

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO**  
**ESPAÇO HOSPITALAR.**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**

UNIDADE DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS:  
ENQUADRAMENTOS NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

JUAREZ DE SOUZA PEREIRA

ORIENTADOR:  
PROF. DR. WILIAM CÉSAR ALVES MACHADO

Rio de Janeiro

2015

JUAREZ DE SOUZA PEREIRA

UNIDADE DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS:  
ENQUADRAMENTOS NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Relatório final de pesquisa de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar (PPGSTEH) – Mestrado Profissional - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar. Linha de Pesquisa: Políticas e Tecnologias em Saúde no Espaço Hospitalar. Aprovado em defesa pública pela banca examinadora em 09/07/2015.

Orientador: Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado.

Rio de Janeiro

2015

JUAREZ DE SOUZA PEREIRA

UNIDADE DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO MUNICÍPIO DE TRÊS RIOS:  
ENQUADRAMENTOS NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este relatório final foi submetido à banca examinadora para defesa junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Área de Concentração: Políticas Públicas em Saúde e Gestão do Espaço Hospitalar

Rio de Janeiro, 09 de julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado  
UNRIO – Presidente/ Orientador

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Luiza de Oliveira Teixeira  
UFRJ - Primeira Examinadora – Externo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nélia Maria Almeida de Figueiredo  
UNIRIO - Segunda Examinadora – Interno

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elen Castelo Branco  
UFRJ - Primeira Suplente – Externo

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiane de Oliveira Novaes  
UNIRIO - Segunda Suplente – Interno

## DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, por ter me dado forças e me capacitado para enfrentar todos os desafios e romper barreiras.

A minha esposa Neila e aos meus filhos Victória e Miguel, vocês juntos são a sustentação do meu equilíbrio.

A minha mãe Laura e ao meu pai Francisco Pereira (*in memoriam*), por terem, diante de todas as limitações e dificuldades, nos ensinado a ser “gente” como sempre você, minha mãe, diz.

## AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar esta sessão sem, antes de tudo, reconhecer e agradecer a Ele, que me permitiu estar aqui. Obrigado, meu Deus, por todas as coisas que o Senhor tem proporcionado em minha vida. Percebi que foi nos momentos de maiores desafios que cresci e senti ainda mais a Sua presença. Muito obrigado, meu Deus!

Agradecer a minha esposa, Neila, aos meus filhos, Victória e Miguel, pois são eles que, no dia a dia, têm acompanhado toda essa luta, durante a qual, muitas das vezes, embora de corpo presente, não os dava a devida atenção, pois me encontrava mergulhado no mundo da pesquisa.

Agradecer a minha mãe, Laura, as minhas irmãs, Rosângela, Rosimere, Rosilene e Zuleide, e aos meus irmãos, Humberto e Manoel, por terem me proporcionado valores que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu orientador, Dr. Wiliam César Alves Machado, que em momento algum descreditou da minha capacidade, ao contrário: com toda paciência, empenho e respeito, me conduziu para que eu pudesse concluir o curso e obter o meu título de mestre. Mesmo conhecedor de todas as dificuldades que teria de enfrentar, fruto da minha história de vida e limitações impostas pelo desigual processo político-social ainda vigente no Brasil, que não prioriza a oferta de oportunidades educacionais de boa qualidade a todos os cidadãos e cidadãs brasileiras. Oportunidades que deveriam ser consoantes com o que determina a Carta Maior da Nação Brasileira, equânimes, mecanismos e instrumentos essenciais para transformação da vida das pessoas. Sou prova viva disso, como me transformei!

Aos meus amigos e amigas, que têm buscado entender a minha ausência junto a eles, para que pudesse alcançar esse objetivo pessoal e profissional.

Aos meus colegas, amigos e chefes do trabalho, que têm me dado todo amparo para que pudesse concluir essa etapa importantíssima na minha vida.

A vocês, meus colegas de turma do mestrado, pelo apoio, e aos professores e coordenadores, pelo conhecimento transmitido, que contribuiu enormemente para minha formação. Aos técnicos e funcionários, por terem sempre me atendido com o que precisei. Foi pelo apoio de todos vocês que venci mais esta etapa da minha vida!

PEREIRA, J. S. Unidade de reabilitação física do Município de Três Rios: enquadramentos na rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde. Rio de Janeiro, 2015, 130 p. Relatório de Defesa, Mestrado Profissional – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

## **RESUMO**

O presente relatório de pesquisa de mestrado tem como objetivo identificar e discutir as implicações do enquadramento de uma unidade de reabilitação física na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, de acordo com o definido na Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Ao longo do seu desdobramento, surgiu a necessidade de se propor a implantação de um Protocolo de Regulação do Acesso ao Serviço de Reabilitação Física do Centro Especializado de Reabilitação do município de Três Rios. Foi realizada pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa, utilizando um roteiro semiestruturado, com emprego do método do Discurso do Sujeito Coletivo e o programa QualiQuantisoft® versão 1.3c, realizada no primeiro semestre de 2014. Pela análise dos dados sócio-demográficos, foi identificado que a maioria dos participantes encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos (51,85%), com grande predominância do sexo feminino (74,08%). Dentre as categorias profissionais, os fisioterapeutas foram os de maior representatividade (37,07%), seguidos por enfermeiros (29,62%). Em relação à experiência nessa área, 33,33% dos participantes nunca trabalhou na área de reabilitação. Sobre a existência de unidades de reabilitação física e a sua característica administrativa, surgiram as seguintes categorias: Unidade pública para PcD (59,26%), Unidade pública Não específica a PcD (14,81%), Unidade pública e privada para PcD (18,52%) e Não existe serviço para PcD (7,41%). Sobre a regionalização, 96,30% são a favor da regionalização do serviço de reabilitação física no município de Três Rios. Sobre as vantagens com implantação para os munícipes, emergiram as seguintes categorias: Melhor qualidade de vida (7,41%); Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados (66,67%); Evitar o deslocamento (22,22%); Nenhuma (3,7%). Quanto às desvantagens para os munícipes: Nenhuma (70,37%); Dificuldade com o transporte (25,93%); e Aumento da demanda (3,7%). Em relação às vantagens para administração: Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo (62,97%); Melhora da gestão no setor de transporte (33,33%); e Não sabe informar (3,7%). E acerca das desvantagens para a administração: Não identificam (74,08%); Dificuldades com o transporte (14,81%); e Preocupação e responsabilidade em garantir atendimentos (11,11%). Todos

os participantes (100%) relataram não existir protocolo para acesso ao serviço de reabilitação. Sobre a dispensação de órteses e próteses, 77,78% relataram encaminhar para fora da região; 18,52% informaram ter uma pessoal responsável para dar encaminhamento e 3,7% não soube informar. E, por último, em relação à referência e contrarreferência, 96,3% disse que é utilizada uma ficha para isso e 3,7% não soube informar. Conclui-se que um efetivo enquadramento da unidade de reabilitação física na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolve muitos outros fatores além dos que são exigidos nas portarias, instrutivos e normas, de maneira que, para um serviço que se propõe a atender em rede, há a necessidade de um instrumento que contribua para a regulação do acesso para seus usuários. Utilizando-se de um sistema de informação que venha a contribuir no gerenciamento das filas de espera, contribuindo para um ambiente adequado e dependente de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, com fluxos assistenciais claros e do apoio logístico em relação ao transporte dos pacientes. Houve substantivos avanços na produção de conhecimento a partir dos resultados desta pesquisa, inclusive, alguns manuscritos foram submetidos para publicação em periódicos indexados da área, a saber:

Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – Título: Protocolo de acesso ao centro especializado de Reabilitação física da microrregião I, região Centro-Sul Fluminense.  
Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo – Título: Implantação de Centro Especializado em Reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde.

Physis Revista de Saúde Coletiva – Título: Referência e contrarreferência entre serviço de reabilitação física, unidade hospitalar e atenção básica: a (des) articulação do sistema de saúde.

Palavras chave: Reabilitação, Gestão em Saúde, Atenção Secundária a Saúde, Regionalização.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AFR – Associação Fluminense de Reabilitação
- APS – Atenção Primária de Saúde
- CER – Centro Especializado de Reabilitação
- CIR – Comissão Intergestores Regionais
- DAS – Direção e Assessoramento
- DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- ECH – Expressões Chaves
- FG – Função Gratificada
- GT – Grupo de Trabalho
- IC – Idéias Centrais
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IFF – Instituto Fernandes Figueira
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- NBR – Normas Brasileiras
- OPM – Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PcD – Pessoa com Deficiência
- PDR – Plano Diretor de Regionalização
- PPI – Programação Pactuada Integrada
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
- UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- USA – Unidade de Suporte Avançado



## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO .....	10
2-JUSTIFICATIVA.....	17
3-REFERÊNCIAL TEÓRICO .....	18
4-PROBLEMATIZAÇÃO.....	21
5-OBJETIVOS.....	25
5.1-Objetivo Geral.....	25
5.2-Objetivos Específicos.....	26
6-METODOLOGIA .....	26
7-RESULTADOS e DISCUSSÃO .....	31
7.1 Características administrativas das unidades de reabilitação física e a regionalização .....	35
7.2 Vantagens e desvantagens para os municípios e para administração .....	39
7.3 Protocolo de acesso, dispensação de OPMs e o fluxo de referência e contrarreferência.....	52
9-CONCLUSÃO .....	62
10-REFERÊNCIAS .....	65
APÊNDICE 1 – ARTIGO 1 - PRODUTO ACADÊMICO.....	70
PROTOCOLO DE ACESSO AO CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DA MICRORREGIÃO 1, REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE.....	70
APÊNDICE 2 – ARTIGO 2 .....	87
APÊNDICE 3 – ARTIGO 3 .....	106
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	121
ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....	124
ANEXO 3 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	125
ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIRIO .....	126
ANEXO 5 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1.....	128
ANEXO 6 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2.....	129
ANEXO 7 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 3.....	130

## 1-INTRODUÇÃO

Desde o Egito antigo, 2.500 a.C., com o surgimento da escrita, observa-se algum tipo de registro sobre a existência de pessoas com deficiência (PcD). Destacam-se nesse contexto aqueles da Escola de Anatomia da Cidade de Alexandria, 300 a.C., nos quais foram encontrados registros de cuidados em adultos envolvendo moléstias nos ossos e nos olhos. Outros registros não menos importantes também foram encontrados, por exemplo, os papiros, as artes dos egípcios, as múmias e também os trabalhos artesanais dos cegos. Através de estudos realizados em múmias, verificou-se que os restos mortais apresentavam características de distrofias e limitações físicas, como por exemplo, nos dos faraós e nobres do Egito, como Siphah (séc. XIII a.C.) e Amon (séc. XI a.C.) (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Embora os registros apontem a existência de pessoas com deficiência em nosso meio por longos anos, em relação ao cuidado dispensado a elas, estes tiveram início sob o alicerce do ideário da caridade e do amor ao próximo no período do surgimento do Cristianismo e do fundo humanista, em um momento em que ocorria uma proliferação de doenças e misérias agravadas pela decadência do Império Romano. Contudo, já na Idade Média, o nascimento de um deficiente era entendido como um mau presságio. Esse fato contribuiu enormemente para a mudança de comportamento do povo, deixando de agir com caridade e amor ao próximo, para assumir uma postura de rejeição a essas pessoas (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO, 2012).

A evolução do cuidado e do tratamento da saúde das PcD só ocorreu após o século XVII, com o surgimento das ciências, principalmente da medicina. Começou a existir, então, uma atenção especializada que se ampliou após o século XIX, com a difusão de asilos, lares para crianças e abrigos para reabilitar os lesionados de guerra. No Brasil, em 1854, foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que mais tarde, em 1891, recebeu o nome de Instituto Benjamin Constant; em 1868, foi fundado o Asilo dos Inválidos da Pátria, para recolher e cuidar dos soldados velhos ou mutilados da guerra (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Por um longo período, o sistema de saúde no Brasil fundamentou sua organização em um sistema previdenciário, de maneira que somente tinha direito ao uso desse sistema aquelas pessoas que contribuía, através da sua força de trabalho, para a

previdência. Esse sistema excluía uma parcela da população que não tinha um trabalho formal e os classificava como “indigentes”. Com o avançar dos anos, mais precisamente na década de 1980, a saúde no Brasil migrou do sistema de saúde organizado com base na contribuição previdenciária para o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de característica universal que garante a todos os cidadãos o direito ao acesso às ações e serviços de saúde (SILVIO, 2010).

Embora tenha ocorrido um avanço no sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS, ainda é notória a fragmentação do cuidado pela desarticulação dos níveis de atenção. No entanto, Silvio (2010) afirma que a fragmentação e a desarticulação eram bem piores antes do surgimento do SUS. Ele cita que, naquele período, a organização dos serviços dificultava a articulação entre os poucos sistemas municipais e estaduais de saúde com os serviços ambulatoriais e hospitalares do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o objetivo de romper com a persistente fragmentação e desarticulação entre os níveis de atenção à saúde no SUS, desde 2010 vem propondo que o sistema passe a se organizar em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa medida visa assegurar aos cidadãos a integralidade do cuidado através de ações e serviços do SUS, mais efetivos e eficientes (BRASIL, 2010b).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010b, p. 4).

Na estruturação de sistemas de saúde em RAS, os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes no cumprimento dos seus objetivos, diferenciando-os apenas pelas suas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. Assim, são consideradas como ponto de atenção à saúde as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os hospitais, dentre outros (BRASIL, 2010b).

Outra motivação para organizar os serviços em RAS vai em direção ao atual perfil epidemiológico em que o país se encontra, principalmente pelo aumento das

doenças crônicas não transmissíveis, que têm sido consideradas como um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2010b).

Nesse cenário, se sobressai a alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares, o câncer, as doenças neurológicas e do aparelho osteomioarticular. Tais doenças, associadas ao número cada vez maior de acidentes de trânsito e de trabalho, têm resultado em um grande número de pessoas com deficiências físicas (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Entende-se por deficiência física,

A alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2013a).

Ocorre que as pessoas com deficiência ainda têm encontrando dificuldades para terem acesso aos serviços públicos de reabilitação no Brasil. Em parte, essa dificuldade é atribuída à herança dos cuidados precários ofertados a elas sob o prisma da caridade. E, por outro lado, isso se deve aos poucos serviços públicos existentes que se destinam a oferecer atenção à saúde desses cidadãos ainda se encontrarem centralizados nas capitais, em centros especializados de baixa cobertura e resolubilidade (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Essa dificuldade compromete, ou até mesmo impossibilita, que seja alcançado o objetivo principal da reabilitação que, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), é o de se chegar a uma condição ótima para as pessoas com deficiência, respeitando suas limitações físicas, sensoriais, intelectuais, psíquicas e sociais (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

Juridicamente, o Brasil tem evoluído muito para garantir os direitos constitucionais das PcD, podendo-se destacar a Lei n.º 7.853/89, que trata do apoio às pessoas com deficiência e sua integração social; a Lei n.º 10.048/00, que estabeleceu prioridades em seus atendimentos, e a Lei n.º 10.098/00, que determinou critérios para a promoção da acessibilidade. Soma-se a esse arcabouço jurídico o Decreto n.º 3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e a Portaria do Ministério da Saúde de n.º 1.060/2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008).

Essas conquistas têm contribuído para a mudança das ações direcionadas a esse público, ações historicamente marcadas por características assistencialistas com vínculos religiosos e de cunho na caridade e amor, para ações reconhecidamente de responsabilidade do Estado. Registra-se que, em parte, essas conquistas têm sido resultado da mudança de comportamento e atitudes das próprias PcD (BERNARDES et al., 2009).

Assim, com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e em consonância com a estratégia de organizar os serviços de saúde em RAS, o Ministério da Saúde instituiu em 2012 a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, através da Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Essa Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca garantir o acesso aos serviços públicos de reabilitação com garantias de incrementos financeiros de investimento e de custeio para seus Componentes de Atenção Especializada, através da Portaria n.º 835, de 25 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência apresenta os seguintes objetivos específicos:

Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Para alcançar esses objetivos, a Rede deve ser articulada aos demais pontos de atenção com mecanismo que permita aos usuários acesso aos diferentes componentes que a constituem de forma regulada. Os componentes dessa Rede são a Atenção

Primária de Saúde, Atenção Especializada em Reabilitação, Atenção Hospitalar e os pontos de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a).

A Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta um papel importante para todo o sistema de saúde, pois é através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que o Ministério da Saúde vem tentando organizar todos os outros pontos de atenção, sendo a APS a principal porta de entrada do sistema para as RAS (BRASIL, 2011c).

Cabe a esse nível de atenção o desenvolvimento de ações importantes para a saúde das PcD apontadas na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES):

Ações de promoção e prevenção e identificação precoce, junto à comunidade, de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais; ações informativas e educativas; orientação familiar; e encaminhamentos para serviços especializados de reabilitação, quando necessário. Além dessas, também estão incluídas as seguintes ações: orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência; identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência; e acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2012c).

Destacar a competência da APS revela a importância desse nível de atenção para a consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Serra e Rodrigues (2010) chamam a atenção para o fato de que há um consenso entre o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, no sentido de que a APS tem a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde junto às comunidades, cabendo aos demais pontos de atenção uma ação complementar em busca da integralidade da atenção à saúde.

Para cumprir com a organização do sistema público de saúde em RAS, faz-se necessário que ocorra a descentralização dos serviços, das esferas nacionais para as regiões de saúde. Essas regiões de saúde são conformadas por agrupamentos de municípios limítrofes, que passam a usufruir de ações e serviços de saúde através de medidas cooperadas e solidárias entre eles. Destaca-se que é através da regionalização, macroestratégia do SUS, que a gestão pode avançar com a descentralização dos serviços de saúde, visando garantir a universalidade do acesso a serviços de saúde resolutivos e de boa qualidade (SILVA; BENITO, 2013).

A organização das diversas RAS em uma região de saúde é um desafio para as Comissões Intergestores Regionais (CIR) através de suas câmaras técnicas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2013). As CIR são vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde e têm como atribuição pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS (BRASIL, 2011c).

Na região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro - com uma população de 319.351 habitantes, segundo o censo do IBGE, 2010-, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado definiu que a referida região é uma região de saúde composta por onze municípios e se subdivide em duas microrregiões: microrregião I (Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Três Rios e Sapucaia) e a microrregião II (Engenheiro Paulo de Frontim, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paty do Alferes e Vassouras). A microrregião I, cenário deste estudo, tem como polo o município de Três Rios (SOUZA, 2011).

O município de Três Rios apresenta uma maior população, contabilizado 77.432 habitantes com uma área territorial de 326.136 m<sup>2</sup>, de acordo com o Censo 2010, deixando-o em quarta posição em área territorial, ficando, em ordem crescente, atrás dos municípios de Vassouras, Sapucaia e Paraíba do Sul (IBGE, 2010).

A CIR da região Centro-Sul Fluminense vem cumprindo o seu papel no que tange à organização e pactuação para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nessa região, buscando implementar os Centros Especializados de Reabilitação (CER). Os CERs são considerados componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, caracterizando-os como um serviço de atenção ambulatorial para atender às PcD intelectual, visual, física e auditiva. Esses ambulatórios especializados deverão ser implantados nas regiões de saúde com um aporte financeiro disponibilizado pelo governo federal, tanto no financiamento de investimento como no de custeio (BRASIL, 2012a) (BRASIL, 2012b).

O CER pode ser organizado nas regiões de saúde das seguintes formas: composto por dois serviços de reabilitação, sendo então habilitados em CER II; por três serviços de reabilitação, habilitados em CER III; e por quatro ou mais serviços de reabilitação, habilitados em CER IV, devendo, para isso, haver uma combinação de cuidados entre os serviços de reabilitação física, visual, auditiva e intelectual (BRASIL, 2012a).

De acordo com Machado (2009), o município de Três Rios vem contribuindo significativamente para atenuar as dificuldades de garantir aos idosos e às pessoas com deficiência munícipes da cidade o acesso a serviços de saúde e programas específicos para esse público. No município foi criado um espaço inclusivo resultante de uma visão futurística, o Planeta Vida (Unidade de Reabilitação Física), para atender às necessidades dos idosos e das PcD da cidade.

Lá, são dispensados ações e serviços de saúde com acesso a diversos tipos de atendimento, resultantes de uma equipe multiprofissional, onde são oferecidas atividades como: hidroginástica, ginástica, musculação, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, enfermagem, hidroterapia, inclusão digital, especialidade médica em geriatria e educação especial (MACHADO, 2009).

Nas reuniões de pactuação da CIR Centro-Sul para a implantação do CER no município de Três Rios/RJ, decidiu-se que a unidade de reabilitação física desse município (Planeta Vida) seria habilitada na categoria CER II, para realizar atendimentos nas modalidades de serviços de reabilitação física e intelectual. Após a sua habilitação, cumprindo todas as exigências, o mesmo deixará de ser um serviço “exclusivo” para os munícipes de Três Rios e passará a ser referência em serviços de reabilitação para os demais municípios da microrregião I (RIO DE JANEIRO, 2014).

A habilitação do Planeta Vida no município de Três Rios busca romper com a fragmentação e desarticulação das ações e serviços de saúde do SUS, assim como contribuir para ampliar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação dessa região. No entanto, cabe destacar que, de acordo com Sanchez e Ciconelli (2012), embora o termo acesso a serviços de saúde seja objeto de interesse para o desenvolvimento de planos e metas nesse setor, ainda não há um consenso sobre ele pela complexidade que gira ao seu entorno, devido à incorporação de aspectos de difícil mensuração.

