **Scand. J. Prim. Health Care**, v. 36, n. 2, p. 152-160, jun. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29644927/>. Acesso em: 12 out. 2020.

HARRINGTON, Amanda L. *et al.* Assessment of primary care services and perceived barriers to care in persons with disabilities. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v. 88, n. 10, p. 852-863, oct. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19661771/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

HARRISON, Tracie. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? **Family & Community Health**, v. 29, n. 1, p. 12S-19S, jan./mar. 2006. Disponível em: https://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/Abstract/2006/01001/Health_Promotion_for_Persons_With_Disabilities_.4.aspx. Acesso em: 10 dez. 2020.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HICKEY, A. *et al.* Community-based post-stroke service provision and challenges: a national survey of managers and inter-disciplinary healthcare staff in Ireland. **Health Services Research**, n. 12, p. 1-8, may 2012. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-111>. Acesso em: 10 dez 2020

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP),

HOWARD-WILSHER, Stephanie *et al.* Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. **Disabil. Health J.** [Internet], v. 9, n. 1, p. 11-25, 2016.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26440556/>. Acesso em: 12 out. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. 2017. Disponível em: http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/uf.php?lang=_PT&coduf=42&search=santa-catarina. Acesso em: 11 dez. 2020.

JAMES, Spencer L. *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. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1789-1858. nov. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext). Acesso em: 08 dez. 2020.

LANGHORNE, Peter; VILLIERS, Linda; PANDIAN, Jeyaraj Durai. Applicability of stroke-unit care to low-income and middle-income countries. **The Lancet Neurology**, v. 11, n. 4, p. 341-348, apr. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22441195/>. Acesso em: 08 dez. 2020.

LIM, Soo *et al.* Diabetes drugs and stroke risk: Intensive versus conventional glucose-lowering strategies, and implications of recent cardiovascular outcome trials. **Diabetes Obes. Metab.**, v. 22, n. 1, p. 6-15, jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31379119/>. Acesso em: 12 out. 2020.

LIMA, Juliana Gagno *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe 1, p. 52-66, sep. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 dez. 2020.

LINDSAY, Patrice *et al.* World Stroke Organization Global Stroke Services Guidelines and Action Plan. **International Journal of Stroke**, v. 9, n. SA100, p. 4-13, oct. 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/ijss.12371>. Acesso em: 12 out. 2020.

LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; BOHUSCH, Gláucia. Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 1, p. 4-12, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/8496/8703>. Acesso em: 11 out. 2020.

LOTUFO, Paulo Andrade. Stroke is still a neglected disease in Brazil. **São Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 6, p. 457-459, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/kS6VXXSzJtdwWbGhHCYvxnt/?lang=en>. Acesso em: 11 out. 2020.

managed at selected public primary care health centres in Peninsular Malaysia:

MARINHO, Fatima *et al.* Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**

[online], v. 392, n. 10149, p. 760-775, set. 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31221-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31221-2). Acesso em: 08 dez. 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-63.

MEFANO, Vania. **Política pública para a pessoa com deficiência**: Brasil e experiência internacional. 2014. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. E-book.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, jul. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MORAIS, Huana Carolina Cândido *et al.* Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 136-143, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DvDhJh7z3gpw7V3sGLVMpww/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 out. 2020.

MORGENSTERN, Lewis B.; KISSELA, Brett M. Stroke Disparities: large global problem that must be addressed. **Stroke**, v. 46, n. 12, p. 3560-3563, dec. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26470778/>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MOZAFFARIAN, Dariush *et al.* Executive Summary: heart disease and stroke statistics - 2016 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 133, n. 4, p. 447-454, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811276/>. Acesso em: 12 out. 2020.

MULLIS, Ricky *et al.* Improving Primary Care After Stroke (IPCAS) trial: protocol of a randomised controlled trial to evaluate a novel model of care for stroke survivors living in the community. **BMJ Open**, v. 9, n. 8, e030285, aug. 2019. Aug 18;9(8):e030285. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31427339/>. Acesso em: 12 out. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.;

coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240196006>. Acesso em: 11 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a Deficiência**. Capítulo 4 – Reabilitação. OMS, 2011. p. 97-139. Disponível em: http://who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

PHILP, Ian *et al.* Development of a poststroke checklist to standardize follow-up care for stroke survivors. **J. Stroke Cerebrovasc. Dis.**, v. 22, n. 7, p. 173–180, oct. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23265778/>. Acesso em: 08 dez. 2020.