Sabe-se que a direção e gestão do SUS são exercidas pelos Secretários de Saúde das esferas municipais, estaduais, do Distrito Federal ou órgãos equivalentes e, no caso da União, pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 1990). No entanto, a gestão do SUS deve ser compartilhada e exercida por diversos atores sociais, sejam eles usuários, profissionais e trabalhadores (BRASIL, 2006).

Estudo sobre a percepção de gestores em relação à integralidade no processo de trabalho no SUS, realizado em Itajaí, Santa Catarina, destaca que o Secretário



Municipal de Saúde, Diretores da Secretaria Municipal de Saúde, Gerentes de Unidades Básicas de Saúde e Chefia de Postos de Saúde exercem funções no âmbito dos municípios que se caracterizam típicas de gestores do SUS. Funções que implicam relações hierárquicas decisórias deverão ser, basicamente, do secretário de saúde, como a tomada de decisão sobre aspectos referentes ao gerenciamento de toda a rede. Aos demais gestores, nessa linha decisória, caberão o controle e a supervisão de suas respectivas áreas/locais de atuação (CARDOSO, 2006).

Buscando manter coerência no abordado nas partes deste estudo, surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as implicações do enquadramento da unidade de reabilitação física do município de Três Rios/RJ, nos contornos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS?

## **2-JUSTIFICATIVA**

Com a implantação da Rede de Atenção às Urgências na região Centro-Sul Fluminense, houve a necessidade de avaliar como se encontrava a Atenção Básica dos municípios, a fim de elaborar o Plano de Ação Regional de Urgências e Emergências, atribuindo competências para esse nível (RIO DE JANEIRO, 2011).

Do resultado dessa avaliação, em relação a Estratégias de Saúde Família (ESF) da região sobre a sua cobertura, estruturas físicas, números de equipes, equipamentos e recursos humanos, apurou-se que os gestores deveriam rever os quadros de recursos humanos. Apesar da ampliação de profissionais pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), esses profissionais não se apresentavam suficientes para disponibilizar uma atenção integral aos usuários do SUS, sobretudo pela previsão da implantação do Serviço de Atenção Domiciliar e o de Reabilitação Física (RIO DE JANEIRO, 2011).

O Plano Regional apontava, ainda, que os municípios da região Centro-Sul, sobretudo o de Três Rios, deveriam organizar suas portas de entrada, através da ESF, para o serviço de fisioterapia, pois a partir desse nível de atenção, seus municípios deveriam ser referenciados para níveis mais complexos. Destaca-se o fato de a região ter, no município de Paraíba do Sul, um hospital de referência em traumato-ortopedia, e em Três Rios a previsão da implantação de um serviço de reabilitação física regional para atenção às pessoas com deficiência.

Em relação aos atendimentos à pessoa com deficiência, faz-se necessário que as ações de reabilitação e de prevenção às incapacidades se iniciem precocemente, a fim de

se evitem sequelas permanentes. Para isso, é necessário que o SUS ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos seus diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, em relação à implantação do Centro Especializado de Reabilitação (CER) para pessoa com deficiência no município de Três Rios, verificou-se a necessidade de caracterizar as implicações para a sua implantação, considerando as exigências da Portaria MS n.º 793, mas também buscando entender questões sobre a percepção dos gestores, tais como: sobre a existência de unidades de serviço de reabilitação física em seus municípios; se são favoráveis à regionalização do serviço de reabilitação física; saber sobre as vantagens e desvantagens para os municípios e para a administração em relação a essa regionalização do CER. Além disso, entender ainda como ocorre o acesso ao serviço de reabilitação física, a dispensação de órteses e próteses e o fluxo de referência e contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, atenção básica e a atenção hospitalar.

Entende-se que identificar essas implicações poderá contribuir para um diagnóstico situacional da região, desvelando aspectos que vão além das exigências presentes nos dispositivos legais, pois, tratando-se de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), os seus componentes de atenção devem estar articulados e integrados através de uma adequada regulação do acesso aos serviços da Rede.

Nesse sentido, identificou-se a oportunidade de elaborar um protocolo de acesso ao serviço de reabilitação física do Centro Especializado de Reabilitação, indo ao encontro do que é preconizado pela Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008), visto que a regulação dos serviços de saúde é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e envolve diversos processos de planejamento (SERRA; RODRIGUES, 2010).

### **3-REFERÊNCIAL TEÓRICO**

O sistema público de saúde no Brasil encontra-se em um franco processo de transição da sua organização, migrando de uma característica organizacional em diferentes níveis de atenção à saúde para a constituição de redes de atenção a saúde.

Essa organização em redes vai ao encontro da necessidade de se obterem melhores resultados dos serviços de saúde através de uma maior articulação entre os níveis de atenção. A proposta desse modelo de organização busca apresentar uma

resposta ao cenário encontrado, oriundo de um processo de transição demográfica e pelo atual perfil epidemiológico no país (MENDES, 2010).

Mendes (2010) cita que há um rápido processo de envelhecimento da população no país, e que essas pessoas demandam um crescente incremento nos serviços prestados por serem as mais afetadas pelas condições crônicas de saúde. Em relação à situação epidemiológica no Brasil, ela tem sido definida como uma tripla carga de doenças, pois, ao mesmo tempo em que persiste uma atenção não concluída para as infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, ainda há a necessidade de se lidar com as doenças crônicas e seus fatores de risco e a preocupação de o sistema reagir contra o forte crescimento das causas externas.

Frente a essas transições, dificuldades têm sido observadas, caracterizando-se uma crise nos sistemas de saúde em decorrência da sua estruturação - sistema de saúde que ainda se encontra organizado para responder as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Com as persistentes fragmentações entre seus níveis de atenção, essa estruturação não se apresenta capaz de responder o atual predomínio das doenças decorridas das condições crônicas de saúde (MENDES, 2010).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a fim de orientar os diferentes entes federados para uma nova proposta na organização do sistema público de saúde brasileiro, estabeleceu diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, através da Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Essa norma apresenta fundamentos conceituais e operativos para a constituição das redes de atenção. Essa estratégia de rede busca alcançar a superação e a fragmentação da atenção nas regiões de saúde, a fim de assegurar aos usuários ações e serviços de saúde resolutivos (BRASIL, 2010).

Justificativas para proposta de organização de serviços em redes buscam superar dificuldades observadas no campo da gestão, em parte originadas pela estruturação fragmentada das ações e serviço de saúde. Dificuldades como: lacunas assistenciais; financiamento insuficiente com baixa eficiência no emprego dos recursos; configuração inadequada do modelo de atenção; fragilidade na gestão do trabalho com precarização no vínculo empregatício e carência de profissionais; pulverização de serviços nos municípios; e pouca inserção da vigilância e da promoção da saúde no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2010).

Essas limitações e carências estruturais também são encontradas nos estabelecimentos públicos destinados a prestar serviços de reabilitação. A fim de que esses serviços se ajustem às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde no que tange à organização de redes de atenção à saúde, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, através da Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012.

Essa rede tem como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência de característica temporária, permanente, progressiva, regressiva, estável, intermitente ou contínua, além de promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual e visual as suas famílias e aos pontos de atenção (Brasil, 2012a).

Muito embora normas sejam instituídas no sentido de se avançar com as políticas públicas de saúde, parte do desafio se concentra na decisão dos gestores do SUS, que são os protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. A decisão de qualificação da atenção e da gestão em saúde envolve aspectos técnicos, éticos e culturais, mas também o cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema (BRASIL, 2010).

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica por ser mais eficaz, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.) quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010).

De acordo com Mendes (2010), existem três elementos constitutivos das redes de atenção: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a razão de ser da organização do sistema em redes. Essa população encontra-se em territórios sanitários singulares, organizada socialmente em famílias, cadastradas e registradas em subpopulações por riscos sociosanitários.

Já a estrutura operacional é composta por cinco componentes: o centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde); os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção (comissões intergestoras) (MENDES, 2010).

Sobre os sistemas logísticos, entendem-se como as soluções tecnológicas que venham garantir fluxos e contrafluxos de informações, permitindo um sistema eficaz de

referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte (MENDES, 2010).

Em relação aos modelos de atenção à saúde, Mendes (2010) cita que estes são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde. São sistemas que articulam as populações e suas subpopulações estratificadas em riscos com as intervenções sanitárias definidas em função das situações demográficas e epidemiológicas e de seus determinantes sociais vigentes num determinado tempo e sociedade.

No entanto, embora ainda sem evidências de resultados no Brasil, por ser recente, Mendes (2010) afirma que as redes de atenção à saúde têm apresentado evidências de boa qualidade nas literaturas internacionais, apontando que elas podem melhorar a qualidade da clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde a partir da integração da atenção primária a saúde com os demais níveis de atenção.

#### **4-PROBLEMATIZAÇÃO**

A Região Centro-Sul Fluminense é composta por onze municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira, Mendes, Sapucaia, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Paracambi, Três Rios e Vassouras. Esses municípios formam uma região de saúde do Estado do Rio de Janeiro, de forma a compartilharem equipamentos de saúde a fim de universalizar o acesso e disponibilizar uma atenção integral a saúde.

De acordo com Souza (2011), entre os óbitos ocorridos no município de Três Rios, sem se considerarem as causas mal definidas, as cinco causas básicas mais frequentes foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Esse perfil é semelhante ao do Estado do Rio de Janeiro, do Brasil e da região Centro-Sul Fluminense.

Ainda sobre perfil epidemiológico e sua relação com as deficiências, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010a) aponta como

principais causas para o seu acometimento: as doenças de origem hereditárias ou congênitas, as decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada para as mulheres durante a gestação e o parto, a desnutrição, as causas que são consequências de doenças transmissíveis, as doenças e eventos crônicos, as perturbações psiquiátricas e os traumas.

Levando-se em consideração essas principais causas como origem para algum tipo de deficiência, acredita-se que cerca de 70% delas poderiam ser evitadas ou atenuadas mediante a adoção de medidas acertadas e oportunas. Ações que podem contribuir para evitar ou atenuar a ocorrência de deficiências são ações de imunização, acompanhamento às gestantes (em especial às de risco), disponibilização de exames adequados para os recém-nascidos, acompanhamento do crescimento infantil, acompanhamento dos indivíduos que apresentam doenças crônicas como os diabéticos, hipertensos e pessoas com hanseníase, orientações sobre a prevenção de acidentes - sejam eles domésticos, no trânsito e no trabalho - e da violência, principalmente as causadas pela ingestão de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a).

Na busca por ampliar a oferta de serviços especializados na área da reabilitação física com garantias de funcionamento em rede de serviços, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil de Três Rios, juntamente com a Secretaria do Idoso e da Pessoa com Deficiência, vêm participando ativamente da Câmara Técnica Ampliada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Comissão Intergestores Regionais da Região Centro-Sul (CIR CS), para realizarem o diagnóstico da região e deliberarem sobre a pactuação dos pontos de atenção para compor a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

A Portaria n.º 793/2012, do Ministério da Saúde, formalizou os serviços de reabilitação para atender as pessoas com deficiência em serviços especializados nas modalidades físicas, auditivas, visuais ou intelectuais, podendo, estes, ser combinados em modalidades de dois ou mais serviços. Essa portaria caracteriza e organiza os Centros Especializados de Reabilitação (CER) para disponibilizar uma atenção de nível ambulatorial especializados em reabilitação com função de realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde nos territórios (BRASIL, 2012a).

De acordo com o Manual Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual do Ministério da Saúde, o acesso aos serviços de reabilitação está fortemente

relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Portanto, requer uma análise na definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2013).

Esse manual destaca, ainda, que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, de maneira que exige dos gestores a organização dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região, a fim de disponibilizar uma estrutura física e funcional composta por equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação. Assim, esses CER devem funcionar no território, articulados aos demais serviços de atenção da rede, ou seja, com a atenção básica, com o setor de urgência e emergência e com as unidades hospitalares (BRASIL, 2013).

Para contribuir na constituição da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, a unidade de reabilitação física de Três Rios se coloca como uma opção para ser habilitada em um CER e ofertar aos demais municípios da microrregião I um serviço de reabilitação física para as pessoas com deficiência, uma vez que sua unidade de reabilitação tem, em sua essência, a característica de ser um espaço inclusivo para os idosos e para as pessoas com deficiência (MACHADO; MOUTINHO, 2013).

Para isso, essa unidade dispõe de uma ampla estrutura, em um espaço de aproximadamente 2.800m<sup>2</sup>, onde são realizadas diversas atividades voltadas para o público de idosos e pessoas com deficiência, incluindo atividades como inclusão digital, yoga, acupuntura, musculação, ginástica artística, hidroterapia e hidrogenástica, geriatria, exames de audiometria, cursos de libras e de “cuidador de idosos”, contando com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, médico geriatra e clínico geral, pedagogo, educadores físicos, nutricionistas, odontólogo e técnico de enfermagem (MACHADO, 2009).

O Ministério da Saúde vem priorizando a implantação de redes de atenção à saúde que visam atender as reais necessidades de saúde da população, as quais têm sido estabelecidas a partir dos seus hábitos vida e do comportamento social. A Rede de Atenção às Urgências é um exemplo priorizado pelo governo federal e que vai ao

encontro dessa realidade, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado, de forma ágil e oportuna, através do acolhimento com classificação de risco para os atendimentos de urgência (BRASIL, 2011a).

O componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências desempenha um papel importante para desafogar as portas dos pronto-socorros, garantindo um fluxo equilibrado nas demandas de leitos, com a missão de organizar os leitos de retaguarda por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas, as de longa permanência e as de leitos de terapia intensiva (BRASIL, 2011b).

Ainda sobre os leitos, a Atenção Domiciliar redefinida pela Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013, e a Organização dos Cuidados Prolongados para a retaguarda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências estabelecida na Portaria n.º 2.809 de 07 de dezembro de 2012, apresentam-se como estratégias importantes para um uso racional dos leitos, sendo necessária toda uma interlocução com a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no sentido de atender as necessidades desses usuários, pois, muitas das vezes, eles atendem ao perfil indicado para fazer uso do leito domiciliar ou o de longa permanência (BRASIL, 2013b) (BRASIL, 2012d).

Nesse sentido, há uma premente necessidade de que ocorra uma comunicação eficiente entre os programas e serviços de saúde, de forma a garantir uma troca de informações com as diversas RAS, inclusive com NASF, com os serviços especializados em reabilitação de níveis ambulatorial e os hospitais, assim como com os setores de vigilância em saúde, de forma que possam integrar todos eles em uma só rede de assistência eficiente, resolutiva e integral (BRASIL, 2010a).

Contudo, muitas das vezes, ainda que um programa de governo ou mesmo políticas públicas na saúde sejam disponibilizadas e implantadas, elas não podem ser vistas como uma garantia de superar as dificuldades de acesso a serviços de saúde.

Essa afirmação vai ao encontro do que vem acontecendo com alguns programas. Silvio (2010) cita que, embora tenha havido a ampliação dos serviços de saúde, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), não se pode afirmar que se conquistou uma garantia de acesso, assim como uma superação de serviços desarticulados e fragmentados.



A afirmativa defendida por esse autor se pauta sobre o que vem acontecendo, por exemplo, com as ESFs. Elas não oferecem disponibilidade do profissional médico para assumir compromissos com a demanda e a grandeza da expansão do programa, cenário agravado pela implantação das UPAs, que criou uma competitividade desse profissional entre as ESFs e os municípios vizinhos, concorrendo para um típico “leilão do profissional médico”. Já em relação ao SAMU, de acordo com o parâmetro de cobertura assistencial determinado pelo Ministério da Saúde para disponibilizar suas unidades móveis, fica inviável que uma ambulância como a de Unidade de Suporte Avançado (USA) possa dar cobertura eficiente a uma base populacional de 100.000 a 150.000 habitantes (SILVIO, 2010).

Embora esse mesmo autor reconheça que essas expansões dos serviços do SUS foram significativas na redução de incidências de algumas doenças, assim como na melhora das condições de saúde e também no aumento da expectativa de vida, elas ainda são insuficientes para atender as necessidades dos usuários.

No entanto, quando se trata de ações e serviços de reabilitação da saúde, observa-se ainda uma grande lacuna entre a formulação de uma política pública e a sua implantação, cuja assistência prestada tem se persistido a acontecer de forma desordenada e desarticulada (TRÊS RIOS, 2010).

A assistência às pessoas com deficiência (PcD) que precisam de reabilitação físico-funcional necessita de uma estrutura de serviços com características multiprofissionais, dado o grande elenco de áreas que se fazem necessárias estar envolvidas nesse processo, além de necessitar de acessos a serviços especializados de diagnóstico, de cirurgias, de leitos de retaguarda e também do uso quase rotineiro de órteses e próteses, o que resulta em um alto custo para o setor saúde (TRÊS RIOS, 2010).

## **5-OBJETIVOS**

### **5.1-Objetivo Geral**

Identificar e discutir as implicações do enquadramento da Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios nos contornos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

## 5.2-Objetivos Específicos

Identificar o perfil sociodemográfico dos gestores municipais.

Identificar a disponibilidade de unidades de reabilitação e seus respectivos modelos de gestão.

Identificar e analisar a percepção dos gestores municipais sobre vantagens e desvantagens da implantação do Centro Especializado de Reabilitação (CER II).

Propor protocolo de regulação de acesso ao CER II com abrangência na Rede Hospitalar e na Atenção Básica.

## 6-METODOLOGIA

Este estudo decorre de um projeto de pesquisa de mestrado desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEh, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Seu objetivo foi identificar e discutir as implicações do enquadramento da Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios nos contornos da Portaria n.º 793/2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa, utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e o programa *Qualiquantisoft® versão 1.3c*. Realizada no primeiro semestre de 2014, tendo como sujeitos gestores dos municípios da microrregião I (Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios) da região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Os gestores em questão encontram-se envolvidos na implantação de uma unidade regional de reabilitação física na cidade de Três Rios, de acordo com as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Os participantes, por ocuparem cargos como o de Secretário de Saúde, Coordenador de Saúde, chefia de unidades e/ ou serviços, funções características de gestores do SUS, foram, então, genericamente denominados como gestores neste estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2014, contando com 27 participantes, através de entrevista individual realizada pelo pesquisador, pautada em roteiro semiestruturado. O roteiro, composto por perguntas abertas, visou identificar as implicações a respeito da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência, priorizando saber: sobre a existência de unidades de saúde para atendimento às PcD e, em caso de existirem, se são de administração pública ou privada; se os sujeitos eram favoráveis à regionalização do serviço de reabilitação física; quais as vantagens e desvantagens para seus municípios e para a administração; sobre a existência de protocolo de acesso aos serviços de reabilitação; como ocorria a dispensação de órteses e próteses; e sobre o fluxo da referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física, unidade hospitalar e a atenção básica.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos; exercer cargo de Gestor/Coordenador/Responsável pelos serviços de reabilitação física do SUS nos municípios da Microrregião I do Centro-Sul Fluminense e Coordenador da Comissão Intergestores da Região Centro-Sul Fluminense (CIR CS), além de concordar em participar voluntariamente do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O primeiro contato com os sujeitos foi através de uma visita aos Secretários Municipais de Saúde de cada município, momento em que foram apresentados objetivos e método do estudo, assim como o Termo de Compromisso com a Instituição. Na ocasião, os secretários delegaram a alguém o recebimento do Termo de Compromisso com a Instituição e indicaram os participantes de seus municípios a participarem da pesquisa de acordo com as suas disponibilidades. Inclusive, em dois casos, os secretários se colocaram à disposição para participar, e em um caso, participou o subsecretário de saúde.

Para o município de Três Rios, foram indicados quatorze participantes, entendendo-se que esse é o município polo da microrregião I com maior população, com uma maior rede de serviços próprios em relação aos demais municípios e por já ser referência em outros serviços para os demais municípios. E ainda, nesse caso específico, por ser o município responsável pela implantação do Centro Especializado de Reabilitação – CER da Rede de Cuidados às PcD, com o objetivo de ser mais uma referência em atendimentos de reabilitação física para os demais municípios.

Nesse sentido, foram incluídos profissionais da atenção básica (1), dos serviços de reabilitação (6), da atenção domiciliar (2), do setor de regulação, controle e avaliação (1), do setor de projetos (1), CIR (1), gestão do sistema (1) e do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) (1).

Para os demais municípios, estipulou-se um mínimo de três e o máximo de seis sujeitos dentro da mesma lógica dos de Três Rios, sendo que Comendador Levy Gasparian apresentou quatro: da atenção básica (1), da gestão do sistema (1) e da reabilitação (2). Os demais apresentaram três sujeitos, de forma que: Areal indicou da atenção básica (1), do setor de regulação, controle e avaliação (1) e da reabilitação (1). Paraíba do Sul apresentou da atenção básica (1) e do NASF (2). E Sapucaia foi da atenção básica (2) e da gestão do sistema (1).

Vale destacar que o projeto inicial era de se ter aproximadamente 45 participantes, pois tal projeto previa que a implantação do CER em Três Rios atenderia toda a região Centro-Sul, ou seja, os onze municípios. Daí, permaneceria a mesma lógica proposta no parágrafo anterior. Porém, com a mudança do planejamento em relação ao desenho da implantação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência nessa região, ficou pactuado que o município de Três Rios seria referência apenas para microrregião I.

Lefevre e Lefreve (2012) citam que o método DSC não recomenda que se utilize o critério de saturação para definir o seu número de participantes, uma vez que esse método é fundamentado na Teoria das Representações Sociais, de forma que será óbvia a repetição das ideias. Porém, quando se usa esse método, pretende-se descobrir o quanto elas se repetem entre os entrevistados. Esses autores citam, ainda, que é através do atributo quantitativo “*Intensidade/Força*”, que se pode quantificar o número ou percentual que cada indivíduo contribuiu para a elaboração das Expressões-Chaves, das Ideias Centrais e das Ancoragens, atributos essenciais para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo.

A partir desse momento, as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas nos próprios locais de trabalho dos sujeitos. Em apenas um município a entrevista teve que ser interrompida e posteriormente retomada devido ao excesso de ruídos decorrentes da circulação de outras pessoas que se encontravam dentro do mesmo ambiente. As demais sempre aconteceram em ambientes tranquilos que não comprometeram a coleta, assim como as transcrições. As cinco primeiras entrevistas serviram para validar o instrumento de coleta. Todas as entrevistas foram gravadas com aparelho *IC Recorder ICD-PX 333 Sony®*.

Após transcrições na íntegra, estas foram submetidas a um tratamento de forma a eliminar os vícios de linguagem, repetições e erros gramaticais sempre com a

preocupação de manter a semântica. As versões transcritas, uma original e a outra com as correções, foram encaminhadas aos sujeitos para validação.

Os elementos quantitativos foram analisados à luz da estatística simples, gerados pelo sistema *Microsoft Excel 2007*<sup>®</sup>, elucidando o perfil sociodemográfico dos sujeitos (município, faixa etária, sexo, categoria profissional, local de trabalho, cargo/função e tempo de atuação na área de reabilitação física).

Na análise do material coletado, utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e o programa *Qualiquantisoft*<sup>®</sup> versão 1.3c, que contribuiu com a organização das Expressões Chaves (ECH), das Ideias Centrais (ICs) e, conseqüentemente, com a elaboração do DSC.

Sabe-se que as Expressões Chaves – ECH - são pedaços, trechos ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que sejam responsáveis em revelar a essência do conteúdo do depoimento ou discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, pág. 73).

No contexto do método DSC, as Ideias Centrais – (ICs), são compreendidas como:

[...] o nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos das ECH de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECHs [...]. Neste último caso, a IC recebe também o nome de Categoria (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012, pág. 76).

Após várias leituras das ECH de cada resposta, foi possível organizar as categorias de acordo com as ICs que têm na teoria das representações sociais o fundamento para o método do DSC.

Para cada categoria, foi construído o DSC, pois, de acordo com Lefevre e Lefevre (2012, p.82), os DSCs representam as opiniões coletivas existentes sobre o tema da pergunta na população pesquisada. Após a categorização das ICs utilizando o programa *QualiQuantisoft*<sup>®</sup> versão 1.3c., que, segundo Lefevre e Lefevre (2012), contribui para organização dos dados, foi possível extrair as informações quantitativas e elaborar os gráficos gerados pelo sistema *Microsoft Excel 2007*<sup>®</sup>, com as suas respectivas categorias representadas por números absolutos e em percentual.

Em relação à proposição do protocolo, seguiu-se um cronograma de reuniões mensais da Comissão Intergestores Regional Centro-Sul (CIR CS), ocorridas no segundo semestre de 2013 e primeiro de 2014, momentos em que os gestores públicos dos municípios envolvidos na pactuação tiveram oportunidade para manifestar opiniões

e sugerir pautas sobre a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, bem como apresentar propostas para o aprimoramento do Protocolo em tela.

Os Municípios pactuados para o Serviço de Reabilitação Física do CER Três Rios foram: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios. De maneira que os seus representantes foram criteriosamente convocados para as reuniões mensais para a composição do Grupo de Trabalho da CIR CS.

Esses encontros subsidiaram a elaboração do Protocolo de Acesso ao Serviço de Reabilitação Física e as decisões foram norteadas pelas portarias ministeriais, resoluções, instrutivos do CER, artigos e documentos oficiais das três esferas de governo. Esses instrumentos contribuíram para identificar o conceito de deficiência física, o número da equipe mínima de profissionais para compor o CER, para saber sobre a regulação do sistema, identificar as atribuições de cada ponto de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, identificar os parâmetros de cobertura assistencial, dentre outras informações que se julgassem pertinentes para a elaboração do protocolo.

Diante dessas informações, foi possível definir as prioridades e elaborar o Protocolo de Acesso ao Serviço de Reabilitação Física do Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. Assim, priorizaram-se os seguintes pontos para compor o protocolo: definição de deficiência física e de reabilitação/reabilitar e habilitação/habilitar; definir os componentes de atenção da Rede; municípios pactuados na referência do CER Três Rios; público-alvo; equipe mínima de reabilitação física; carga horária; cobertura assistencial; porta de entrada e responsabilidade dos níveis assistenciais; lista de espera; orientações sobre o funcionamento; recepção dos usuários (documentos, transportes, horário de atendimento, prontuário) e definição do fluxo assistencial. Ao final, o mesmo foi submetido à apreciação do Grupo Condutor responsável pela implantação da Rede de Cuidados as Pessoas com Deficiência da Câmara Técnica da CIR CS, onde foi aprovado.

Embora aprovado, destaca-se que houve pouca participação por parte dos participantes nas reuniões do Grupo Condutor. Em parte, pela falta de representação dos municípios nas reuniões mensais e, por outro lado, pela frequente substituição dos representantes dos poucos municípios que participavam. Esse fato contribuiu

negativamente para a dinâmica do grupo, ocorrendo, muitas das vezes, uma descontinuidade nas ações proposta de um modo geral.

Em consonância com a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, tendo sido aprovado através do parecer consubstanciado de n.º 502.802, de 19 de dezembro de 2013.

## **7-RESULTADOS e DISCUSSÃO**

Os resultados a seguir foram organizados em duas tabelas elucidando o perfil sociodemográfico dos participantes desta pesquisa e outros nove gráficos apresentando os resultados referentes às perguntas do instrumento aplicado nas entrevistas com as suas respectivas categorias. A tabela 1 demonstra o percentual de participantes por municípios, idade, sexo e profissão. Já a tabela 2 apresenta os resultados relacionados ao local de trabalho, cargo/função e tempo de atuação na área de reabilitação física.

Os municípios avaliados correspondem aos que formam a microrregião 1 da região Centro-Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro (Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios). Três Rios é o município polo dessa microrregião, que sediará o serviço de reabilitação física regional do CER, correspondendo a 51,85% dos participantes neste estudo.

Essa maior representatividade de Três Rios se deu pela necessidade de envolver um maior número de gestores desse município, visto que ele é polo e local de implantação do serviço regionalizado do CER. A variável município faz referência ao local de trabalho do sujeito independente do seu domicílio.

Em relação à idade, 51,85% dos sujeitos se encontram na faixa de 31-40 anos, 25,92% abaixo de 30 anos e apenas 7,41% acima dos 51 anos de idade. Neste estudo, há uma grande representatividade do sexo feminino, com 74,08% dos participantes.

Dos 27 participantes da amostra, dentre as diversas profissões apresentadas, 37,07% são Fisioterapeutas, 29,62%, Enfermeiros e apenas 3,7%, Terapeutas Ocupacionais. Esses números expressam uma grande representatividade dos Fisioterapeutas na área de reabilitação, seguida dos Enfermeiros. No entanto, o Terapeuta Ocupacional, profissional essencial na área de reabilitação, apresentou uma baixa representatividade neste estudo.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos gestores da microrregião I da região Centro-Sul Fluminense, RJ, 2014.

<b>Categorias</b>	<b>n/27</b>	<b>%</b>
<b>MUNICÍPIOS</b>		
Areal	3	11,11
Comendador Levy Gasparian	4	14,82
Paraíba do Sul	3	11,11
Sapucaia	3	11,11
Três Rios	14	51,85
<b>IDADE</b>		
21-30	7	25,92
31-40	14	51,85
41-50	4	14,82
51-60	2	7,41
<b>SEXO</b>		
Feminino	20	74,08
Masculino	7	25,92
<b>PROFISSÃO</b>		
Agente Administrativo	1	3,7
Assistente Social	2	7,41
Coordenador Administrativo	1	3,7
Economista	1	3,7
Enfermeiro	8	29,62
Fisioterapeuta	10	37,07
Gestor Hospitalar	1	3,7
Gestor Público	1	3,7
Odontólogo/Dentista	1	3,7
Terapeuta Ocupacional	1	3,7

Fonte: Elaborado a partir dos dados coletados e organizados com auxílio do programa Microsoft Excel, 2007.

A tabela 2 evidencia que, em relação ao local de trabalho, 29,62% dos gestores relataram trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde, 18,52%, na Atenção Básica e 18,52%, em policlínicas municipais. Esses dados não permitem correlacionar a lotação do profissional com a locação de uma unidade de reabilitação física, uma vez que os entrevistados relataram generalizadamente o nome do local de trabalho e o edifício em que trabalham, e o denominam pelo que está costumeiramente a ser tratado em cada cidade. Nesse caso, esses locais podem abrigar diversos serviços e ações de saúde em uma mesma edificação e receber uma única denominação como local de trabalho.



Tabela 2. Outras características dos gestores da microrregião I da região Centro-Sul Fluminense, RJ, 2014.

<b>Categorias</b>	<b>n/27</b>	<b>%</b>
<b>LOCAL DE TRABALHO</b>		
Atenção Básica	5	18,52
Atenção Domiciliar	2	7,41
Casa do Idoso	2	7,41
Planeta Vida	4	14,82
Policlínica Municipal	5	18,52
Secretaria Estadual de Saúde	1	3,7
Secretaria Municipal de Saúde	8	29,62
<b>CARGO/ FUNÇÃO</b>		
Agente Administrativo	1	3,7
Assistente Social	1	3,7
Coordenação PSFs	2	7,41
Coordenador Administrativo	2	7,41
Coordenador Atenção Básica	4	14,82
Coordenador Atenção Domiciliar	1	3,7
Coordenador de Controle e Avaliação	2	7,41
Coordenador de Fisioterapia	2	7,41
Coordenador do Nasf	2	7,41
Fisioterapeuta	4	14,82
Responsável Técnico	1	3,7
Secretária Executiva	1	3,7
Secretário de Saúde	2	7,41
Subsecretário de Saúde	1	3,7
Terapeuta Ocupacional	1	3,7
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE REABILITAÇÃO FÍSICA</b>		
Nenhum	9	33,33
< 1 ano	4	14,82
1 a 5 anos	5	18,52
6 a 10 anos	4	14,82
11 a 15 anos	3	11,11
16 a 20 anos	1	3,7
21 a 25 anos	1	3,7

Fonte: Elaborado a partir dos dados coletados e organizados com auxílio do programa Microsoft Excel, 2007.

Em cargo/função, observa-se que 14,82% dos entrevistados são Fisioterapeutas, 3,7%, Terapeutas Ocupacionais, 3,7%, Agentes Administrativos, 3,7%, Assistentes Sociais, 14,82%, Coordenadores da Atenção Básica e 7,41%, Secretários de Saúde.

Esses dados corroboram com o que foi observado durante as entrevistas, ou seja, muitos profissionais que se encontram desempenhando cargo/função de gestores não possuem nomeação de cargos de direção e assessoramento (DAS) ou função gratificada (FG) para exercer tais funções, fato que não pode ser confirmado visto não ter sido objeto deste estudo.

De qualquer forma, essa desvinculação do exercício da administração com a não nomeação pode causar desestímulo aos gestores que se encontram nessa condição, uma vez que ocorre um aumento de responsabilidade em responder por uma gerência ou coordenação de um setor com a remuneração igualmente ao do seu par que se encontra tão somente no desempenho do atendimento assistencial.

Embora nem todos os participantes deste estudo fossem os mesmos que representavam os municípios nas reuniões do Grupo Condutor para a implantação da Rede de Cuidados, considerado ambiente oportuno para a elaboração do protocolo de acesso ao serviço de reabilitação, acredita-se que um dos motivos pela baixa assiduidade dos representantes nas reuniões e a alta rotatividade nas substituições desses membros se relaciona à precariedade nos vínculos empregatícios. Isso, acrescido da dificuldade dos municípios em disponibilizar transportes para os locais das reuniões, fato que era recorrentemente apresentado como justificativa.

O tempo de atuação na área de reabilitação física apurou-se que 33,33% nunca atuaram na área de reabilitação, sendo 14,82% abaixo de um ano e apenas 33,33% relataram ter mais de cinco anos de experiência nesta área.

O baixo tempo de atuação na área de reabilitação física apresentado neste estudo (48,15% dos entrevistados encontram-se entre não ter nenhuma experiência ou experiência abaixo de um ano) pode ter refletido em alguns resultados apresentados nos gráficos e suas respectivas categorias, principalmente, nos resultados sobre a existência de unidades de reabilitação física em seus municípios (gráfico 1), sobre a regionalização (gráfico 2) e sobre as vantagens para administração e para os munícipes (gráficos 3, 4, 5 e 6).

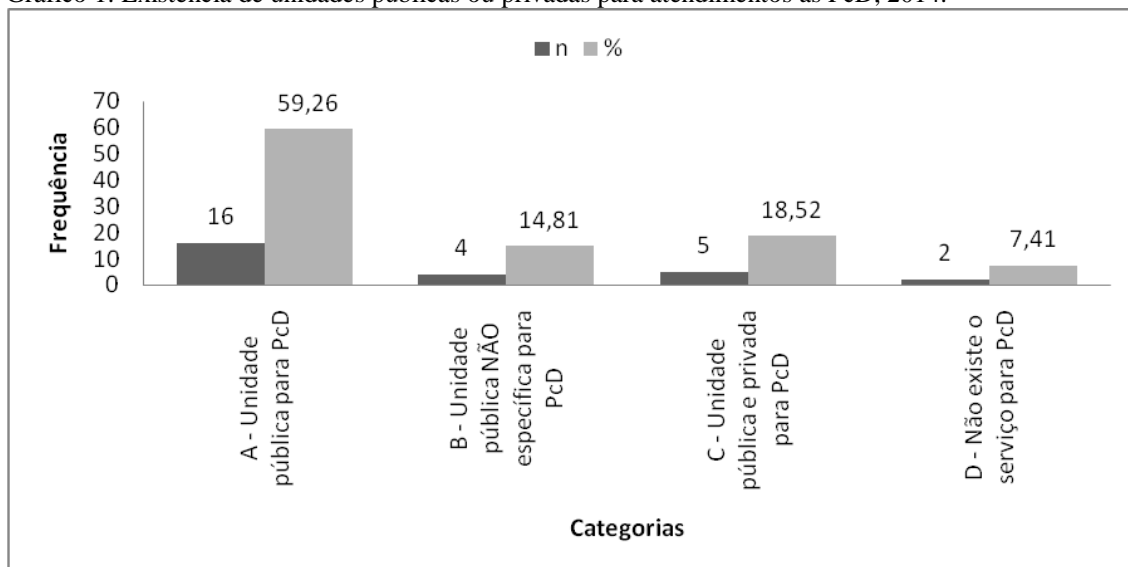
Assim, evidenciam-se relatos que mostram certo desconhecimento em relação à precariedade de serviços de saúde que são disponibilizados às pessoas com deficiência, além das políticas públicas que as envolvem, assim como as necessidades dessas pessoas para serem atendidas com garantias de acesso aos serviços de saúde.

### 7.1 Características administrativas das unidades de reabilitação física e a regionalização

Dois gráficos serão apresentados: um, elucidando questões relacionadas à existência de unidades de reabilitação nos municípios (gráfico 1), e o outro (gráfico 2), apresenta os resultados sobre a opinião dos gestores sobre a regionalização do serviço de reabilitação física.

Em relação à primeira pergunta do roteiro semiestruturado, sobre a existência de unidades para atendimento às PcD nos municípios dessa região, observa-se que 92,59 % (gráfico 1) dos participantes apontaram que em seus municípios existem unidades de saúde, enquanto 7,41% relataram não existir unidades para essas pessoas.

Gráfico 1: Existência de unidades públicas ou privadas para atendimentos as PcD, 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa *QualiQuantisofit*® versão 1.3c e o *Microsoft Excel*, 2007.

#### *Discursos Coletivos*

##### - DSC da categoria A – Unidade pública para PcD -

*Sim. Ele é público, mas eu não tenho esses dados de quantos atendimentos. É composto por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicologia. Outros pacientes, que a gente não consegue atender aqui, são referenciados para o Centro de referência, de acordo com a pactuação regional.*

##### - DSC da categoria B – Unidade pública NÃO específica para PcD -

*Hoje, aqui no município, não existe uma unidade própria que seja somente especializada para reabilitação. Unidade de saúde exclusiva para tratamento de pessoa com deficiência não tem. Mas a gente atende, no setor público, todo tipo de pessoa, tanto quem só está fazendo a reabilitação, quanto os deficientes físicos e a gente referencia sim para alguns lugares, mas o quantitativo eu não saberei te falar.*

- DSC da categoria C – Unidade pública e privada para PcD -

*Sim, existe. Tem privado e tem público, e a gente referencia também. O número de atendimentos não tenho essa noção.*

- DSC da categoria D – Não existe o serviço para PcD -

*Não, alguns pacientes que eu atendo aqui, dependendo do tipo de deficiência, eu envio lá para AFR e para ABBR.*

A análise desses resultados e, conseqüentemente, de seus DSCs, remete-nos a uma preocupação ao constatarmos como esses gestores entendem sobre o serviço que disponibilizam a seus municípios em comparação com o que é preconizado pela Rede de Cuidados à PcD. Essa Rede, em seu componente da Atenção Especializada em Reabilitação, visa que o funcionamento dos CERs, dentre outras regras, devam:

Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência [...] baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida [...]. (BRASIL, 2012a, art.17).

A reflexão de que os gestores podem estar com um entendimento diferente do que é estabelecido pela referida rede, em relação a existência de unidades de saúde que dispensem ações e serviços de qualidade, vai ao encontro dos relatos dos gestores nos DSC em suas diversas categorias, observados no gráfico 1.

Fica claro que a região não é autossuficiente no atendimento de reabilitação para o público em tela, pois em todas as categorias, mesmo as que afirmam existirem os serviços, seus usuários são referenciados para outros estabelecimentos de saúde para fora da região Centro-Sul, em busca de um atendimento integral e especializado.

Outro aspecto que merece destaque é que as PcD podem estar sendo atendidas de forma a não respeitar seus direitos e necessidades específicas ou, até mesmo, deixando de ser realizado o atendimento pelo fato de não haver um ambiente adequado, seja pela existência de barreiras físicas, de comunicação ou de atitudes. 14,81% dos entrevistados relataram que as unidades existentes em seus municípios não são específicas para atender às PcD.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), através da Norma Brasileira (NBR) 9050/2004 (BRASIL, 2004), assegura que todos os espaços e edificações, sejam públicos ou privados, devam ser acessíveis por qualquer pessoa, inclusive as que tenham a mobilidade reduzida.

Para tanto, essa norma define acessibilidade “como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos” (BRASIL, 2004). Esses espaços devem atender o preconizado nessa norma, seja em uma nova construção, ou, ainda que no caso das reformas, a parte reformada deverá se tornar acessível (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a Convenção que tratou dos direitos dessas pessoas cita que cabe ao Estado a obrigação de prover meios para prestar assistência de qualidade e em igualdade de condições às que oferece aos demais cidadãos, garantindo-lhes os direitos básicos (BRASIL, 2008).

A organização do sistema de saúde brasileiro em redes busca atender as necessidades dos cidadãos o mais próximo de suas residências através da descentralização dos serviços de saúde, que vem ocorrendo por meio do processo da regionalização.

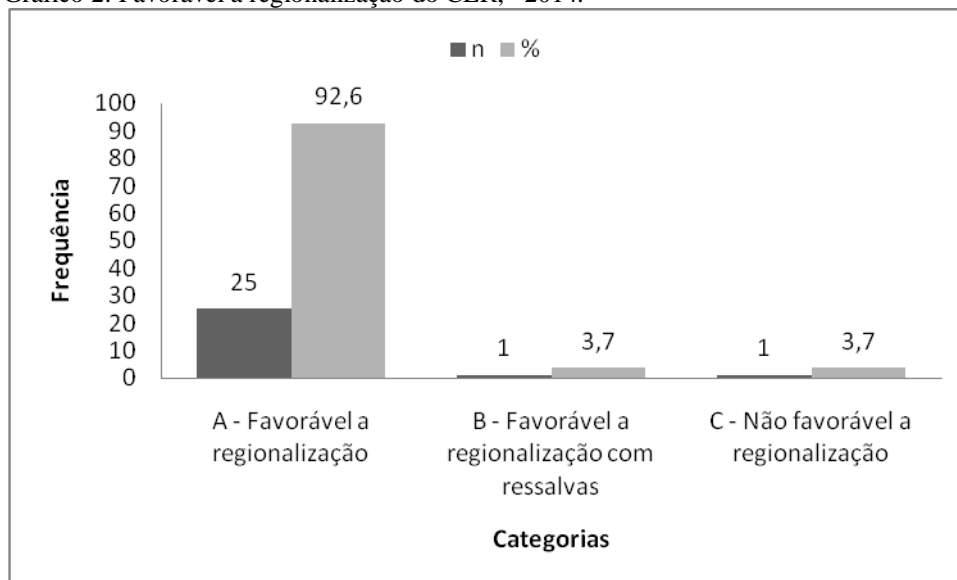
Ocorre que, de acordo com Chebli, Paiva e Souza (2010), o processo de descentralização das ações e serviços de saúde da esfera federal para os estados e municípios é discutido desde 1963, considerando-o como uma estratégia importante para as políticas públicas de saúde. Esse tema configurou no relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde naquele ano, para que houvesse a descentralização das execuções assistenciais para as esferas subnacionais.

No entanto, devido ao golpe militar de 64, diversas reformas, inclusive as da área da saúde, foram interrompidas. Somente com o “nascimento” do SUS através da Constituição Federal de 1988, das Leis Ordinárias da Saúde e as Normas Operacionais Básicas é que a descentralização obteve garantias legais para se tornar uma estratégia importante para estruturar o SUS (CHEBLI; PAIVA; SOUZA, 2010).