RATTRAY, Nicholas A. *et al.* Prime movers: Advanced practice professionals in the role of stroke coordinator. **J. Am. Assoc. Nurse Pract.**, v. 29, n. 7, p. 392-402, jul. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28440589/>. Acesso em: 12 out. 2020.

REIS, Dener Carlos *et al.* 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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 663-674, dez. 2012. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400016. Acesso em: 11 out. 2020.

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva *et al.* Perfil de usuários acometidos por Acidente Vascular Cerebral adscritos à estratégia Saúde da Família em uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, sup. 2, p. 35–44, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/16433/9522>. Acesso em: 08 dez. 2020.

ROCHA, Eucenir Fredini; SOUZA, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [Internet], v. 22, n. 1, p. 36-44, 2011. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/view/14118/15936>. Acesso em: 08 dez. 2020.

RODES, Carolina Hart *et al.* O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/XKcPn7McC5Z5FvvsbYH4WQP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2020.

RODRIGUES, José *et al.* Perfil e atuação do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB.

Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde [Internet], v. 20, n. 4, p. 352-65, 2015. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5098>. Acesso em: 08 dez. 2020.

SANTOS, Fernanda Lays Souza Góes *et al.* Acidente vascular cerebral: o conhecimento dos enfermeiros. **Enfermagem em foco**, v 3, n 2, p. 58-61, 2012. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/255/143>. Acesso em: 08 dez. 2020.

SEIXAS, Clarissa Terenzi *et al.* Experiências de Atenção Domiciliar em Saúde no mundo: lições para o caso brasileiro. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar no SUS**: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf. Acesso em: 17 mar. 2020.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TADDEO, Patricia da Silva *et al.* Acesso, prática educativa e emponderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-30, nov. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5Cg33mMfQV3VWTJxJ7DcBfG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2020.

TALBOT, Lise R. *et al.* Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 2, p. 53, set. 2004. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-53>. Acesso em: 11 out. 2020.

TAMAYO-OJEDA, Carmen *et al.* Seguimiento de las recomendaciones en prevención secundaria cerebrovascular en atención primaria. **Aten. Primaria**, v. 49, n.6, p. 351-358, jun./jul. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875913/>. Acesso em: 11 out. 2020.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp., p.52-68, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rkxdpDKTbkQfb6x56PzHcPg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2020.

TOMASI, Elaine *et al.* Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva [Internet]**, v. 16, n. 11, p. 4395-4404, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2011.v16n11/4395-4404/pt/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

TURNER, Grace M. *et al.* Clinical and Demographic Characteristics Associated With Suboptimal Primary Stroke and Transient Ischemic Attack Prevention: Retrospective

Analysis. **Stroke**, v. 49, n. 3, p. 682-687, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29440471/>. Acesso em: 11 out. 2020.

VIEIRA, Daniela Koeller R. *et al.* Estratégias de Educação Permanente para o cuidado a Saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária em Angra dos Reis. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 10., 2012, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Interface, Botucatu [online], supl. 1, 2012. Disponível em: <http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso2012/CRU10/paper/view/5511>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WASAY, Mohammad; KHATRI, Ismail A.; KAUL, Subhash. Stroke in South Asian countries. **Nature Reviews Neurology**, v. 10, n. 3, p. 135-143, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24514866/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WENGERKIEVICZ, Karina Correa. **O cuidado com enfoque na reabilitação de pessoa com AVE**: perspectivas dos profissionais da atenção básica. 2017. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

WHITE, Patience H. Access to health care: health insurance considerations for young adults with special health care needs/disabilities. **Pediatrics**, v. 110, n. 6 Pt. 2, p. 1328-1335, dec. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12456953/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WHITFORD, David L. *et al.* Is primary care a neglected piece of the jigsaw in ensuring optimal stroke care? Results of a national study. **Family Practice**, v. 10, n. 27, apr. 2009. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-27>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WINSTEIN, Carolee J. *et al.* Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 47, n. 6, p. e98-e169, jun. 2016. Disponível em: <https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/47145>. Acesso em: 11 out. 2020.

WISSEL, Jörg; OLVER, John; SUNNERHAGEN, Katharina Stibrant. Navigating the poststroke continuum of care. **Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases**, v. 22, n. 1, p. 1-8, jan. 2013. Disponível em: [https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(11\)00149-2/fulltext](https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(11)00149-2/fulltext). Acesso em: 11 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rehabilitation in health systems**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1175964/retrieve>. Acesso em: 11 out. 2020.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. **Avaliação de programas**: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

APÊNDICE

RATIONALES

| DIMENSÃO – GARANTIA DO ACESSO |
|--|
| <p>O acesso implica na utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema. As UBS's e a atenção domiciliar são elementos constituintes da linha de cuidados do AVE. O acolhimento da equipe e a acessibilidade da UBS facilitam o acesso a um número maior de pessoas, incluindo aquelas que apresentam alguma deficiência. Uma maior cobertura da AB com presença da equipe multiprofissional especializada facilita o acesso aos cuidados em saúde e contribuem para a redução da recorrência do AVE no território.</p> <p>ALBUQUERQUE et al., 2014; BRASIL, 2013; CASTRO et al., 2011; CAVALCANTE et al., 2018; STARFIELD, 2002.</p> |

| Indicador: Cobertura da ESF | |
|--|---------------------------|
| <p>A AB constitui-se como porta de entrada preferencial para o SUS e o primeiro contato com a população. Com uma maior cobertura da AB para a população os profissionais de saúde podem organizar melhor seu processo de trabalho para atender às necessidades de saúde das pessoas com AVE e facilitar o acesso aos cuidados em saúde.</p> <p>BRASIL, 2013; CAVALCANTE, 2018.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de Cobertura estadual da ESF | e-gestor AB e IBGE (2010) |

| Indicador: Acolhimento | |
|---|----------------|
| <p>A implantação de estratégias de acolhimento das demandas e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com AVE após a alta hospitalar e no acompanhamento da condição crônica favorecem a equidade e a ampliação do acesso à saúde.</p> <p>BRASIL, 2012; BRASIL, 2013.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de ESF/EAB no estado em que os profissionais de acolhimento foram capacitados para o uso dos protocolos e critérios de avaliação de risco e vulnerabilidade dos usuários | PMAQ (II.10.7) |

| Indicador: Adequação Pessoal | |
|---|--|
| <p>Para aumentar a resolubilidade da AB é fundamental que a gestão mantenha, no mínimo, as recomendações do ministério da saúde para conformação das equipes. Em função do panorama clínico e epidemiológico, recomenda-se que as equipes de AB tenham atuação conjunta com profissionais especializados (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) no acompanhamento das pessoas com AVE do território sendo preconizado o compartilhamento dos cuidados em saúde. A partir do trabalho multiprofissional entre as equipes é avaliada a necessidade de atendimento conjunto ou de ações específicas dos diversos núcleos profissionais. Isso é fundamental para que as ações voltadas ao cuidado da pessoa com AVE sejam resolutivas. Essas ações devem ser realizadas por equipes multiprofissionais em quantidade suficiente para atender à demanda, devidamente qualificadas e motivadas para o alcance dos resultados esperados.</p> | |

| | |
|--|--------------------|
| CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; CAVALCANTE 2016; WENGERKIEVICZ, 2017; WITHFORD, 2009. | |
| Medidas | Fonte |
| % de ESF/EAB no estado com equipes mínimas com Saúde Bucal | CNES – junho/2017 |
| Relação entre ESF/EAB e equipes de saúde bucal no estado | e-gestor AB (2017) |
| Relação entre ESF/EAB e equipe NASF-AB (Cobertura das equipes NASF-AB) no estado | CNES – junho/2017 |
| % municípios no estado que possuem profissionais especializados no cuidado da pessoa com AVE | CNES – junho/2017 |

Indicador: Acessibilidade

A AB desempenha um papel central na garantia da atenção à saúde da população. Sendo o AVE uma das condições crônicas mais prevalentes da atualidade, é importante garantir uma acessibilidade adequada para o cuidado da pessoa com AVE na AB. As UBS's devem possuir estrutura física que permita a garantia do acesso e instalações adequadas tanto para quem executa quanto para quem recebe o cuidado pós-AVE. Como o AVE acomete principalmente pessoas de mais idade, consideram-se os aspectos referentes à acessibilidade das UBS's importantes para a qualidade da assistência.