Retomando a regionalização, ela é considerada como eixo estruturante para organização das ações e serviços de saúde descentralizados nas respectivas regiões, através de ações solidárias, cooperativas e autônomas entre os municípios, estados e a União. É dessa forma que o processo de descentralização dos serviços de saúde vem acontecendo, com o objetivo de garantir acesso aos distintos níveis de atenção em busca de um cuidado à saúde integral e resolutivo (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010).

O gráfico 2 apresenta os resultados referentes à opinião dos participantes a respeito da regionalização do CER. Nele, observa-se que a maioria é a favor da regionalização de um serviço de reabilitação física para pessoa com deficiência.

Gráfico 2: Favorável a regionalização do CER, 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

### Discursos Coletivos

#### - DSC da categoria A – Favorável a regionalização -

*Sou favorável. Hoje, a gente tem que mandar o paciente, por exemplo, para ABBR, no Rio, ou para algum Centro, no Rio, que só esse deslocamento, para o paciente, é muito mais oneroso. Com um serviço de reabilitação regionalizado, você consegue garantir para esse paciente o atendimento. Porque a gente sabe da dificuldade de se locomover ou de se encaminhar pacientes com alguma deficiência para o serviço de reabilitação. A gente tem dificuldades com o transporte, com o cuidador, financeiras. Então, a questão da regionalização ajuda muito nesse sentido, que a gente pode atender de forma maior, mas sem arcar com os mesmos custos como se a gente estivesse sozinho. Agente vai conseguir atender melhor a demanda da região.*

#### - DSC da categoria B – Favorável a regionalização com ressalvas -

*Olha, dizer para você que eu sou contrário a algo que vem a somar, seria mediocridade. Não sou contrário, absolutamente não sou contrário. Mas eu acho que a gente tem que ver realmente a demanda da população. A gente tem uma grande parte, eu te diria que quarenta por cento do que nós atendemos, hoje, são acamados, entendeu? Então, nós não conseguimos tirar esse acamado para dentro do próprio município, como vamos tirá-lo para Três Rios? Então, eu acho que deve se olhar, realmente, quando se fala em regionalização, deve-se olhar cada município especificamente, o que é um dos grandes problemas do SUS hoje. Porque o SUS, ele tem projetos, às vezes, projetos para um grande município que não atendem o nosso município, ou, às vezes, projetos para um pequeno município que não atendem grandes*

*municípios.*

- DSC da categoria A – Não favorável a regionalização -

*Não, pela distância e pela dificuldade do acesso que esses pacientes vão estar tendo. Porque os distritos são muito distantes do centro, então para esse paciente estar saindo dessas áreas mais distantes, às vezes, para chegar aqui já tem dificuldade, quanto mais para Três Rios.*

A organização das regiões de saúde constituídas intra ou interestadualmente, intramunicipal ou até mesmo em fronteiras é que pode efetivar a regionalização da saúde, possibilitando a consolidação e a articulação dos serviços existentes em um determinado território geográfico com seus diferentes níveis de atenção, transformando-os em redes de ações e serviços de saúde (SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010).

Nesse aspecto, ao analisar o gráfico 2, categorias A e B, através das quais a maioria dos participantes se mostram favoráveis à regionalização, observamos que eles demonstraram estar cientes dos objetivos dessa diretriz (a regionalização) e os benefícios que advirão com a implantação do CER na região em tela. Esses benefícios são relatados na categoria B, ainda que esta apresente algum tipo de ressalva em relação às dificuldades encontradas para lidar com casos específicos e adequações de programas proposto pelo Ministério da Saúde.

Em relação à categoria C (gráfico 2) [*Não favorável a regionalização*], faz-se necessário retomarmos as conclusões das discussões encontradas no gráfico I, em relação à oferta de serviços de reabilitação na região.

É inegável que o processo da descentralização com o fortalecimento dessa microrregião de saúde, em específico com a implantação do CER, favorecerá os municípios, visto que, no discurso do gráfico 1, os municípios não se apresentaram autossuficientes na oferta de serviços de reabilitação física em nível do que se encontra apregoado na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

Apurou-se que todos os municípios são obrigados a encaminhar seus munícipes para fora da região para obterem atendimentos mais especializados de reabilitação física. Da mesma forma, necessitam encaminhar seus munícipes para a cidade do Rio de Janeiro ou de Niterói para eles terem acesso às OPMs nos centros de reabilitação existentes naquelas cidades.

## **7.2 Vantagens e desvantagens para os munícipes e para administração**

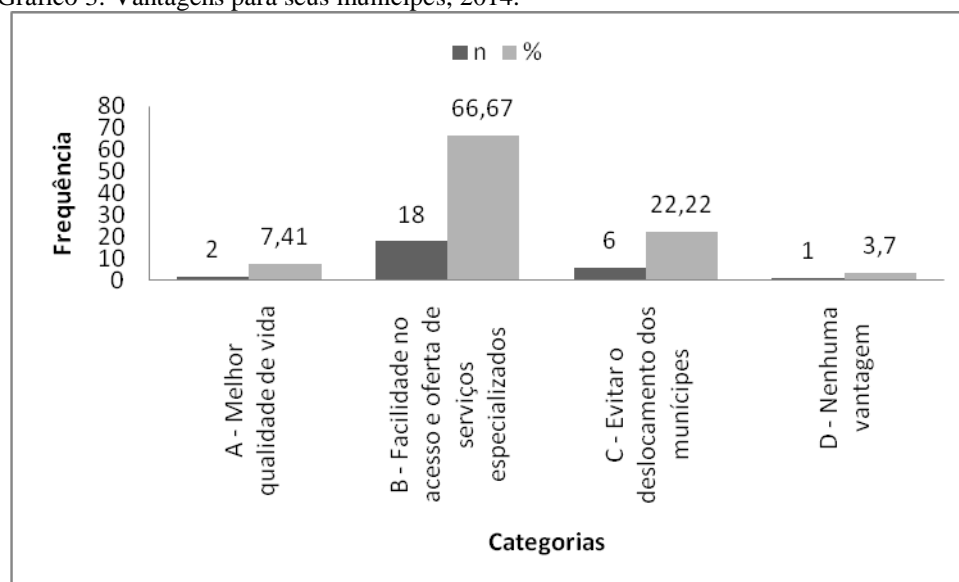
Neste tópico, quatro gráficos apresentarão os resultados sobre o que foi encontrado neste estudo a respeito das vantagens (gráfico 3) e desvantagens (gráfico 4)

para os munícipes, além das vantagens (gráfico 5) e desvantagens (gráfico 6) para administração em relação à implantação do Centro Especializado de Reabilitação na microrregião I.

Interpretar o que os participantes deste estudo pensam em relação às vantagens e desvantagem da regionalização do serviço de reabilitação física contribui para que se possam atenuar as dificuldades e implicações acerca da implantação do CER. Esse entendimento parte da premissa de que se encontra no momento oportuno para planejamento e pactuações para a construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na microrregião I do Centro-Sul Fluminense.

Nesse aspecto, observa-se no gráfico 3 que vinte e seis gestores relataram haver algum tipo de vantagem, entre as quais: melhor qualidade de vida, facilidade no acesso e oferta de serviços especializados e evitar o deslocamento dos munícipes. Apenas um participante relatou não existir vantagem para sua população.

Gráfico 3: Vantagens para seus munícipes, 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

### Discursos Coletivos

#### - DSC da categoria A – Melhor qualidade de vida. -

*Eu acho que a gente vai conseguir melhorar muito a qualidade de vida dessas pessoas. Elas vão ter atendimento, realmente, no local que, hoje, não têm esse fluxo dentro do SUS.*

#### - DSC da categoria B – Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados -

*A própria oferta do serviço já é uma vantagem. Vantagem de um serviço mais especializado, com mais recurso, com uma mão de obra mais especializada, com sistema de referência e contrarreferência mais ágil, a baixo custo, num ambiente físico*



*preparado adequadamente para esse tipo de atendimento que, em toda região, é muito carente. Acesso a determinados serviços específicos com um maior número de vagas, de procedimentos que são vinculados a essa rede e vai reduzir esse tempo para o município de estar na fila de espera com um atendimento mais rápido, eficiente e um atendimento de qualidade melhor. A gente tem uma demanda para a cidade do Rio de Janeiro, sendo uma cidade vizinha, será mais fácil para o acesso dos municípios.*

- DSC da categoria C – Evitar o deslocamento dos municípios -

*Bom, dentre as principais vantagens, é a questão do deslocamento, encurtar a distância que hoje a gente tem com o Rio de Janeiro. Hoje, a população deficiente tem que sair para ir para a capital para poder garantir o atendimento com a implantação da rede aqui, eles não vão mais precisar se deslocar em busca de próteses, de órteses; já diminui um pouco também, no transporte desses pacientes.*

- DSC da categoria D – Nenhuma vantagem -

*Assim, vantagem eu não vejo não. Porque eu acho que eles vão ter é dificuldade. Eu não vejo vantagem não. Talvez em algumas referências, não sei como vai ser esse tratamento, mas igual para prótese, alguma coisa assim, vai ser mais perto. Então, se tivesse, seria a única vantagem que eu vejo.*

O apontamento dos gestores que afirmaram que a implantação do CER trará vantagens para seus municípios (96,30% dos gestores entrevistados, gráfico 3) deve ser entendido como um ponto positivo, haja vista serem eles os detentores da responsabilidade técnica-política em pactuar e implantar esses serviços em uma região de saúde. Por outro lado, suspeita-se também que essas vantagens futuras sejam as reais dificuldades enfrentadas pelos gestores, trabalhadores e usuários.

O DSC da categoria A (gráfico 3) aponta que haverá uma melhora na qualidade de vida por passar a existir um serviço mais próximo de seus municípios, com fluxo, informações e um melhor atendimento.

Em relação à qualidade de vida, emerge a necessidade de uma reflexão sobre esse termo, uma vez que esse conceito norteia a elaboração de políticas públicas como um direito dos cidadãos. Identifica-se nas literaturas uma dificuldade em estabelecer um conceito único para o termo qualidade de vida, que é influenciado, em parte, por fatores objetivos e subjetivos, valores estes que são atribuídos de acordo com a classe social, comunidade ou grupo, além, é claro, do momento histórico e do nível de desenvolvimento em que eles se encontram (COUTINHO; FRANKEN, 2009).

Assim, ele é frequentemente utilizado no setor da saúde de forma genérica, num sentido que pouco acrescenta à reflexão; para tanto, o termo qualidade de vida precisa ter um melhor entendimento de acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000). Esses autores citam que qualidade de vida é:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.8).

A dimensão subjetiva do construto qualidade de vida se relaciona com a cultura de uma sociedade e com as ações individuais das pessoas que a compõem, enquanto a dimensão objetiva relaciona-se com a organização e a oferta de programas públicos responsáveis por melhorar a condição de vida de uma sociedade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Do ponto de vista objetivo, esses autores afirmam que o sistema de atenção à saúde, dependendo da forma em que está organizado em uma sociedade, será um ponto a influenciar positiva ou negativamente na percepção de bem-estar das pessoas envolvidas nesse contexto (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Assim, quando os participantes deste estudo afirmaram que “[...] a gente vai conseguir melhorar muito a qualidade de vida dessas pessoas.” (categoria A - gráfico 3), com a implantação do CER em Três Rios, essa hipótese com fulcro na dimensão objetiva parece estar correta no ponto de vista deles. No entanto, cabem novos estudos para comprovar se essa afirmação será concretizada após a implantação do serviço sob a ótica dos usuários.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1999) cita que cabe ao Poder Público garantir os direitos básicos das PcD e permitir exercê-los plenamente. Destaques são feitos para os direitos à saúde, à previdência social, à assistência social, ao transporte, acesso à edificação pública e outros que, garantidos pela Constituição e pelas leis, propiciem o bem-estar pessoal, econômico ou social a essas pessoas.

Em relação aos direitos no setor da saúde, o poder público deve disponibilizar às PcD atendimento de qualidade sem discriminá-las, com garantia de se promover um acesso aos serviços de saúde longe de obstáculos que são caracterizados por barreiras físicas, de comunicação e as atitudinais (BRASIL, 2008).

No entanto, é imperativo destacar que muito embora o SUS tenha como princípios a integralidade, equidade e a universalidade de acesso aos bens e serviços de

saúde a todos os cidadãos, para a parcela com deficiência, ainda há muito que se fazer para superar essas barreiras (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

Nesse sentido, na categoria B (gráfico 3), observam-se no discurso vantagens na implantação do CER, no sentido de facilitar o acesso a serviços de reabilitação especializados, sugerindo que os gestores estão cientes da dívida que o poder público tem com esses cidadãos a respeito de barreiras restritivas a serviços de qualidade.

Uma vez que a unidade do CER se caracteriza por um serviço diferenciado com garantias de estruturas e equipe multidisciplinar para atender as necessidades de seus usuários, nessa perspectiva observa-se também que essas vantagens transcendem o espaço dos usuários e alcançam o da gestão, uma vez que no DSC da categoria A (gráfico 6) os gestores afirmaram não identificar desvantagens para a administração com essa implantação.

O CER visa atender o que se encontra apregoado na Política Nacional da Pessoa com Deficiência, de maneira que esta política preconiza e atribuiu ao poder público a responsabilidade de criar redes de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade. Essa diretriz tem o objetivo de garantir acesso para essas pessoas em estabelecimentos públicos ou privados, com serviços especializados inclusive com a previsão de capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2008), (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

O termo acesso aos serviços de saúde apresenta uma pluralidade e uma complexidade, sendo inclusive objeto de estudo nas literaturas internacionais. As barreiras de acesso aos serviços de saúde têm aspectos característicos de natureza política, técnica, econômico-social, simbólicas e organizacionais apontadas no Modelo de Análises sobre o acesso universal a serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

Numa revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, Travassos e Martins (2004) citam que Donabedian faz uma distinção entre duas dimensões para acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica, de maneira que a acessibilidade sócio-organizacional se relaciona com questões que envolvam políticas formais ou informais, situação econômica ou diagnóstica, excluindo-se dessa dimensão os aspectos geográficos. Já a acessibilidade geográfica se relaciona com o espaço mensurado pela distância linear, tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros.

Esses autores chamam a atenção ao fato de que o conceito de acessibilidade defendido por Donabedian não leva em consideração os atributos que envolvem os

indivíduos (sociais, culturais, econômicos e psicológicos), muito embora afirmem que há uma relação mediada pela acessibilidade quando esta expressa os aspectos da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No declarado pelo DSC da categoria B (gráfico 3) [*Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados*], assim como pelo DSC da categoria A (gráfico 5) [*Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo*] quando perguntados sobre vantagens para os munícipes e para a administração, respectivamente, identificamos trechos, no que foi expressado pelos gestores, aproximando das definições adotadas no Modelo de Análises de Assis e Jesus (2012) a respeito dos aspectos e características das barreiras para acesso a serviços de saúde.

Esse dado aponta que, independente de que extremo esteja sendo avaliado em relação às vantagens, seja para os munícipes ou para a administração, ambos serão beneficiados com a implantação do CER, de maneira que para os munícipes haverá a redução ou até mesmo a eliminação de barreiras. Já para a administração pública, vai ao encontro de ter a capacidade de cumprir com o seu papel na atenuação ou eliminação de entraves que implicam no acesso para as PcD, através da capacidade de aportar mais recursos financeiros e estruturais, inclusive com a disponibilização de uma equipe de profissionais especializados para atender as PcD.

Em um estudo realizado por Silva, Santos e Bonilha (2014), utilizando o método do DSC com o objetivo de conhecer a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do SUS sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas, foram encontrados dois grupos de barreiras. Uma delas em relação aos pacientes, que é a dificuldade de acesso físico-financeiro aos serviços, e a outra, em relação aos serviços, que tem como dificuldade a continuidade do tratamento. Esses autores observaram que a distância dificulta o acesso à fisioterapia, assim como a burocracia para agendamento e a disponibilidade de vagas interfere na continuidade do tratamento e, conseqüentemente, na resolutividade do problema.

Essa discussão vai ao encontro do achado neste estudo em relação à percepção dos gestores de que a implantação do CER na região Centro-Sul Fluminense irá facilitar o acesso a serviços especializados e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade do atendimento, visto que a capacidade de ocorrer um acesso em tempo oportuno aos serviços de reabilitação física resultará em um diagnóstico cinesiológico funcional mais

ágil, permitindo uma resolução efetiva do caso e também uma capacidade de aumentar as chances de impedir uma incapacidade funcional permanente (SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014).

Nesse sentido, a proximidade ou o distanciamento de serviços de saúde da atenção à PcD será um fator determinante para um atendimento universal, integral e equânime, levando em consideração que o acesso geográfico se caracteriza pela distância entre o serviço de saúde e o domicílio do usuário (ASSIS; JESUS, 2012).

Esses aspectos estão presentes e são apontados como vantagens tanto para os municípios quanto para a administração nos DSC da categoria C (gráfico 3) e no DSC da categoria B (gráfico 5), quando afirmaram que irá melhorar a gestão do transporte para a administração.

O Ministério da Saúde vem, desde 2001, tentando organizar serviços de saúde regionalizados para atender as necessidades das PcD. O intuito é disponibilizar serviços de reabilitação o mais próximo de seus domicílios, a fim de que essas pessoas possam ter tratamento e acompanhamento em programas de referência. Esses serviços, sendo mais próximos dessas pessoas, vão ao encontro do que a Convenção dos direitos da Pessoa com Deficiência preconiza e defende, afirmando que: “[...] a deficiência não deve ser empecilho para as pessoas terem acesso aos serviços de saúde de boa qualidade [...]” (BRASIL, 2008, p. 89).

No entanto, ao observar o DSC em relação à categoria D (gráfico 3) [*Nenhuma vantagem*], faz-se necessária uma reflexão sobre a afirmação de França e Pagliuca:

Ao dimensionar o impacto causado pela implantação do SUS no contexto da demanda em saúde, é possível compreender que, apesar dos esforços empreendidos pelos setores competentes e, ressalvadas as exceções, urge uma mudança de mentalidade naquelas pessoas responsáveis pela otimização dos produtos e serviços de saúde oferecidos à população e, em especial, às pessoas com deficiências. (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009, p.134).

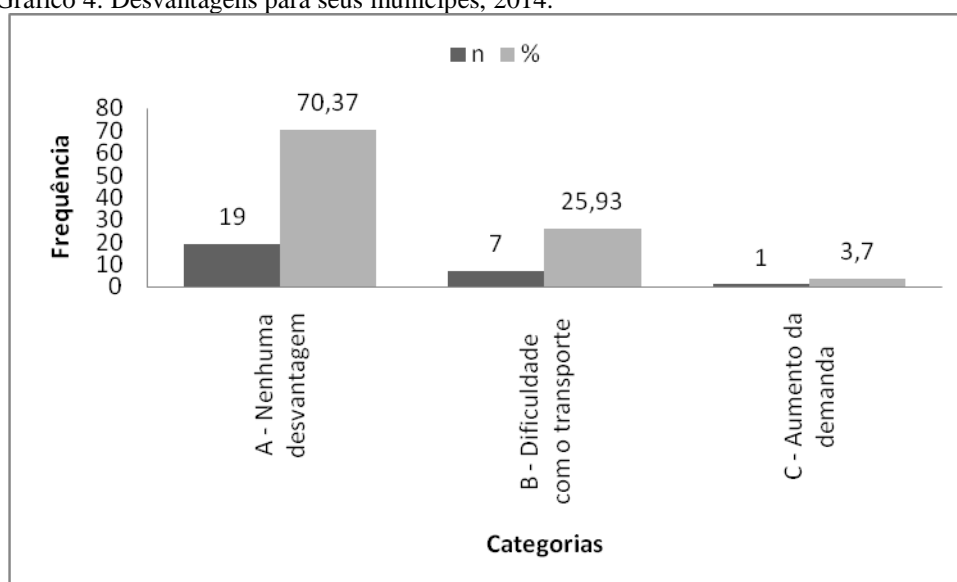
Observa-se esse fato, neste estudo, quando o gestor relata não identificar vantagens com a proposta do CER. Nesse sentido, pode-se inferir que há uma forma de pensar “reducionista” em relação a uma nova perspectiva de oferta de serviços em RAS, uma vez que o participante afirma que, se houver alguma vantagem, ela se resume em apenas disponibilizar órteses e próteses.

Esse posicionamento também aponta para um total desconhecimento das necessidades das PcD por parte desse gestor, de maneira que esse discurso sustentado em ambientes de pactuação pode influenciar para a manutenção de serviços precários,

principalmente por se tratar de uma região que carece de mão de obra especializada em reabilitação.

Já em relação às desvantagens para os municípios, quando perguntado aos gestores sobre as que poderiam ocorrer com a implantação do CER no município de Três Rios, observa-se no gráfico 4 que a maioria não identificou nenhuma desvantagem. Menor número de participantes apontou a dificuldade com o transporte adequado e um, atribuiu ao aumento da demanda.