CASTRO et al., 2011; LOPES et al., 2014.

| | |
|--|--|
| Medidas | Fonte |
| % de UBS no estado com acessibilidade adequada para pessoas com deficiência física | CNES – junho/2017 PMAQ - I.4.2.1 AO I.4.2.7 |

Indicador: Cuidados em saúde no domicílio

Para que o cuidado da pessoa com AVE se efetue, é preciso que o acesso seja garantido para além das UBS'S e com isso o domicílio também é um elemento constituinte na assistência à saúde dessa população. Para tanto, o acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com AVE no contexto domiciliar devem ser preconizados pelas equipes de AB.

AZIZ et al., 2018; BRASIL, 2013.

| | |
|---|----------------|
| Medidas | Fonte |
| % de ESF/EAB no estado que visitam famílias da área de abrangência com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade | PMAQ - II.25.4 |

DIMENSÃO – COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A coordenação do cuidado é definida como articulação dos níveis assistenciais entre os diversos serviços e ações de saúde de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum. No cuidado do AVE esse atributo garante a comunicação da AB com outros pontos de atenção conforme a necessidade. A AB deve ser notificada da alta hospitalar para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse usuário. A pessoa com AVE deve ser encaminhada adequadamente ao serviço ambulatorial especializado, a depender da gravidade do caso, depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB. É necessário um trabalho conjunto de profissionais que, mesmo atuando em diferentes pontos da RAS, são capazes de atender à necessidade dos seus pacientes dentro de suas competências e qualificações.

BRASIL, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; RODRIGUES et al., 2013; SANTOS; GIOVANELLA, 2016.

Indicador: Comunicação entre diferentes pontos da RAS

A comunicação da AB com outros pontos de atenção da RAS deve ser priorizada no cuidado da pessoa com AVE. A AB deve ser notificada da alta hospitalar para poder realizar o acompanhamento e seguimento desse usuário. O usuário com AVE deve ser encaminhado adequadamente ao serviço ambulatorial especializado, a depender da gravidade do caso, depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas na AB. Também devem ser preconizadas estratégias de comunicação para o desenvolvimento de protocolos/diretrizes com pactuações locais entre profissionais da AB e de serviços de atenção secundária e terciária voltados aos cuidados em saúde pós-AVE.

AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; GRIMSMO et al., 2018; PHILP et al., 2017; RATTRAY, 2017; TURNER et al., 2018; WENGERKIEVICZ, 2017.

| Medidas | Fonte |
|--|-------------------------------|
| % de ESF/EAB no estado que tem algum fluxo de comunicação institucionalizado com a atenção especializada | PMAQ - II.12.3.1 ao II.12.3.7 |
| % de ESF/EAB no estado em que os profissionais entram em contato com especialistas | PMAQ - II.12.4 |
| % de ESF/EAB no estado que os especialistas entram em contato com profissionais da AB | PMAQ - II.12.5 |

Indicador: Apoio Matricial com especialistas

O atendimento especializado por equipe multiprofissional no cuidado da pessoa com AVE deve ser coordenado pelas equipes de AB. As ações técnico-pedagógicas de apoio matricial são aquelas orientadas ao desenvolvimento de competência junto às equipes apoiadas, tais como discussões de casos e temas, ações conjuntas/ compartilhadas com as equipes de AB.

AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018.

| Medidas | Fonte |
|---|----------------------------|
| % de ESF/EAB no estado que recebem apoio matricial de profissionais dos hospitais na resolução de casos considerados complexos | PMAQ - II.3.2.1 a II.3.2.7 |
| % de ESF/EAB no estado que recebem apoio matricial de profissionais de centros de especializados na resolução de casos considerados complexos | PMAQ - II.3.1 |

DIMENSÃO – CUIDADO LONGITUDINAL

O cuidado longitudinal implica a existência de uma fonte regular de atenção, identificando as alterações que possam ocorrer e as diferentes necessidades do paciente ao longo do tempo, mesmo ao precisar de exames especializados e assistência em outro ponto de atenção. Caracteriza a assistência à saúde pós-AVE pelas equipes da AB imediatamente posterior a ocorrência priorizando as pessoas que apresentam maior risco de recorrência.

AZIZ et al., 2018; CHOCHAN; VENKATESH; HOW, 2019; GIOVANELLA et al., 2002; McLLVENNAN; EAPEN; ALLEN, 2015.

Indicador: Vigilância Longitudinal

É necessário conhecer o perfil demográfico, clínico e epidemiológico da comunidade para o planejamento e organização do cuidado em saúde das pessoas com AVE. A vigilância longitudinal deve ser preconizada como medida de segurança para complicações pós-AVE e no risco de recorrência da condição. Destaca-se o acompanhamento contínuo prioritário de pessoas com AVE que apresentem hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus enquanto DCNTs prevalentes nessa população.

AZIZ et al., 2018; CARVALHO-PINTO; FARIA et al., 2016; HOHOK et al., 2018; TAMAYO-OJEDA et al., 2017; WENGERKIEVICZ, 2017.

| Medidas | Fonte |
|--|---|
| % de ESF/EAB no estado que possuem registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) com maior risco/gravidade | PMAQ - II.17.8 e II.18.4 ; PMAQ - II.24.1; PMAQ - IV.10.2.1 |
| % de ESF/EAB no estado que possuem o registro de pessoas com deficiência | PMAQ - IV.8.1; PMAQ - II.24.2 |

Indicador: Garantia do acompanhamento contínuo

A identificação precoce das pessoas com AVE no território (logo após a fase aguda) ou das que mantêm acompanhamento especializado contínuo em outro ponto da RAS é importante estratégia no cuidado longitudinal na AB. As pessoas que apresentam um AVE prévio aumentam as chances de recorrência e devem ser priorizadas ações de prevenção secundária através da organização do cuidado da condição crônica. As atividades de educação em saúde individuais ou coletivas são importantes para estimular a modificação do estilo de vida e para prover conhecimento sobre o problema de saúde, devendo ajudar na superação das dificuldades em relação à adesão ao tratamento. Essas ações devem ter um caráter multiprofissional com desenvolvimento de autonomia para essa população, tornando-as corresponsáveis pelo cuidado, de modo a prevenir as complicações agudas e crônicas associadas ao AVE.

AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018.

| Medidas | Fonte |
|--|------------------|
| % de equipes NASF-AB no estado que dão suporte na identificação precoce de deficiências | PMAQ - IV.10.2.1 |
| % de equipes NASF-AB no estado que apoia e desenvolve estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas | PMAQ - IV.8.1 |
| % de ESF/EAB no estado que acompanham pessoas com deficiência assistidos por outras equipes/serviços | PMAQ - II.24.2 |

DIMENSÃO – CUIDADO INTEGRAL

A integralidade supõe a prestação, por meio de um trabalho integrado das equipes de AB, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A assistência à saúde pós-AVE na AB será bem-sucedida ao promover os cuidados em saúde centrados na pessoa com o gerenciamento das DCNT encorajando o autocuidado e inclui ainda a oferta de medicamentos, ações de prevenção secundária, de reabilitação e saúde mental sejam elas realizadas de forma coletiva ou individual (sejam elas na UBS ou domicílio). A integralidade do cuidado na AB ainda prevê uma atuação intersetorial que colabore na garantia a garantia dos benefícios sociais no retorno a execução das atividades de vida autônoma, esportivas, sociais e de lazer.

AZIZ et al., 2018; CHOHAN; VENKATESH; HOW, 2019; GIOVANELLA et al., 2002; McLLVENNAN; EAPEN; ALLEN 2015.

| Indicador: Disponibilidade de Medicamentos | |
|---|--|
| <p>O fornecimento nas UBS do elenco de medicamento para o controle da HAS, DM, de ação cardiovascular e dislipidêmicos são essenciais para a prevenção secundária pós-AVE. A não interrupção ou mecanismo para correção da falta de medicamentos de uso contínuo e auxiliares garantem condições para um cuidado integral no cuidado da pessoa com AVE.</p> | |
| <p>AZIZ et al., 2018; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; PANIZ et al., 2011.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de UBS no estado com medicamentos anti-diabéticos para prevenção secundária do AVE | PMAQ - I.15.8.1 ao I.15.8.4 |
| % de UBS no estado com medicamentos anti-hipertensivos, de ação cardiovascular e dislipidêmicos para prevenção secundária do AVE | PMAQ - I.15.7.1 AO I.15.7.11 + I.15.7.18 |