Gráfico 4: Desvantagens para seus municípios, 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

### Discursos Coletivos

#### - DSC da categoria A – Nenhuma desvantagem. -

*Não enxergo desvantagem nenhuma, só enxergo melhoria na qualidade do atendimento. Elas podem surgir com o passar do tempo, mas no exato momento, não acho desvantagem nenhuma.*

#### - DSC da categoria B – Dificuldade com o transporte. -

*A desvantagem que eu vejo, hoje, é a questão do transporte. Por mais que seja um município vizinho, a gente tem uma população muito rural no município. A gente não tem o transporte adaptado para fazer o transporte adequado. Então é difícil a condução, o transporte, à distância, o acesso, a gente teria a dificuldade de carro, de estar levando os pacientes.*

#### - DSC da categoria C – Aumento da demanda. -

*Eu não quero, assim, entender que vai haver uma desvantagem, mas o acesso vai ser igualitário para a região como um todo, então vai aumentar o número de atendimentos.*

Anjos et al (2010, p.449) cita que a assistência dispensada às PcD “[...] sempre

representou um perfil de precariedade [...]”, isso porque o Estado sempre privilegiou a organização dos serviços assistenciais de forma centralizada, desassistindo um número considerável desses cidadãos.

Nessa direção, a Convenção dos Direitos à PcD aponta que nos mais de cinco mil municípios brasileiros existem pessoas com deficiência sem atendimento. Ocorre que apenas 136 serviços de Reabilitação Física foram habilitados pelo Ministério da Saúde no período de 2002 a 2006, período, este, após a edição da Portaria n.º 818/2001, que pretendia organizar as redes de reabilitação física (BRASIL, 2008).

Essa realidade ainda não foi superada, pois segundo o Observatório do Viver sem Limites (portal da Secretaria de Direitos Humanos da presidência da república), após a edição da Portaria n.º 793/2012, que revogou a Portaria n.º 818/2001 e instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, apenas 102 CERs foram habilitados no ano de 2013 (BRASIL, 2014).

Nessa perspectiva, Assis e Jesus (2012, p. 2.866) afirmam que “[...] no contexto brasileiro, a temática em discussão mostra que é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação: não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei”.

A ampliação da oferta desse serviço será conquistada a partir da regionalização do mesmo, considerando que essa é a estratégia que visa suprir as necessidades de uma dada região de saúde com a participação solidária dos municípios, estados e União, a fim de atingir a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, com a articulação e integração de serviços de diferentes densidades tecnológicas (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Nesse sentido, o resultado da categoria A (gráfico 4) apresenta que 70,37% dos participantes não identificam desvantagens com a regionalização do serviço de reabilitação física, caracterizando que estão cientes das vantagens e benefícios que esta estratégia poderá trazer para as PcD.

Para avançar com a regionalização e, conseqüentemente, a descentralização dos serviços de saúde do nível nacional para os subnacionais, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização das RAS através da Portaria n.º 4.279/2010. Essas diretrizes buscam exatamente a superação de obstáculos que reforçam a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, a fim de que tenham a

disposição ações e serviços de saúde efetivos e eficientes dos quais os usuários necessitam (BRASIL, 2010b).

Muito embora no DSC da categoria B (gráfico 4) participantes relatem que os munícipes terão como desvantagem a dificuldade com o transporte adaptado comprometendo o acesso ao serviço, destaca-se que essa desvantagem está mais no campo da gestão, revelando uma ineficiência do Estado em superar esses entraves do que, propriamente dita, uma desvantagem para o munícipe. Esse dado pode ser observado no DSC da categoria B (gráfico 6) quando os gestores relataram como desvantagem para a administração as dificuldades com o transporte.

O fato é que, quando o poder público se omite em garantir direitos sociais aos cidadãos, estes acabam buscando alternativas, que a partir desta ótica acaba de fato sendo uma desvantagem para os munícipes.

Isso fica claro quando Silva, Santos e Bonilha (2014), em seus estudos, os entrevistados referiram que o deslocamento para o serviço de fisioterapia era realizado por meio de transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, levantando uma preocupação em relação aos pacientes com dificuldades financeiras e aqueles com uma maior limitação na locomoção, principalmente os pacientes com problemas neurológicos. Esse dado foi constatado quando se observou que havia um percentual mais baixo de pacientes com problemas neurológicos em relação às outras patologias nos ambulatórios de fisioterapia.

Esses autores suspeitam que haja um número considerável de pessoas com deficiência motora com necessidades de acesso a serviços de reabilitação, traduzindo-se em uma demanda reprimida que pode ser explicada, em parte, pela dificuldade do poder público em disponibilizar transportes para esses usuários, considerando que os serviços de reabilitação demandam uma regularidade e frequência para o tratamento (SILVA; SANTOS; BONILHA, 2014).

Nesse aspecto, podemos inferir que há uma premente necessidade da atenção por parte dos gestores em relação aos transportes adaptados e sanitários para que o poder cumpra com o seu papel e permita o acesso dos usuários aos pontos de atenção das RAS, disponibilizando aos usuários serviços de diferentes densidades tecnológicas a partir de um sistema que os integre através de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2010b).



Com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, através da implantação do CER, diferente do que vem acontecendo, novas oportunidades surgem para suprir a demanda de transportes adaptados, pois essa rede prevê a garantia, pela Portaria Ministerial n.º 793/2012, da disponibilização de transporte sanitário com veículos adaptados para permitir o acesso às PcD aos diferentes pontos de atenção (BRASIL, 2012a).

Cabe refletir, no entanto, que a demanda aos serviços de saúde para as PcD só terá a sua acessibilidade garantida quando, no bojo das suas discussões para implantação de serviços, os responsáveis por isso levarem em consideração a possibilidade de acesso no mínimo, às edificações públicas, privadas e aos transportes (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

Ainda sobre desvantagens para os municípios, em relação à categoria C (gráfico 4) observa-se a preocupação com o aumento do número de atendimentos no CER, por passar a ser um serviço de referência para os demais municípios da região. Contudo, essa preocupação se traduz em mais um desafio para gestão, como bem relata em seu DSC, não sendo uma desvantagem para os municípios. Esse fato está presente no DSC da categoria C (gráfico 6), quando os gestores apontaram como desvantagens para a administração o aumento de responsabilidade e preocupação em garantir acesso para toda a população da microrregião I.

Cabe ressaltar que a gestão do SUS prevê instrumentos que orientam e aportam recursos financeiros nos fundos de saúde dos municípios, daqueles que disponibilizam serviços em sua rede própria e passam a ser responsáveis em ofertar atendimentos aos usuários de outros municípios. Os instrumentos de planejamento da gestão que orientam as regionalizações dos serviços de saúde do SUS são o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (SOUZA et al., 2010).

Esses instrumentos buscam garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção de maneira que, em cada região de saúde, os usuários de um dado município possam ser atendidos em outro que seja referência no serviço de saúde pactuado (SOUZA et al., 2010).

No entanto, cabe ressaltar que o processo de gestão em saúde se apresenta como um campo muito complexo e subjetivo pela produção de decisões nas implementações e intermediações das políticas:

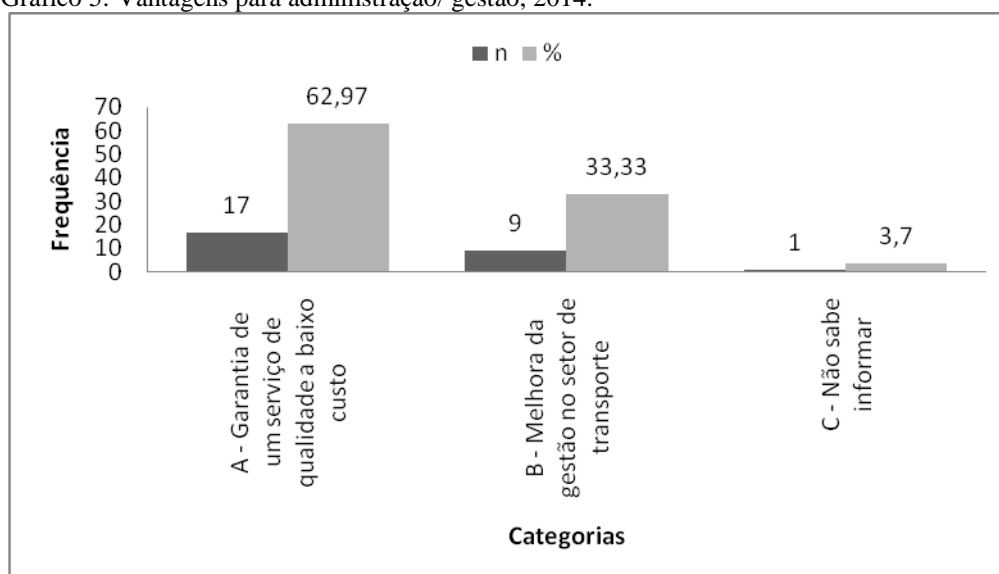
Os sistemas de direção, comando e condução, assim como o processo e os arranjos para a tomada de decisões, envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição (e experiência intuitiva), conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento), etc. Enfim, características e qualidades de pessoas (sujeitos, agentes, atores institucionais) e não somente de sistemas ou serviços. (BRASIL, 2006, p. 13).

Afirma ainda que: “Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos.”

Nesse sentido, vantagens para a administração são observadas no gráfico 5 com a implantação do serviço regionalizado, em que vinte e seis gestores apontaram alguma vantagem e apenas um não soube informar.

Oportunamente, estes resultados já foram discutidos anteriormente com o resultados encontrados e apresentados no gráfico 3 categoria 5, uma vez que houve apontamentos nessas categorias que demonstravam vantagens para administração e para os munícipes.

Gráfico 5: Vantagens para administração/ gestão, 2014.



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

### Discursos Coletivos

#### - DSC da categoria A – Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo. -

*Eu acho que a partir do momento que você cria rede de assistência, você tem uma diminuição, principalmente do custo aliada a prestação de qualidade do trabalho, que se torna bem mais eficaz. Tudo aquilo que hoje é propiciado para uma população menor, as compras de materiais, as compras de equipamentos, isso, vai ser feito numa*

*escala maior para atender uma população maior, e poder atender a população com a parceria de outras cidades próximas, com maior repasse de verba para um serviço especializado. Então, você vai centralizar todas essas demandas dentro do município. Você vê o custeio para o CER, o Centro especializado, se fosse o município bancar sozinho, você vê que é inviável, um custo muito alto e tal, todo aquele tratamento, os técnicos, os profissionais que precisa pagar.*

- DSC da categoria B – Melhora da gestão no setor de transporte. –

*Essa questão do transporte facilita muito. Eu acho que facilita o custo, diminui o custo dos gestores para estar levando essas pessoas para outros locais. Ele vai ter economias de ônibus, carros, geralmente eles tiram carros da prefeitura para levar. Acredito que a parte financeira mesmo vai ser uma economia de transporte que vai conseguir transportar até mais gente, por ser mais próximo. Isso gera um custo com transporte, motorista, veículo e, enfim, ainda essa questão de ser mais fácil para o munícipe.*

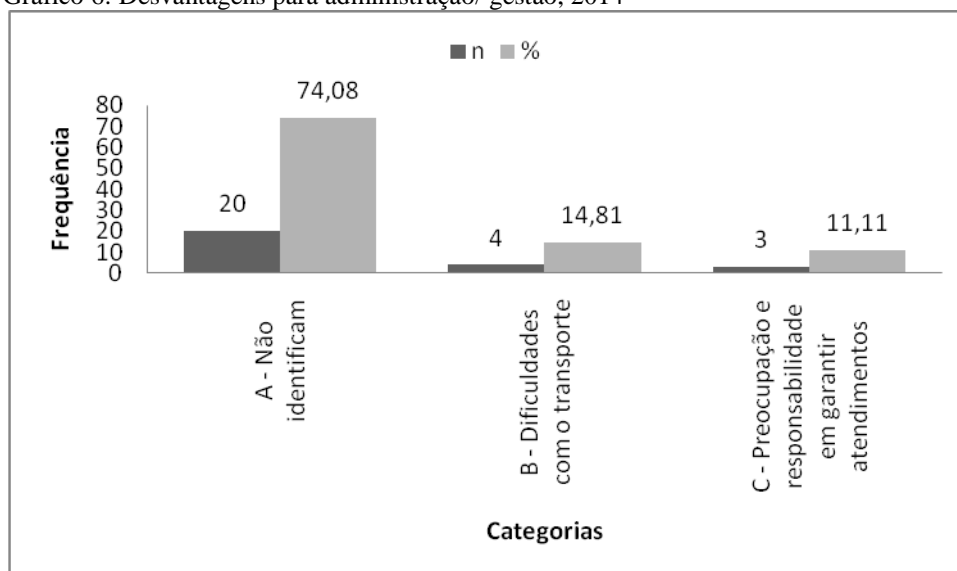
- DSC da categoria C – Não sabe informar. -

*Não sei. Não sei como responder, não sei mesmo.*

Em relação ao gráfico 6, vinte participantes não identificaram desvantagens para a administração dos seus municípios, enquanto sete outros apontaram algumas desvantagens com a regionalização do CER em Três Rios.

Igualmente ocorrido no gráfico 5, em relação a seus resultados, os mesmos foram discutidos na oportunidade com os resultados do gráfico 4. Ambas as desvantagens são desafios da gestão em utilizar os recursos que a Rede disponibiliza, como é o caso da previsão de transportes adaptados e, em relação ao atendimento, fazer uso dos instrumentos de planejamento, o PDR e a PPI.

Gráfico 6: Desvantagens para administração/ gestão, 2014



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

## Discursos Coletivos

### - DSC da categoria A – Não identificam. –

*Eu acho que não tem nenhuma. Vai ter só vantagem com isso, ainda mais que vai ficar próximo do nosso município. Acho que tudo que é organizado, com uma gestão bem traçada, só é favorável à administração municipal.*

### - DSC da categoria B – Dificuldades com o transporte. –

*Eu ainda mantenho a desvantagem na questão do transporte, que o município teria que gastar com isso. Vai ter sempre que ter uma estrutura boa de transporte, de pessoal, para estar acompanhando esses pacientes até lá, entendeu? Porque, às vezes, você pega a própria PPI (Programação Pactuada e Integrada) você consegue marcar um paciente para sete horas da manhã e o outro para cinco horas da tarde. O de sete tem que ficar até as cinco, esperando para poder voltar.*

### - DSC da categoria C – Preocupação e responsabilidade em garantir atendimentos. –

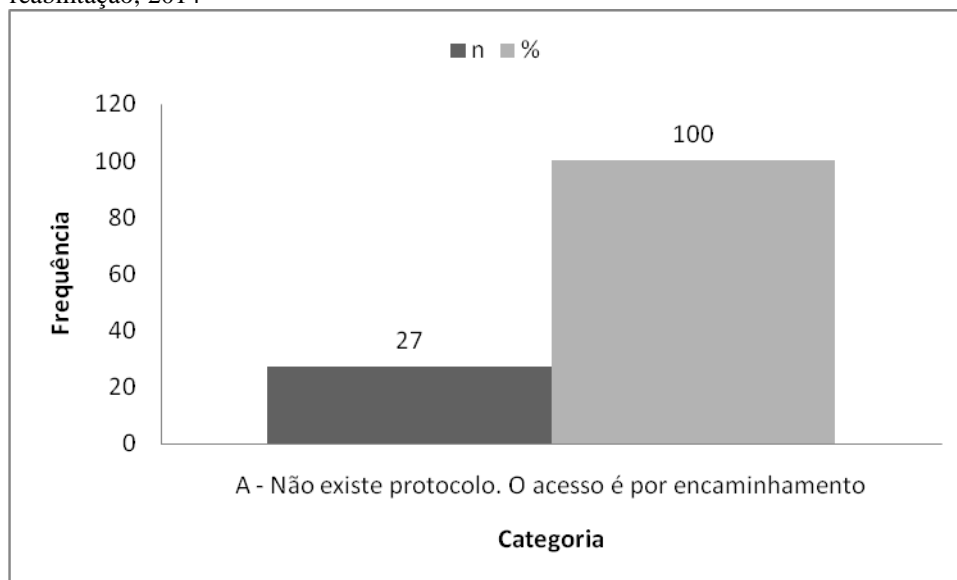
*Eu não sei se a palavra é bem desvantagem, eu acho que é responsabilidade. Porque o município passa a ter responsabilidade em garantir atendimento, não só para sua população, como para uma população referenciada também. Existe sim, por parte da gestão municipal, uma preocupação em atender uma região como um todo por conta da demanda de atendimento. São mais atendimentos, preocupação com profissional mais dedicado, mais qualificado, então existe uma preocupação e não uma desvantagem.*

## **7.3 Protocolo de acesso, dispensação de OPMs e o fluxo de referência e contrarreferência**

Neste tópico serão apresentados três gráficos: 7, 8 e 9. O gráfico 7 apresenta os resultados encontrados sobre a existência de protocolos de organização de serviços para acesso aos serviços de reabilitação. O gráfico 8 apresenta o que foi encontrado sobre a dispensação de órteses e próteses e o gráfico 9, os resultados sobre o fluxo de referência e contrarreferência entre a atenção básica, os serviços de reabilitação e as unidades hospitalares.

No gráfico 7, observa-se que nenhum dos municípios utiliza um protocolo para orientar o acesso dos usuários aos serviços de reabilitação física. O acesso ocorre mediante a apresentação de um encaminhamento médico.

Gráfico 7: Existência de protocolo e encaminhamento para o serviço reabilitação, 2014



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

#### Discurso Coletivo

- DSC da categoria A – Não existe protocolo. O acesso é por encaminhamento. –  
*Não existe um protocolo, existe uma prática de encaminhamento. O profissional encaminha e a gente tenta encaminhar para as referências, que a gente tem ou ele próprio busca atendimento na especialidade e ele próprio tem que buscar o caminho para ter seu atendimento. Mas para atendimento, todos têm que ter encaminhamento médico.*

Verifica-se a inexistência de um protocolo que se destine a regular o acesso dos usuários ao serviço de reabilitação física, sendo produzido apenas um encaminhamento do médico da ESF ou do especialista. Observa-se ainda que o poder público não garante o acesso aos serviços de saúde, recaindo sobre os usuários, na maioria das vezes, a responsabilidade em buscar o acesso nos serviços de saúde.

De acordo com Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos podem ser agrupados em relação a sua natureza, ou seja, em protocolos de organização dos serviços e em protocolos clínicos. Esses autores chamam a atenção ao fato de que ainda se observa um maior número de estudos relacionados aos protocolos de atenção à saúde quando comparado aos que têm o objetivo de organizar serviços.

Esses autores apontam ainda que, livre da natureza dos protocolos, fato que para eles é o que os diferenciam, sejam os protocolos de natureza à assistência, sejam os que se destinam à organização dos serviços, ambos devem ser considerados protocolos de cuidado à saúde, com características distintas:

**Protocolos clínicos:** são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas. **Protocolos de organização dos serviços:** são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais. Um protocolo de organização de serviços, além de seus elementos próprios (relativos à organização das ações intersetoriais, ao processo de trabalho da equipe, dos fluxos de referência e contrarreferência), pode apresentar também, para o enfrentamento dos aspectos relativos aos cuidados clínicos, os elementos constitutivos de um protocolo clínico. Uma vez que um protocolo de cuidado – seja ele clínico, de organização de serviços ou misto – significa uma proposta de enfrentamento de uma situação que se deseja modificar, é fundamental que seja feito o registro dos indicadores relativos ao(s) problema(s) que caracterizam a situação a ser superada (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p. 31).

No sentido de se manter a coerência com o abordado e mediante os resultados obtidos neste estudo, depara-se com uma oportunidade de elaborar um protocolo de acesso ao serviço de reabilitação física, com o objetivo de organizar o processo de trabalho no sentido de garantir um fluxo de acesso regulado aos diferentes níveis de atenção, implicando ainda o estabelecimento e a garantia da existência de um fluxo de referência e contrarreferência.

A adoção de um protocolo permite cumprir com o que preconiza a dimensão da regulação do acesso à assistência, proposta prevista na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (2008), que diz que cabe à gestão do SUS a responsabilidade de regular o sistema, não permitindo delegação para essa função.

Embora sejam nítidos os esforços para superar a fragmentação e a desarticulação dos serviços de saúde, principalmente com a organização das redes de serviços pelo MS, ainda é necessário que esses esforços sejam direcionados para o fortalecimento da regulação do sistema, para que se possa garantir à população um acesso às ações e serviços de saúde referenciados mediante pactuações entre as esferas de governo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, cabe aos gestores do sistema a regulação dos serviços, assumindo o seu papel que deve ser indelegável através de ações de planejamento com fixação de metas de caráter quantitativo e qualitativo. Regulando, mas também fiscalizando a execução dos serviços pelos prestadores de serviços e também em sua rede própria (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008) aponta que a regulação do sistema se organiza em três dimensões: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde, Regulação do Acesso à Assistência:

**Regulação de Sistemas de Saúde:** tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

**Regulação da Atenção à Saúde:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

**Regulação do Acesso à Assistência:** também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, art. 2º, inc. I, II, III).

Para realizar a operacionalização dessas dimensões, são constituídos os complexos reguladores, que são estruturas que executam as ações de regulação do acesso. Esses complexos reguladores são organizados em: Centrais de Regulação de Consultas e Exames (regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais); Central de Regulação de Internações Hospitalares (regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência); e Central de Regulação de Urgências (regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência) (BRASIL, 2008).

Para garantia de um pleno funcionamento dos Complexos Reguladores, há a necessidade de que esse ambiente seja um campo favorável à execução de suas funções por uma equipe de característica multiprofissional. Em relação ao profissional fisioterapeuta, ainda há poucas experiências publicadas sobre a inclusão desse profissional nessas equipes; porém, destaca-se a experiência exitosa do município de Florianópolis.

Júnior, Pereira, Pereira (2013) observaram que a atuação do profissional fisioterapeuta junto à equipe do complexo regulador proporcionou uma melhor gestão

na fila de espera para os serviços de reabilitação física, possibilitando um olhar mais humanizado, assim como um melhor controle do fluxo e da otimização da utilização das vagas disponibilizadas.

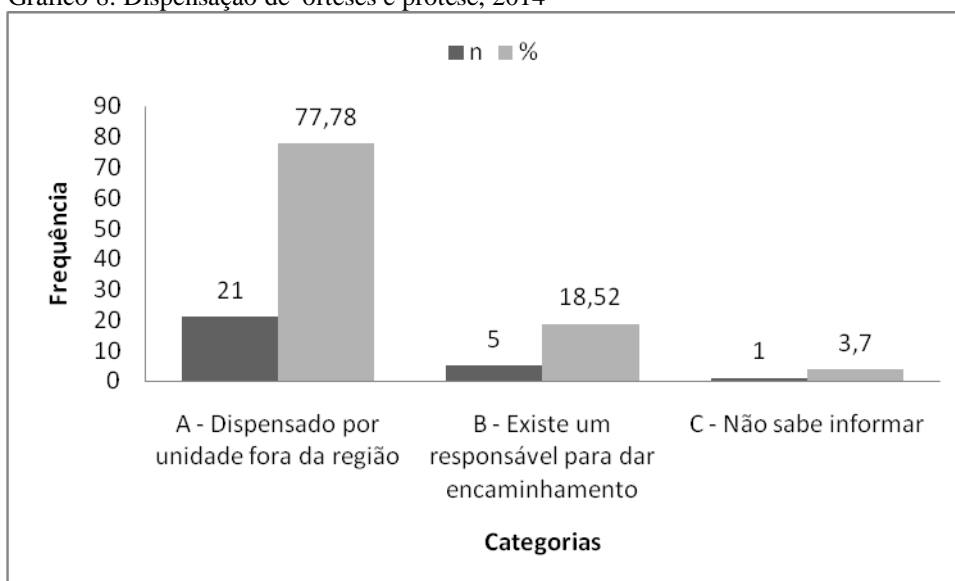
Esses autores relataram que, anteriormente à inserção do fisioterapeuta no complexo regulador, o único critério adotado pelos demais profissionais para regulação era o de seguir uma ordem cronológica em detrimento a uma “avaliação seguindo critérios técnicos envolvendo a gravidade do quadro, o tempo de início e a necessidade de prevenção de possíveis incapacidades” (JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA, 2013, p.59).

Assim, podemos inferir que o fisioterapeuta pode ser o profissional mais indicado a operacionalizar o protocolo de regulação de acesso aos serviços de reabilitação física nas Centrais de Regulação de Consultas e Exames.

A ausência de protocolos que se destinem à regulação do acesso aos serviços de reabilitação interfere na integralidade do cuidado. Outro ponto que contribui negativamente com esse cenário são as dificuldades oriundas das longas distâncias geográficas enfrentadas pelos usuários na obtenção de órteses e próteses.

Sobre essa dispensação de órteses e próteses nos município da microrregião Centro-Sul, identificou-se que a maioria dos participantes (gráfico 8) relataram que elas são realizadas por unidades conveniadas fora da região.

Gráfico 8: Dispensação de órteses e prótese, 2014



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.



*Discursos Coletivos*

- DSC da categoria A – Dispensado por unidade fora da região. –

*Hoje, no município, a gente não tem essa disponibilidade, não tem essa oferta. Então, é feita uma solicitação médica e a gente encaminha para a referência do serviço em Niterói e no Rio de Janeiro. O governo do Estado, através da Secretaria Estadual de Saúde, organiza e planeja todas as questões da rede especializada, incluindo a dispensação de órteses e próteses.*

- DSC da categoria B – Existe um responsável por dar encaminhamento. –

*No nosso município, a gente tem uma pessoa responsável pela órtese e prótese que dá o andamento nos pedidos. Sempre que eu preciso de alguma coisa, eu me refiro a ele. Ele consegue isso tudo para o município.*

- DSC da categoria C – Não sabe informar. –

*Não sei te informar.*

Observa-se que 96,30% dos participantes informaram que essa obtenção ocorre pelo encaminhamento dos usuários para Centros de Reabilitação localizados na cidade do Rio de Janeiro e/ou Niterói/RJ, dependendo da pactuação de cada município. Ou seja, os usuários que necessitam desses tipos de tecnologias assistivas (órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção – OPM) não as encontram na região Centro-Sul Fluminense.

Em um trabalho realizado por Elias, Monteiro e Chaves (2010), com o objetivo de estudar o acesso à obtenção de alguns benefícios (Benefício da Prestação Continuada, Passe Livre Intermunicipal e matrícula em escola pública) para os pacientes com mielomeningocele matriculados no Instituto Fernandes Figueira (IFF), identificaram que os cuidadores dessas pessoas referiram como principal dificuldade as várias idas e vindas aos locais de concessão desses benefícios, principalmente pelo custo que recai sobre elas de caráter financeiro, social ou temporal.

Essas dificuldades também foram observadas quando esses usuários buscam acessos aos locais de tratamento, visto que a maioria deles é de origem das camadas menos favorecidas socialmente, com dificuldades na locomoção e alguns com sobrepeso, agravados pelas longas distâncias geográficas entre os domicílios e os estabelecimentos de tratamento (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2010).

Dentre diversos objetivos específicos da Rede de Cuidados da PcD, destaca-se o de ampliar o acesso à oferta das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). O componente dessa rede que tem a responsabilidade de ofertar as OPMs às

pessoas com deficiência é o Centro Especializado em Reabilitação Física, uma vez que a modalidade de reabilitação física desses novos centros tem a previsão de poder contar com serviços de oficinas ortopédicas fixas ou as itinerantes (BRASIL, 2012a).

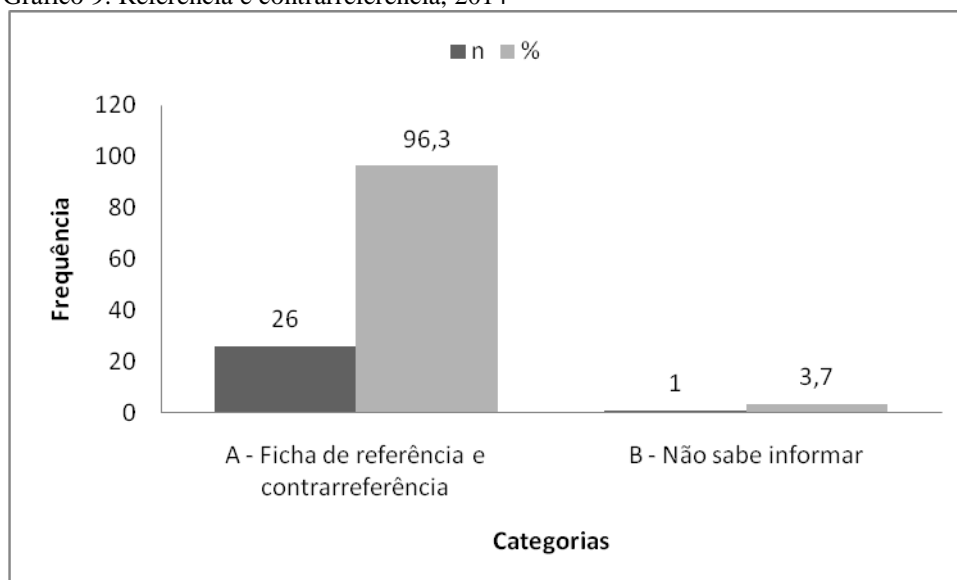
As oficinas ortopédicas, fixas ou itinerantes, têm o objetivo de confeccionar, dispensar, adaptar e realizar as manutenções necessárias às OPMs, objetivos indispensáveis para contribuir com o princípio do SUS na integralidade do cuidado e na universalidade do acesso (BRASIL, 2012a).

Nesse caso, a implantação do CER no município de Três Rios traz mais uma oportunidade de mudar o cenário encontrado na microrregião I, ou seja, o de evitar os sucessivos deslocamentos dos usuários para terem acesso ao seu direito de obter as OPMs, que são necessárias para sua habilitação/reabilitação, o mais próximas de suas residências.

Contudo, ainda que ocorram essas implantações na busca da integralidade do cuidado, urge a necessidade de que esses estabelecimentos tenham uma continuidade do tratamento, responsabilizando-se igualmente pelos os avanços ou retrocessos que cada ponto de atenção tenha observado sobre a evolução do usuário. Assim, há a necessidade de um fluxo de informações com um sistema de referência e contrarreferência que seja capaz de registrar e compartilhar informações, além de garantir o atendimento do usuário nos distintos pontos de atenção.

Em relação à referência e contrarreferência na microrregião I, gráfico 9, os participantes informaram que utilizam uma ficha para realizar a referência (o encaminhamento) dos pacientes da atenção básica para os serviços de reabilitação física e para a atenção hospitalar.

Gráfico 9: Referência e contrarreferência, 2014



Fonte: Elaborado a partir dos dados operacionalizados no programa QualiQuantisoft® versão 1.3c e o Microsoft Excel, 2007.

### Discursos Coletivos

#### - DSC da categoria A – Ficha de referência e contrarreferência. –

*Nós temos, hoje, um cartão de referência e contrarreferência. A pessoa vai referenciada por um médico, normalmente médico da família ou especialista que atendeu. O paciente que percorre as unidades para ele conseguir os atendimentos, não há nenhum serviço informatizado ou não há comunicação entre os três níveis de atenção para que isso seja feito. A gente referencia, mas a contrarreferência ninguém responde a parte da contrarreferência e, por sua vez, a referência também não vai, às vezes, tão explicada ao serviço de reabilitação, vai muito sucinta. E a única coisa que a gente faz para as unidade hospitalaras é os médicos preencherem um formulário para esses pacientes serem encaminhados para lá. A gente não tem essa contrarreferência do serviço de atenção secundária para atenção básica.*

#### - DSC da categoria B – Não sabe informar. –

*Isso daí eu não sei.*

Observa-se que 96,3% dos entrevistados referem que esse fluxo, referência e contrarreferência são realizados através de um encaminhamento médico, seja da ESF ou do ambulatório especializado. Utiliza-se uma ficha de referência e contrarreferência para os serviços de reabilitação física e para os demais níveis de atenção. Contudo, o DSC da (categoria A) aponta para uma ineficiência do preenchimento da ficha de referência e a inexistência da contrarreferência quando os usuários retornam para o nível primário.

Essa deficiência de manter uma contrarreferência entre os níveis de atenção também foi encontrada no estudo realizado por Serra e Rodrigues (2010), que tinha

como objetivo conhecer o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência em duas áreas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (Área Programática 3.1, do Município do Rio de Janeiro, e o município de Duque de Caxias).

No estudo, 85,7% e 91,7% dos entrevistados, respectivamente, apontaram que nunca ou quase nunca ocorria a contrarreferência em ambas as áreas pesquisadas. Concluíram, então, que um sistema que tem foco na integralidade implica a continuidade do cuidado, comprometendo a resolubilidade dos casos na atenção primária (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Nessa direção, Silva et al (2010) faz uma abordagem esclarecendo o que seria a referência e a contrarreferência:

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço. Já a contra-referência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde (Silva et al, 2010, p. 30).

Com a estratégia da organização dos serviços de saúde em RAS, buscando o fortalecimento das regiões de saúde através da regionalização do sistema, a atenção básica passa a ter a grande responsabilidade de se tornar a principal reguladora e ordenadora do acesso da sua população adstrita referenciando os usuários para os demais serviços de média e alta complexidade (CARDOSO, 2006).

Segundo Serra e Rodrigues (2010), a reorganização do sistema de saúde tem na Estratégia de Saúde da Família o principal meio para reorientar a atenção do cuidado. Nesse sentido, esses autores citam a existência de um consenso entre o Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O consenso é de que o nível primário de saúde tem a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde da população. No entanto, os autores chamam a atenção para o fato de que, para que ocorra todo esse sucesso de resolubilidade dos casos nesse nível, há uma dependência direta da capacidade dos níveis de média complexidade garantirem o acesso dos usuários referenciados pela atenção básica as consultas e a exames especializados (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Esses autores citam ainda que:

O papel complementar dos diferentes níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, entendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade, com

fluxos ou percursos definidos e organizados espacialmente de forma a assegurar a continuidade dos cuidados em unidades localizadas o mais próximo possível dos cidadãos (SERRA; RODRIGUES, 2010, p. 3.580).

Nesse sentido, a falta de um sistema de comunicação com um fluxo efetivo de referência e contrarreferência, com ausência de uma regulação adequada de acesso aos diferentes níveis de atenção e um monitoramento das ações desenvolvidas, comprometem toda uma estratégia de organização das ações e serviços de saúde em Redes (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Cabe ressaltar que o processo que envolve adoecimento e formas de tratamento é influenciado por fatores subjetivos, individuais, mas também coletivos. Todo esse movimento por parte do usuário na busca da preservação ou da recuperação da sua saúde, que vai desde práticas religiosas, cuidados caseiros, até o acesso aos dispositivos biomédicos, são denominados de itinerários terapêuticos (CABRAL et. al., 2011).

Considerando os itinerários terapêuticos, embora haja um nítido esforço dos gestores em proporcionar a implantação do CER para ampliar e garantir o acesso às pessoas com deficiência a serviços especializados, não obstante, deve-se levar em consideração que muitas das vezes as idealizações sobre organização de serviços e fluxos de acesso pré-determinados não coincidem com a escolha por parte do usuário na busca de cuidados terapêuticos (CABRAL et. al., 2011).

## 9-CONCLUSÃO

A gestão em saúde pública é uma atividade muito complexa, exigindo dos seus gestores uma capacidade gerencial que vai além daquelas conhecidas a respeito de recursos materiais, pessoais e financeiros. Exige-se também que os gestores tenham habilidades extras, por essa atividade se encontrar inserida num campo político - campo mediado por acordos e desacordos, principalmente quando no cerne das discussões trata-se da macro diretriz do SUS, que é a regionalização de serviços de saúde, implicando alocação de recursos financeiros no fundo de saúde dos municípios.

Nesse sentido, o estudo sobre o enquadramento da unidade de reabilitação física do município de Três Rios, junto ao Ministério da Saúde, buscou identificar implicações que estão além do que é exigido para sua habilitação em normas, resoluções e portarias. Mas, preocupou-se em identificar outras perspectivas que poderiam comprometer o seu funcionamento após o enquadramento, dada a importância desse serviço para região.

Para isso, levou-se em consideração entender o que as pessoas envolvidas nesse processo sabiam sobre as características dos serviços que elas disponibilizavam aos seus municípios e de que forma ocorria o acesso e a sua articulação com os demais níveis de atenção.

Identificou-se que mesmo os municípios que afirmavam ter unidades de reabilitação física, públicas ou privadas, para atender as pessoas com deficiência, não se aproximavam das propostas dos serviços a serem dispensados pelo Centro Especializado de Reabilitação à luz da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, uma vez que as unidades não são resolutivas, necessitando encaminhar seus municípios para outras regiões de saúde, seja para tratamentos mais especializados, seja para obter órteses e próteses.

Ponto positivo encontrado configura-se pela maioria dos gestores serem favoráveis à regionalização do serviço de reabilitação física, mediante a habilitação do Planeta Vida no município de Três Rios. Esse posicionamento contribui com o processo das pactuações de serviços e também para uma melhor interlocução com a rede.

Da mesma forma, positivo foi verificar que a maioria deles identifica vantagens com a implantação do serviço de reabilitação, tanto para a administração quanto para os usuários, muito embora tenham sido apontadas poucas desvantagens em relação a dificuldades com o transporte e a preocupação em garantir atendimentos para todas essas pessoas da microrregião em tela. Essas identificações contribuem para descortinar

nuances que embora subjetivas podem transformar em implicações no processo de implantação de serviços com características regionais.

A respeito do acesso aos serviços de reabilitação, identificou-se uma precariedade devido à peregrinação que os usuários necessitam realizar para garantir uma vaga nos serviços de reabilitação. Aos que conseguem, não há garantias de um cuidado integral a depender de uma OPMs, pois esses dispositivos de alta relevância no processo de reabilitação não são dispensados na região.

Em parte, a precariedade do acesso pode se traduzir pela não existência, nos municípios, de um protocolo de organização de serviço que se destine a regular o acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção através de um fluxo referenciado, fato que nos permitiu a proposição e a elaboração desse instrumento.

Ponto negativo para o processo e, conseqüentemente, para a continuidade do cuidado, nos diferentes níveis de atenção à saúde, está relacionado com o identificado sobre o fluxo da referência e contrarreferência nesses municípios. O estudo relevou uma ineficiente referência por questões de limitadas informações relatadas pelos profissionais em fichas que se destinem a esse objetivo, seguido de não garantias de acesso aos serviços referenciados. Já a contrarreferência foi apontada como inexistente dentre os serviços de reabilitação física, atenção básica e a atenção hospitalar.

Tal processo de referência e contrarreferência existente nesses municípios aponta para preocupantes implicações, caso melhorias não ocorram, para um serviço cuja proposta é de se trabalhar em rede.

Embora identificados processos que impliquem implantação e, conseqüentemente, no funcionamento do CER II no município Três Rios, acredita-se que, em parte, o próprio desafio da implantação devido à natureza da sua proposta implicará uma mudança de comportamento superando barreiras e estabelecendo condições para que o seu funcionamento ocorra de maneira articulada, resolutiva de acordo com o princípio da integralidade.

Entende-se que melhorias poderão advir em relação ao atual cenário encontrado, a partir da adoção de um protocolo de regulação do acesso. Esse instrumento de gestão poderá contribuir para a clareza das responsabilidades que cada componente (atenção básica, especializada e hospitalar) tem para a constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Espera-se, ainda, que o protocolo contribua para o fortalecimento do sistema de regulação, permitindo uma regulação adequada com utilização de sistemas de informação para um melhoramento no gerenciamento da fila de espera, proporcionando um ambiente adequado e dependente de um efetivo processo de referência e contrarreferência, com fluxos assistenciais claros e com a garantia do apoio logístico em relação ao transporte dos pacientes.

Esse estudo não pretende esgotar a questão, embora represente uma contribuição para a área do conhecimento no sentido de evidenciar implicações subjetivas que, muitas das vezes, não estão explícitas nos momentos das pactuações.

As implicações subjetivas são influenciadas pelas crenças, valores e hábitos que cada gestor carrega consigo, diferentes das implicações objetivas que, na maioria das vezes, estão claras nos documentos (Portarias, Decretos, Leis e Regulamentos) que norteiam as propostas de implantação de novos serviços de saúde.

Ainda há a necessidade de novos estudos para que se possa confirmar se a implantação desse serviço, de fato, contribuirá para melhorar a qualidade de vida das PcD, na percepção desses usuários, respeitando as suas preferências na construção de seus itinerários terapêuticos. Estudos são necessários, também, para testar a aplicabilidade do Protocolo de Regulação do Acesso ao Serviço de Reabilitação Física.



## 10-REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2012.

ANJOS, C. C. et al. **Avaliação dos serviços descentralizados de reabilitação física direcionados aos portadores de deficiência no Estado de Alagoas**. *ConScientiae Saúde*, v. 9, n. 3, p. 448–455, 2010.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO RIO DE JANEIRO. Comissão de Defesa da Pessoa com Deficiência. **Articulação e gestão do sistema de garantia de direitos da pessoa com deficiência**, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. *Ciênc saúde coletiva* [Internet], v. 17, n. 11, p. 2865–75, 2012.

BERNARDES, L. C. G. et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas**. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31–8, 2009.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. **Associação Brasileira de Normas Técnicas. 9050**. ABNT NBR 9050. *Acessibilidade a edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbanos*. . 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. . 1999.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 6

\_\_\_\_\_. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. v. *Textos Básicos de Saúde*

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 1101, de 12 de junho de 2002**. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da

Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.planetaeducacao.com.br/portal/documentos\\_apoio/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-comentada.pdf](http://www.planetaeducacao.com.br/portal/documentos_apoio/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-comentada.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 1.559, de 1º de Agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 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 b.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011 a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 2.395, de 11 de outubro de 2011.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011 b.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamentação da Lei n.º 8.080/90. 1.º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012 a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012 b.

\_\_\_\_\_. **Portaria N.º 841, de 2 de maio de 2012.** Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências, 2012 c.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 2.809, de 7 de dezembro de 2012.** Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012 d.

\_\_\_\_\_. **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade)** Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Brasília: 2013 a.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 b.

\_\_\_\_\_. **Observatório do Viver sem Limite. Centros Especializados em Reabilitação (CER).** Secretaria de Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/observatorio/atencao-a-saude/cer>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

CABRAL, A. L. L. V. et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011.

CARDOSO, L. I. S. **Percepção de gestores sobre a integralidade no processo de trabalho odontológico no Sistema Único de Saúde.** [s.l.] Universidade do Vale do Itajaí, 2006.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; SOUZA, A. I. S. **O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: Percurso de sua consolidação.** Rev. APS, Juiz de Fora, suplemento 1. v. 13, p. 75–83, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016.** Disponível em: <<http://164.41.147.224/conasems/portal25/Publicacoes/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

COUTINHO, M. P. L.; FRANKEN, I. **Qualidade de vida no serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde.** Psicologia Ciência e Profissão, v. 29, n. 3, p. 448–461, 2009.

ELIAS, M. P. et al. **Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física.** Ciênc Saúde Coletiva, v. 13, n. 3, p. 1041–50, 2008.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, v. 43, n. 1, p. 178–85, 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Rio de Janeiro. Três Rios.** Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330600&search=rio-de-janeiro|tres-rios>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

JUNIOR, E. G.; PEREIRA, M. F.; PEREIRA, J. **Fisioterapia no Complexo Regulador: um relato de experiência.** Contribuições para a Gestão do SUS, v. 6, p. 219, 2013.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo.** 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

MACHADO, W. C. A. **Planeta Vida: Prosperidade em espaço inclusivo para idosos e pessoas com deficiência.** Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=26774>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

\_\_\_\_\_; MOUTINHO, J. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Estratégias Intersetoriais de Promoção da Saúde de Idosos no Centro Sul Fluminense**, Brasil: Relato de Experiência. *Gestão e Saúde*, v. 4, n. 1, p. pag-1800, 2013.