| Indicador: Ações de Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças | |
|---|--|
| <p>São necessárias condições materiais específica para a organização do processo de trabalho e para a efetivação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças relacionadas ao cuidado da pessoa com AVE. Devem ser realizadas na AB com apoio de equipe multiprofissional ações que estimulem uma alimentação saudável, a prática de atividade física e ainda estratégias para o acompanhamento e manejo de pessoas com obesidade.</p> | |
| <p>BILLINGER et al., 2014; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; FEIGIN et al., 2016; LINDSAY et al, 2014; MORAIS et al., 2015.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de UBS no estado com aparelho de pressão adulto, estetoscópio adulto, glicosímetro, tiras reagentes de medida de glicemia capilar, balança adulto 150kg, fita métrica, oftalmoscópio e kit monofilamento em condições de uso | PMAQ - I.8.2, I.8.5, I.8.9, I.8.26, I.8.30, I.8.31, I.12.6, I.8.36 |
| % de equipes de NASF-AB no estado que desenvolvem ações para manejo da obesidade | PMAQ - IV.13.1 |
| % de de equipes NASF-AB no estado que desenvolvem ações que promovam práticas alimentares saudáveis | PMAQ - IV.12.2.4 |
| % de NASF-AB no estado que desenvolvem estratégias para promoção de práticas corporais e Atividade física | PMAQ - IV.7.12 |

| Indicador: Ações de Reabilitação |
|---|
| <p>Com relação às ações de reabilitação pós-AVE, prioriza-se que ocorram o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, valorizar o saber da comunidade e integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que o cuidado das equipes de AB com o apoio de equipes multiprofissionais seja fortalecido, e providione orientações e primeiros cuidados de reabilitação de forma individual na própria UBS ou no ambiente domiciliar. Ainda é preconizada a abordagem coletiva, que favorece um cuidado de reabilitação enquanto condição de saúde crônica e funcional com o objetivo de aumentar a recuperação e habilidades motoras, eficiência no autocuidado e atividades ocupacionais e de lazer.</p> |
| <p>BILLINGER et al., 2014; CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016; LINDSAY et al., 2014; WENGERKIEVICZ, 2017.</p> |

| Medidas | Fonte |
|--|------------------|
| % de equipes NASF-AB no estado que realizam atendimento individual ou coletivo nos casos de distúrbios neuromusculares | PMAQ - IV.10.2.7 |
| % de equipes NASF-AB no estado que desenvolve com as ESF/EAB ações de reabilitação no domicílio | PMAQ - IV.10.2.3 |
| % equipes NASF-AB no estado que realizam avaliação/ encaminhamento para uso de órtese e meios auxiliares de locomoção | PMAQ - IV.10.3 |

| Indicador: Ações de Saúde Mental | |
|---|----------------|
| <p>Ações de enfrentamento de complicações relacionadas à saúde mental, como depressão e demência, devem ser disponibilizados em um cuidado integral da pessoa com AVE na AB.</p> <p>AZIZ et al., 2017; AZIZ et al., 2018; CUMMING et al., 2013.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de equipes NASF-AB no estado que apoia e desenvolve ações de cuidado em saúde mental | PMAQ - IV.11.1 |

| Indicador: Ações Intersetoriais | |
|---|-------------------|
| <p>O acompanhamento dos cuidados em saúde da pessoa com AVE na AB requer a prestação de uma abordagem multiprofissional com a participação do Assistente Social. No atendimento dessa população AB deve ser levado em conta a vulnerabilidade, dado o conjunto de elementos sociais e pessoais que estão agindo sobre o indivíduo e sua família, e na perspectiva de auxiliar na garantia de benefícios sociais. A AB deve prever ações intersetoriais para facilitar integração das pessoas com AVE a equipamentos do território (escolas, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer) com objetivo de contribuir na inclusão social.</p> <p>CHEN et al., 2019; LOU et al., 2017; PINDUS et al., 2018.</p> | |
| Medidas | Fonte |
| % de municípios no estado que contam com o assistente social cadastrado na área da saúde | CNES – junho/2017 |
| % de equipes NASF-AB no estado que identificam demandas para a garantia de benefícios sociais pertinentes | PMAQ - IV.17.1 |
| % de equipes NASF-AB no estado que apoiam e desenvolvem com as equipes de atenção básica a inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer | PMAQ - IV.10.2.4 |