\_\_\_\_\_; FIGUEIREDO, N. M. A.; BARBOSA, L. A.; MACHADO, M. I. SHUBERT, C. O.; MIRANDA, R. S.. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. (Org.). *Tratado de Cuidados de Enfermagem*. ed. São Paulo: Editora Roca, 2012, v. 2, p. 2502-2539.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. *Ciênc saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. **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**. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. DE A.; ALMEIDA, P. C. **Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará**. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. 4, p. 581-8, 2007.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Regional da Região Centro Sul Fluminense. **Plano Diretor Regional de Atenção às Urgências e Emergências da Região Centro Sul Fluminense**. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. **Deliberação CIB-RJ nº 2.796 de 18 de março de 2014: pactua o plano de ação regional da rede de cuidados à pessoa com deficiência da região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro (Brasil): Secretaria Estadual de Saúde, 2014. Anexo II. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/66-secretaria-de-estado-de-saude/123129-2796.html>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde**. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. *Cien Saude Colet*, v. 15, n. Supl 3, p. 3579-3586, 2010.

SILVA AC, SARAIVA JNS, KIST L, SANTOS MJW, SARAIVA RVS. **Promoção da contra-referência no ambulatório com uso do prontuário eletrônico pela neurologia clínica pediátrica do Hospital da Criança Conceição**. Porto Alegre.

Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

SCRAMIN, A. P.; MACHADO, W. C. A. Artigo 26 – Habilitação e Reabilitação. In: **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. (Org.) Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Tradução oficial/Brasil. Brasília (DF): 2008. p. 88-92.

SILVA, B. F. S.; BENITO, G. A. V. **A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, ago. 2013.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. **Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras**. Interface comun. saúde educ, v. 18, n. 48, p. 75–86, 2014.

SILVIO, F. DA S. **“Os municípios e as Redes de Atenção à Saúde no SUS”: Temas para reflexão entre os gestores municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

SOUZA, A. S. et al. **Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética**. Rev. APS, v. 13, n. supl. 1, 2010.

SOUZA, R. O. A. **A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde**. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. **A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil**. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 3, p. 533–546, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. Sup 2, p. S190–S198, 2004.

TRÊS RIOS. **Projeto de Implantação do Serviço de Reabilitação Física-Nível Intermediário da Região Centro Sul Fluminense**. Três Rios (RJ), 2010.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

## **APÊNDICE 1 – ARTIGO 1 - PRODUTO ACADÊMICO**

### **PROTOCOLO DE ACESSO AO CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DA MICRORREGIÃO 1, REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE.**

#### **RESUMO**

Relato de experiência com objetivo de apresentar protocolo de acesso ao Centro Especializado de Reabilitação Física da Microrregião 1 Centro-Sul Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, pautado nas deliberações da Portaria n.º 793/2012, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. A metodologia foi baseada no cronograma de encontros dos membros da Comissão Intergestores Regionais do Centro-Sul Fluminense, ocasião em que os gestores públicos apresentavam, discutiam e deliberaram sobre a implantação da Rede, considerando as particularidades de cada município e adequações para receber uma modalidade.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde, Reabilitação, Protocolos, Regionalização.

#### **ABSTRACT**

Experience report aims to present access protocol Specialized Center for Physical Rehabilitation Center of Micro Region 1 South Fluminense, State of Rio de Janeiro, based on the resolutions of Ordinance No. 793/2012, the Ministry of Health, which established the Network of Care of Persons with Disabilities. The methodology was based on the schedule of meetings of the members of the Inter-Regional Commission South Central Fluminense, at which public managers presented, discussed and deliberated on the implementation of the network, considering the particularities of each municipality and adjustments to get a game.

Keywords: Health Management, Rehabilitation, Protocols, Regional Health Planning.

#### **RESUMEN**

Experiencia informe tiene como objetivo presentar el protocolo de acceso Centro Especializado para el Centro de Rehabilitación Física de la Micro Región 1 Sur Fluminense, Estado de Río de Janeiro, sobre la base de las resoluciones de la Ordenanza N° 793/2012, el Ministerio de Salud, que estableció la Red de Atención de las personas con discapacidad. La metodología se basa en el calendario de reuniones de los miembros de la Central de Fluminense Comisión Inter-Regional del Sur, en la que los gestores públicos se presentaron, discutieron y deliberaron sobre la aplicación de la red, teniendo en cuenta las particularidades de cada municipio y los ajustes para conseguir un juego.

Palabras clave: Gestión em Salud, Rehabilitación, Protocolos, Regionalización

#### **INTRODUÇÃO**

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, as principais causas das deficiências são: as hereditárias ou congênitas, as decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto, a desnutrição, as que são consequências de doenças transmissíveis, as doenças e eventos crônicos, as perturbações psiquiátricas, os traumas e as lesões (Brasil, 2010b).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade

do cuidado. As RAS têm como objetivos promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (Brasil, 2010c).

O Ministério da Saúde, através da Portaria N.º 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, que visa criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência (PcD), temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012b).

Além dos objetivos específicos destacados na Portaria N.º 793, destacam-se essenciais para este relato de experiência suas diversas diretrizes para funcionamento da Rede de Cuidados à PcD, dentre as quais a que prioriza a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar (Brasil, 2012b).

O destaque atribuído nessa diretriz se coaduna com o objetivo deste relato de experiência, pela estreita relação existente entre a garantia do acesso aos serviços de reabilitação em tempo oportuno e a qualidade dos seus resultados nos indicadores de saúde, beneficiando os usuários do SUS, em uma determinada região de saúde (Brasil, 2007).

Um dos maiores desafios do SUS é a garantia de acesso do usuário para modalidades de atenção à saúde de que ele necessita, em tempo adequado para atender a sua demanda. Para isso, recomenda-se dispor de protocolos de diversas naturezas, que encaminhem a pessoa com eficiência na lógica da continuidade responsável do cuidado (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a Região Centro-Sul Fluminense, em atenção ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) e considerando a regionalização como uma diretriz do SUS (Brasil, 2007), vem, através da Comissão Intergestores Regional Centro-Sul (CIR CS), organizando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nessa região de saúde.

A região Centro-Sul Fluminense é composta por 11 municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia, Três Rios, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Eng.º Paulo de Frontin, Paraíba do Sul, Paty do Alferes e Vassouras), dividida em duas Microrregiões (Souza, 2011).

A cidade de Três Rios, com uma população estimada em 2013 de 78.723 habitantes - IBGE (2013) -, é o município polo da Microrregião 1, que é composta pelos demais municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Sapucaia (Souza, 2011).

A Deliberação CIB-RJ N.º 2.796, de 18 de março de 2014, em seu anexo, traz a pactuação do Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Centro-Sul, onde apresenta as seguintes propostas de instalação dos Centros Especializados de Reabilitação (CER): CER tipo II (Física e Intelectual) em Três Rios, CER tipo II (Física e Intelectual) e oficina ortopédica em Miguel Pereira, CER tipo II (Auditiva e Visual) em Paraíba do Sul e CER tipo II (Intelectual e Visual) em comendador Levy Gasparian (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2014).

Os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (Brasil, 2012b).

Em Três Rios, o CER funcionará na Unidade de Reabilitação Física Planeta Vida, que conta com uma área de 2.800 m<sup>2</sup>, com uma equipe multidisciplinar composta por Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Fonoaudiólogos, Psicólogos,

Médico Geriatra, Fisiatra, Psiquiatra e Clínico Geral, Pedagogo, Educadores Físicos, Nutricionista, Odontólogos e Técnico de Enfermagem (Machado, 2009).

Esse foi o primeiro estabelecimento habilitado pelo Ministério da Saúde na região em Centro Especializado de Reabilitação através da Portaria n.º 1.027, de 08 de outubro de 2014 (Brasil, 2014b), e seu recurso financeiro garantido por esse mesmo órgão no anexo da Portaria n.º 2.325, de 23 de outubro de 2014 (Brasil, 2014c).

De acordo com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, regular o acesso significa estabelecer meios e ações para cumprir com o direito constitucional de acesso universal, integral e equânime (Brasil, 2007).

Portanto, o estabelecimento de um protocolo de regulação de acesso ao serviço de reabilitação física do Centro Especializado de Reabilitação de Três Rios (CER II de TRÊS RIOS) se justifica, pois uma vez pactuado na CIR CS, o presente protocolo proporcionará uma maior possibilidade de ofertar aos usuários acesso a essa unidade de saúde, de maneira a respeitar os princípios do SUS.

Os Protocolos de Regulação de Acesso instrumentalizam a gestão do sistema, permitindo uma organização nos fluxos administrativos dos serviços que funcionam em rede no território, contribuindo para o estabelecimento de interfaces nas unidades, principalmente nos processos de marcação de consultas, referência e contrarreferência (Werneck, Faria, & Campos, 2009).

Esse instrumento alinha-se à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde em sua dimensão, Regulação do Acesso à Assistência, que organizadas em complexos reguladores, visam garantir acesso aos usuários em serviços de saúde baseado em protocolos, classificação de risco e critérios outros pertinentes neste processo (Brasil, 2008).

## **TERMINOLOGIAS**

De acordo com o Decreto n.º 6.949/2009, Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Brasil, 2009).

As definições sobre deficiências aludidas no Decreto n.º 5.296/2004 são as que melhor caracterizam essa condição humana, servindo para nortear o que se pretende com a implementação do Centro Especializado de Reabilitação. Nesse sentido, por deficiência física, entende-se a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Brasil, 2013).

Documentos bases orientadores para gestores do Ministério da Saúde sobre HumanizaSUS definem que habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. Esse documento levanta a questão que se coloca no plano do processo saúde/doença se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências, fenômenos, relações e condições históricas; fatos estão em constante mudança, e a noção puramente de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade



biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nesses casos, o “re” se aplica (Brasil, 2010a).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de relato de experiência acerca da criação e implantação de um Protocolo de Regulação para Acesso ao Programa de Reabilitação Física do Centro Especializado em Reabilitação – CER II, situado em cidade polo da Microrregião 1, do Centro-Sul Fluminense. Experiência que constituiu etapa preliminar do desenvolvimento de pesquisa de mestrado inserida no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar, Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Como os serviços de reabilitação disponíveis aos usuários do SUS nas cidades da Região Centro-Sul Fluminense não estavam articulados de forma complementar e típica de Programas de Reabilitação, a pactuação deles se deu através da operacionalização de encontros com gestores de saúde, conforme proposto pela portaria n.º 793/2012.

A proposição do protocolo seguiu cronograma de reuniões mensais da Comissão Intergestores Regional Centro-Sul (CIR CS), ocorridas no segundo semestre de 2013 e primeiro de 2014, momentos em que os gestores públicos dos municípios envolvidos na pactuação tiveram oportunidades para manifestar opiniões e sugerir pautas sobre a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, bem como apresentar propostas para o aprimoramento do Protocolo em tela.

Os Municípios pactuados para o Serviço de Reabilitação Física e Intelectual do CER Três Rios foram: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios, tendo sido seus representantes oficiais na composição do CIR CS, criteriosamente convocados para as reuniões mensais.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organiza através dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Vale reiterar que o Centro Especializado de Reabilitação objeto deste relato de experiência será designado ao atendimento de pessoas com deficiência física e pessoas com deficiência intelectual.

Para alcançar os objetivos específicos dessa Rede, seus componentes devem estar articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio (Brasil, 2012b).

Identificam-se como Pontos de Atenção à Saúde, os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Deve-se levar em conta que esses pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (Brasil, 2010c).

Este relato de experiência, por envolver gestores públicos municipais como participantes, baseia-se no disposto pela Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regula as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Nesse sentido, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, tendo sido aprovado sob o Protocolo n.º 289.701, de 27/03/2013.

## **RESULTADOS e DISCUSSÃO**

O Instrutivo de Deficiência Física determina que a unidade habilitada em CER deva ter um coordenador e um responsável técnico, ambos com formação de nível superior,

devendo estes residir no município ou em algum outro que componha a microrregião 1 (Brasil, 2014a).

O anexo I desse mesmo instrutivo apresenta a composição das equipes de profissionais por modalidades de Reabilitação e por tipo de CER (II, III ou IV). A tabela 1 apresenta a composição referente às modalidades de reabilitação física e intelectual. Essas modalidades foram pactuadas a serem disponibilizadas na unidade de reabilitação Planeta Vida/CER II, de acordo com a Deliberação CIB-RJ n° 2.796, de 18 de março de 2014 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2014).

Ressalta-se a necessidade de assegurar a presença de todas as categorias profissionais durante todo o funcionamento do serviço, nos turnos manhã e tarde (Brasil, 2014a).

Tabela 1: Referência para composição da equipe do CER II (Física e Intelectual), Três Rios/ RJ, 2015.

<b>CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO</b>		
<b>CER II - FÍSICA e INTELECTUAL</b>		
<b>EQUIPE MÍNIMA</b>		
<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
<b>Física:</b> Ortopedista, neurologista ou fisiatra	2	40 horas
Médicos		
<b>Intelectual:</b> Psiquiatra ou neurologista		
Enfermeiro	2	80 horas
Fonoaudiólogo	4	160 horas
Psicólogo	4	160 horas
Fisioterapeuta	4	120 horas
Terapeuta Ocupacional	2	60 horas
Responsável técnico	1	40 horas
<b>OPCIONAL</b>		

Médico Clínico ou Proctologista ou Urologista ou Gastroenterologista\*, Nutricionista\*, Técnico de Enfermagem, Musicoterapeuta, Assistente Social e Pedagogo.

Fonte: Instrutivo de Reabilitação Física, versão revisada em 06/02/2014 (Brasil, 2014a).

\* Estes profissionais passam a ser obrigatórios para os serviços com a modalidade de reabilitação física que prestar atenção às pessoas ostomizadas.

A partir do conhecimento da composição da equipe de reabilitação física e intelectual, com suas respectivas cargas horárias determinadas pelo instrutivo, foi elaborada a tabela 2, com um quantitativo de profissionais, equipe mínima, extraído os da reabilitação intelectual, permanecendo somente a equipe mínima para a reabilitação física. A carga horária de 20 e 30 horas por semana para médicos e demais profissionais, respectivamente, está de acordo com o que é praticado no município de Três Rios/RJ, havendo uma adequação no quantitativo desses profissionais para atender a carga horária total prevista no instrutivo (tabela 1).

Tabela 2: Equipe mínima com carga horária de 20 horas/ semana para médico e de 30 horas/ semana para demais profissionais, CER (modalidade Física), Três Rios/ RJ, 2015.

<b>EQUIPE MÍNIMA</b>			
<b>REABILITAÇÃO FÍSICA - CER II</b>			
<b>PROFISSIONAIS</b>		<b>QUANTIDADE</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>
Médico	Ortopedista e Traumatologista ou Neurologista ou Fisiatra	2	20 horas por semana
	Fisioterapeuta	4	30 horas por semana
	Fonoaudiólogo	3	
	Enfermeiro	3	
	Terapeuta Ocupacional	1	
	Psicólogo	3	

Fonte: Tabela elaborada com base no Instrutivo de deficiência física, versão revisada (2014).

### **Parâmetros de Cobertura Assistencial**

De acordo com a Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, os parâmetros de cobertura assistencial do SUS subsidiam os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS, oferecendo parâmetros que viabilizam analisar a necessidade da oferta de serviços, auxiliar na elaboração do planejamento e da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência à saúde e auxiliar no acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS (Brasil, 2002).

O Ministério da Saúde, através do instrutivo, define um número mínimo de atendimentos para cada modalidade, sendo que a de reabilitação física deve atender, no mínimo, 200 usuários/mês (Brasil, 2014a).

Os parâmetros de cobertura assistencial definidos na Portaria nº 1.101/2002 flexibiliza uma variação para o cálculo de consultas médicas sobre a população variando de 2 a 3 consultas médicas por habitante, por ano (Brasil, 2002). Nesse protocolo, foi considerado para cálculos o parâmetro de 3 consultas por habitante por ano (tabela 3).

Tabela 3: Sobre os parâmetros da cobertura assistencial, 2015.

MUNICÍPIOS	*POPULAÇÃO	**PARÂMETRO	**COBERTURA ANUAL
Areal	11.785	3	35.355
Comendador Levy Gasparian	8.240	3	24.720
Paraíba do Sul	41.955	3	125.865
Sapucaia	17.610	3	52.830
Três Rios	78.723	3	236.169
Total	158.313	-	474.939

Fonte: Elaborada a partir: \* População estimada em 2013 (IBGE). \*\* Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002.

Ao encontrar a quantidade de cobertura anual de consultas médicas, esse valor passa a ser referência em percentuais para os diversos outros tipos de consultas, ou seja: 12% para consultas básicas de urgências; 3% para consultas de urgência e emergências; 63% para consultas médicas básicas; 22% para consultas médicas especializadas (Brasil, 2002).

Para cumprir com o mínimo de 200 usuários/mês, houve a necessidade de determinar cotas mínimas de usuários para cada município. Essas cotas de atendimento foram determinadas a partir dos parâmetros da Portaria nº 1.101/ 2002 e os encontrados na Programação Pactuada Integrada do Estado do Rio de Janeiro no mês de novembro de 2013, junto ao coordenador técnico do setor de controle, avaliação e auditoria da Secretaria Municipal de Saúde do município de Três Rios. Com esses dados, foi possível elaborar a tabela 4, apresentando o referencial mínimo de usuários por mês para cada município, em percentual e em números absolutos.

Tabela4: Referencial em percentual e em nº absoluto por município para atendimento mínimo de usuários por mês, 2014.

MUNICÍPIOS	% População	Nº Absoluto do mínimo de usuários por mês
Areal	7	14
Comendador Levy Gasparian	6	12
Paraíba do Sul	27	54
Sapucaia	11	22
Três Rios	49	98
Total	100%	200

Fonte: Elaborada a partir da PPI RJ (Nov/ 2013) e parâmetros da Portaria nº 1.101.

Como o Instrutivo do Ministério da Saúde estabelece apenas o número mínimo de atendimentos de usuários por mês e como não foi encontrado nenhum instrumento que

orientasse a capacidade de produção de consultas para o CER, foi elaborada a tabela 5, que apresenta o número de consultas por profissionais da equipe de reabilitação física com base nos parâmetros de capacidade de produção em consultas de alguns recursos humanos da área da saúde definidos na Portaria nº 1.101/2002 (Brasil, 2002).

Os números absolutos citados foram elaborados a partir da relação da carga horária semanal e o número de consultas por hora, que varia de acordo com a classe profissional, sendo 03 consultas por hora para Fonoaudiólogo, Enfermeiro e Psicólogo, para 30 horas semanais; 04 consultas por hora para Médico e Fisioterapeuta, para 20 horas e 30 horas semanais, respectivamente. Para o Terapeuta Ocupacional, tomou-se como referência o parâmetro de 03 consultas por hora e, para o Fisioterapeuta, houve um arredondamento de 4,4 para 4.

A partir daí, multiplicou-se o número de consultas/hora pela carga horária semanal e, posteriormente, multiplicou-se novamente pelo número 4, referente à quantidade de semanas que compõem o mês. Com o número de consultas por cada profissional, chegou-se ao número total de consultas multiplicado pela quantidade de profissional por categoria. Depois, levou-se em consideração o percentual para cada município, o que determinou o número de consultas referente a cada profissional. Com o somatório geral de consultas por profissional, encontrou-se o número total de consultas por mês.

Tabela 5: Parâmetros máximos de consultas mensais por profissionais de saúde de nível superior com referencial em percentual por municípios e nº absolutos de consultas por mês, 2015.

MUNICÍPIOS	%	MÉD	FISIO	FONO	ENF	TO	PSI
		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Areal	7	44	134	75	75	25	75
Com. Levy Gasparian	6	38	115	65	65	22	65
Paraíba do Sul	27	174	519	293	293	97	293
Sapucaia	11	70	211	118	118	40	118
Três Rios	49	314	941	529	529	176	529
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>640</b>	<b>1.920</b>	<b>1.080</b>	<b>1.080</b>	<b>360</b>	<b>1.080</b>
<b>Total de consultas por mês: 6.160</b>							

Fonte: Elaborada a partir dos parâmetros da Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2001, carga horária, número de profissionais e percentuais mínimo para cada município.

Legenda: MED. (Médico), FISIO (Fisioterapeuta), FONO (Fonoaudiólogo), ENF (Enfermeiro), TO (Terapeuta Ocupacional) e PSI (Psicologia).

Acredita-se que esses dados poderão ser relevantes para o processo de controle, avaliação e monitoramento do serviço de reabilitação física no que diz respeito a sua capacidade de atendimento máxima, assim como para a parametrização no Sistema de Regulação (Sisreg) *software* disponibilizado pelo Ministério da Saúde. No entanto, quando se pensa nas questões relacionadas ao projeto terapêutico singular da PcD e suas necessidades, em atendimentos humanizados, resolutivos e de qualidade, espera-se que

haja uma redução nesses números, principalmente, em relação à variável número de atendimentos por hora. Outros fatores que podem comprometer são o absenteísmo por parte do profissional e do paciente, feriados, férias e licenças profissionais.

### **Porta de entrada e as responsabilidades dos níveis de atenção**

A Política Nacional de Atenção Básica defende que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários, permitindo ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (Brasil, 2012a).

Cabe a esse nível de atenção um destaque nos sistemas de saúde organizados em redes, de maneira que a APS assuma relevante papel para o funcionamento, a partir de função ordenadora e coordenadora do cuidado, abrangendo ainda a promoção e a proteção da saúde, com foco na prevenção dos agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da manutenção da saúde (Brasil, 2007).

A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES), que tem como objetivo relacionar todas as ações e serviços que o SUS possa oferecer aos usuários a fim de permitir a integralidade da assistência à saúde, busca, através de seus regramentos para acesso as ações e serviços, o embasamento através de critérios de referenciamento na RAS, de maneira que se fundamentam em normas, protocolos e diretrizes terapêuticas do SUS (Brasil, 2012c).

Os regramentos correspondentes a cada ação ou serviço de saúde são expressos na RENASES de acordo com as seguintes codificações: I - ação ou serviço com acesso mediante procura direta pelos usuários; II - ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS; III - ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação; IV - ação ou serviço com exigência de habilitação; V - ação ou serviço com indicação e autorização prevista em protocolo clínico ou diretriz terapêutica nacional; VI - ação ou serviço voltado para a saúde coletiva, com intervenções individuais, em grupo e na regulação e controle de produtos e serviços, no campo da vigilância.

O serviço de Reabilitação Física do CER II de Três Rios enquadra-se em um serviço de regramento para acesso de níveis II (ação ou serviço com acesso mediante encaminhamento de serviço próprio do SUS), III (ação ou serviço com acesso garantido mediante autorização prévia de dispositivo de regulação) e IV (ação ou serviço com exigência de habilitação), ou seja, não é um serviço de acesso por procura direta pelo usuário segundo a RENASES (Brasil, 2012c).

Para tanto, o acesso ao serviço só poderá ocorrer mediante o referenciamento ocorrido pela APS. As Unidades Básicas de Saúde deverão ser as responsáveis por inserir a solicitação do usuário adstrito em sua área no Sisreg. Os municípios que não tenham 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) poderão utilizar seu ambulatório especializado, de acordo com o anexo da Deliberação CIB-RJ n.º 2.796/2014 (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2014).

### **Responsabilidades da Atenção Primária a Saúde - Regramentos (R)**

Compreende ações desse nível de atenção à Pessoa com Deficiência (PcD) (R. I e II): Ações de promoção e prevenção e identificação precoce, junto à comunidade, de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais; ações informativas e educativas; orientação familiar; e encaminhamentos para serviços especializados de reabilitação, quando necessário. Além dessas, também estão incluídas as seguintes ações: orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência; identificação dos recursos

comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência; e acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2012c, p. 13).

A Portaria 793/ 2012 cita, ainda, que a Atenção Básica deve priorizar ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, cabendo a ela ações como:

Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades; educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência; incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência; e apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência (Brasil, 2012b, art. 13).

### **Responsabilidades da Atenção Ambulatorial Especializada - Regramentos (R)**

Atendimento e acompanhamento em reabilitação de pessoas com deficiência (R. II, III, IV): Ações de promoção de saúde e prevenção, identificação precoce, tratamento e reabilitação de deficiências desenvolvidas nas áreas de deficiência auditiva, visual, física e intelectual, com oferta de tecnologia assistiva (órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção – OPMAL -, bolsas de ostomia e demais ajudas técnicas). Atividade educativa ou orientação em grupo na atenção especializada (R. II, III): Consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas por mês. Consultas eletivas especializadas, realizadas por profissionais de nível superior (R. II, III): Consiste nas consultas especializadas realizadas por médicos e/ou outros profissionais de nível superior. Dispensação de órteses e próteses em caráter ambulatorial (R. II, III): Compreende os procedimentos de dispensação órteses e próteses, dispensados pelos serviços especializados de reabilitação habilitados. Métodos diagnósticos cinético-funcionais (R. II, III): Compreende ações diagnósticas voltadas para reabilitação física (Brasil, 2012d, pp. 21-25).

### **Responsabilidades da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência**

Compreende o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar. Abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta, cabendo, para cada necessidade, um regramento específico. Contempla também a modalidade Hospital-Dia (Brasil, 2012d, p. 30).

Ainda sobre esse componente, a Portaria 793/ 2012 define que este deve:

Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim (Brasil, 2012b, art. 22).

### **Lista de Espera**

O Ministério da Saúde disponibiliza aos municípios, desde 2001, um sistema informatizado que visa apoiar os complexos reguladores. Desenvolvido pelo Datasus, o Sisreg é uma ferramenta da tecnologia da informação que permite apoiar os gestores na função de regulação do acesso. O *software* Sisreg permite o gerenciamento e a operação das centrais de regulação através de computadores conectados na internet. Com dois módulos funcionando independentemente: o que se destina à Central de Marcação de Consultas e exames especializados (CMC) e o da Central de Internação Hospitalar (CIH) (Brasil, 2007).

Esse *software* contribui sobremaneira com os complexos reguladores no gerenciamento das suas listas de esperas, sejam elas do módulo de consultas especializadas ou no de internação hospitalar.

A lista de espera é uma ferramenta da microgestão do SUS considerada como:

Uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constitui uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda (Brasil, 2010c, p. 10).

Dessa forma, o referenciamento dos usuários para o serviço de reabilitação física do CER Três Rios deverá ser via Sisreg, inserido pela APS dos respectivos municípios dos usuários, cumprindo o preenchimento de todos os campos necessários no módulo de consulta especializada.

No complexo regulador do município de Três Rios, haverá um fisioterapeuta (regulador) junto à equipe de regulação, que será o responsável por avaliar as solicitações através de critérios técnicos específicos, embasados em diagnósticos cinético-funcionais, para que o paciente com maior prioridade seja regulado para o CER Três Rios em tempo oportuno, priorizando os casos agudos e os pós-operatórios.

Essa experiência de incluir um fisioterapeuta no complexo regulador para compor a equipe multidisciplinar se demonstrou satisfatória, segundo o relato de experiência no município de Florianópolis/SC. Lá, observou-se que a atuação do profissional fisioterapeuta junto à equipe do complexo regulador proporcionou uma melhor gestão na fila de espera para os serviços de reabilitação física, possibilitando um olhar mais humanizado, assim como um melhor controle no fluxo e na otimização da utilização das vagas disponibilizadas. Este autor relata que anterior à inserção do fisioterapeuta no complexo regulador, o único critério adotado pelos demais profissionais para regulação era o de seguir uma ordem cronológica em detrimento a uma “avaliação seguindo critérios técnicos envolvendo a gravidade do quadro, o tempo de início e a necessidade de prevenção de possíveis incapacidades” (Junior, Pereira, & Pereira, 2013, p.59).



### **Ações que devam ser garantidas no CER II**

As ações desenvolvidas durante o processo de reabilitação/habilitação devem ser de características interdisciplinares, com envolvimento de profissionais, cuidadores e familiares no cuidado à PcD, considerando a variedade de abordagens terapêuticas nas diversas deficiências de acordo com o quadro clínico e a limitação que impacta na funcionalidade. Ainda há a necessidade de seguir ações do tipo:

Treino para atividade de vida diária, desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida prática ou instrumentais de vida diária, favorecendo o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e participação nos processos de inclusão escolar, social e/ou profissional; Estimulação precoce, permitindo às crianças receber o máximo de estímulos essenciais pelos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento; Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado; Orientar e desenvolver ações para promover a inclusão social, escolar, econômica e profissional; Orientar e apoiar as famílias para a adaptação do ambiente ou utensílios ao deficiente físico; Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos; Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas disfunções específicas; Reavaliação periódica, demonstrando com clareza a evolução do quadro clínico e as propostas terapêuticas a pequeno, médio e longo prazo; Articulação com a atenção básica para o desenvolvimento das ações específicas e capacitação dos profissionais nesse nível de atenção; Promover a articulação com a atenção especializada em saúde; Promover a articulação com os demais serviços das redes intersetoriais; Estimular estudos e pesquisas na área da deficiência física; Articulação com as redes de serviço da saúde, assistência social, educação e cultura para inclusão mediante as necessidades do usuário (Brasil, 2014a, pp. 9-10).

### **Recepção do usuário**

É o momento em que o usuário chega ao Centro Especializado em Reabilitação, devendo estar de posse de documentos e exames que o identifique e justifique a sua necessidade de atendimento por essa unidade, com vaga previamente regulada pela Central de Regulação de Exames e Consultas Ambulatoriais, via Sisreg.

### **Documentos**

Cartão SUS; Documento de Identidade; Exames complementares; Encaminhamento impresso do Sisreg (contendo todas as informações) e outros impressos que contenham a queixa principal, a história clínica, o CID (Código Internacional de Doenças), a avaliação física das condições clínicas, anatomofisiológicas e funcionais; Identificação do grau da incapacidade, bem como as habilidades remanescentes ou preservadas. Informar também observações relacionadas às funções cardiorrespiratórias, a avaliação de sensibilidade e de perfusão sanguínea. Avaliação da função cognitiva, o estado mental, e as condições de coordenação motora, além outros aspectos que julgarem relevantes.

### **Transporte**

O transporte dos usuários regulados para acesso ao serviço de reabilitação física do CER Três Rios será de responsabilidade do município de origem, cabendo aos mesmos a total responsabilidade quanto ao tipo de transporte mais adequado para o usuário,

assim como por qualquer intercorrência que ocorrer durante o percurso até o CER Três Rios e, deste, ao retorno ao município de origem. Essas responsabilidades abrangem também os acompanhantes dos usuários, quando fizerem uso do transporte fornecido pelo município.

De acordo com a Portaria 793/ 2012, a utilização do transporte sanitário por pessoas com deficiência está relacionada às que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencionais ou as que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos (Brasil, 2012b).

### **Horários de atendimento**

Os horários serão previamente agendados (via Sisreg) e informados aos municípios, que terão a responsabilidade de comunicar a seus municípios. Haverá uma tolerância de atraso de 15 minutos, justificada, sendo que 02 faltas consecutivas e/ou 03 faltas intercaladas acarretarão a perda da vaga, permitindo uma maior otimização da fila de espera.

O expediente de funcionamento será de, no mínimo, 8 horas diárias, de segunda à sexta-feira, devendo, os profissionais, possuir carga semanal de 20h, 30h ou 40h (Brasil, 2014a).

### **Prontuário**

O prontuário será único para cada usuário, no qual deverá conter o registro de todos os membros da equipe multidisciplinar, devidamente ordenados no Serviço de Prontuário de Paciente. Deverá incluir todos os atendimentos prestados, contendo informações completas do quadro clínico e sua evolução, escritas de forma clara e precisa, além de datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento.

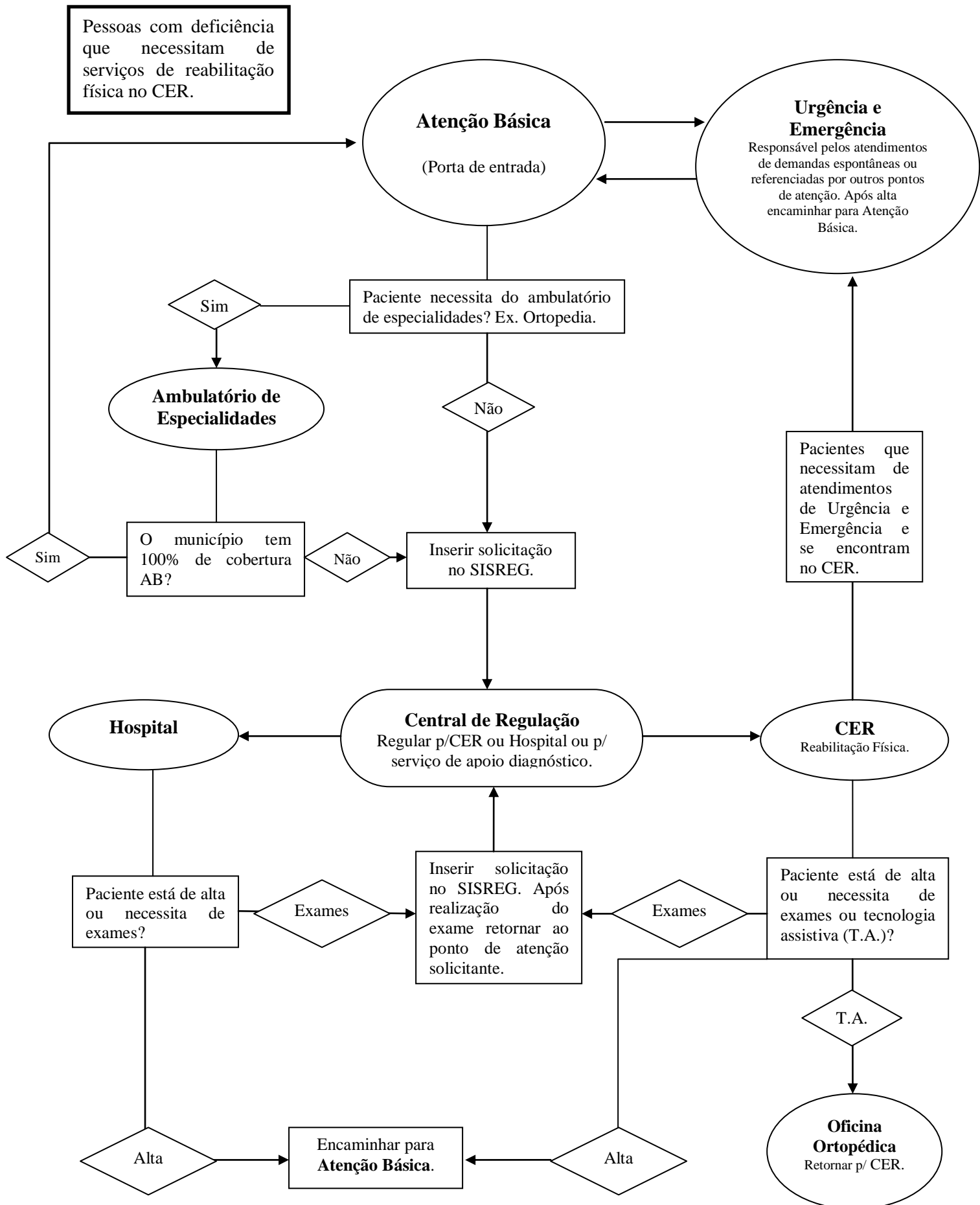
O ideal, que se traduz em um desafio para os gestores, é que os prontuários clínicos fossem eletrônicos, funcionando através de um sistema informatizado para que todos os profissionais tivessem acesso às informações dos demais pontos de atenção, compartilhados entre os profissionais da APS e os especialistas, com vistas a facilitar a continuidade do cuidado (Brasil, 2010c).

Nos sistemas de saúde organizados regionalmente, um dos principais pressupostos seria o de dispor de um sistema informatizado que contribuísse para elucidar e aprofundar no conhecimento das limitações de saúde dos cidadãos em uma região de saúde (Silva & Gomes, 2014).

### **FLUXO ASSISTENCIAL**

Na elaboração do fluxo assistencial para acesso ao serviço de reabilitação física do Centro Especializado em Reabilitação e, conseqüentemente, aos demais componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, levaram-se em consideração os regramentos para acesso às ações e serviços de saúde do SUS, de acordo com o que está apregoada na RENASES.

Considerou-se, ainda, que o CER, por ser um ambulatório especializado, não se caracteriza como um serviço de acesso por procura direta pelo usuário, cabendo à Atenção Primária esta atribuição, no que concerne a esse nível, de ser o contato preferencial dos usuários, qualificando-a como a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde.



## CONCLUSÃO

Ainda são produzidos poucos estudos sobre protocolos que se destinam a organizar serviços em relação aos protocolos que se aplicam na assistência à saúde. No entanto, com a regionalização das ações e serviços de saúde do SUS, organizados em Redes de Atenção à Saúde, esses protocolos tornam-se instrumentos indispensáveis para gestão da rede, principalmente quando se pretende alcançar a integralidade do cuidado e equacionar a relação entre a demanda e a oferta para acesso aos serviços de saúde em uma região.

Esse estudo não pretende esgotar a questão, embora represente uma contribuição para a área de conhecimento, no sentido de se propor um protocolo de regulação que contribua na organização do acesso ao Centro Especializado de Reabilitação na modalidade da reabilitação física da Microrregião 1 Centro-Sul Fluminense.

Há de se buscar um contínuo aperfeiçoamento desse instrumento, inclusive incorporando a ele os critérios clínicos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, de forma que este deixe de ser apenas um protocolo de organização de serviço passando a ser um protocolo misto, ou seja, com diretrizes próprias de organização do serviço, mas também com diretrizes que busquem alcançar uma melhor assistência aos cidadãos com deficiência.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Portaria n.º 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. (2002). Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>

Brasil. (2007). *Regulação em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro10.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro10.pdf)

Brasil. Portaria n.º 1.559, de 1º de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (2008). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)

Brasil. (2009). Decreto n.º 6.949, de 25 de Agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Recuperado 1 de novembro de 2014, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

Brasil. (2010a). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. (4º ed). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Brasil. (2010b). *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Portaria n.º 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). Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Brasil. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. (2012). Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)

Brasil. Portaria N.º 841, de 2 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. (2012). Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841\\_02\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html)

Brasil. (2012d). Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. Ministério da Saúde. RENASES, 1ª versão. Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/RENASES%20-%20Lista%202012.pdf>

Brasil. (2013). *Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Versão revisada 2013*. Brasília. Recuperado de <http://www.cosemssp.org.br/downloads/instrutivo-portaria-deficientes.pdf>

Brasil. (2014a). *Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Versão revisada 2014*. Brasília. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Instrutivo-Reabilitacao-Rede-PCD-SAIPS-01-06-14-FT.pdf>

Brasil. (2014b). Portaria n.º 1.027, de 8 de Outubro de 2014. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER). Recuperado 1 de novembro de 2014, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1027\\_08\\_10\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1027_08_10_2014.html)

Brasil. (2014c, outubro 24). Portaria n.º 2.325, de 23 de Outubro 2014. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade de Estados e Municípios. Diário Oficial da União, pg. 49 - Seção 1. Recuperado 1 de novembro de 2014, de <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/78819831/dou-secao-1-24-10-2014-pg-49>

Governo do Estado do Rio de Janeiro. Deliberação CIB-RJ N.º 2796 de 18 de Março de 2014. Pactua o Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. Governo do estado do Rio de Janeiro Secretaria de Estado de Saúde Assessoria de Integração Regional. Comissão Intergestores Regional Centro-Sul (2014).

IBGE. (2013). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades.Rio de Janeiro.Três Rios. Recuperado 28 de agosto de 2014, de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330600&search=rio-de-janeiro|tres-rios>

Junior, E. G., Pereira, M. F., & Pereira, J. (2013). Fisioterapia no Complexo Regulador: um relato de experiência. *Contribuições para a Gestão do SUS*, 6, 219.

Machado, W. C. A. (2009). Planeta Vida: Prosperidade em espaço inclusivo para idosos e pessoas com deficiência. Recuperado 28 de agosto de 2014, de <http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=26774>

Silva, E. C. da, & Gomes, M. H. de A. (2014). Regionalização do SUS no Grande ABC: Compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde, 3(1). Recuperado de [http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013\\_T00119\\_PCN44093.pdf](http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2013/artigos/E2013_T00119_PCN44093.pdf)

Souza, R. O. A. (2011). *A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=596705&indexSearch=ID>

Werneck, M. A. F., Faria, H. P., & Campos, K. F. C. (2009). *Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3914.pdf>

## APÊNDICE 2 – ARTIGO 2

### **Implantação de Centro Especializado em Reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde.**

### **Deployment Specialized Center in Rehabilitation: advantages and disadvantages mentioned by local health managers**

#### **RESUMO**

Este estudo buscou identificar as vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores sobre a implantação do Centro Especializado de Reabilitação, como referência regional em um município da região Centro-Sul Fluminense, Três Rios/RJ, Brasil. Pesquisa exploratória, descritiva, abordagem quali-quantitativa. Dados coletados através de entrevistas individuais, roteiro semiestruturado, com 27 participantes, no primeiro semestre 2014, analisados à luz do *Qualiquantisoft® versão 1.3c*. Emergiram Ideias Centrais sobre vantagens, tais como: melhor qualidade de vida; facilidade no acesso; oferta de serviços especializados; evitar o deslocamento; garantia de um serviço de qualidade a baixo custo; melhora da gestão no setor de transporte; não soube informar e nenhuma vantagem. Quanto às desvantagens: dificuldades com o transporte; aumento da demanda; e preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos. Apesar das vantagens, conclui-se que elas não coadunam em sua plenitude com os benefícios que os serviços em redes podem proporcionar. As desvantagens apontam para desafios no aprimoramento da gestão.

**Descritores:** Reabilitação, Gestão em Saúde, Regionalização.

#### **ABSTRACT**

This study sought to identify the advantages and disadvantages mentioned by managers on the implementation of the Rehabilitation Specialized Center as a regional reference in a city of Centro-Sul Fluminense, Três Rios/RJ, Brazil. Exploratory, descriptive research with qualitative-quantitative approach. Data collected through individual interviews, semi-structured, with 27 participants in the first half of 2014, analyzed the light of *Qualiquantisoft® version 1.3c*. Central Ideas emerged about advantages such as better quality of life; ease of access; offering specialized services; prevent displacement; guarantee a quality service at low cost; improved management in the transport sector; could not say and no advantage. The disadvantages: lack of transport facilities; increased demand; and concerns and responsibilities to ensure attendance. Despite the advantages, it is concluded that they were not consistent in its fullness with the benefits that the services in networks can provide. The disadvantages point to challenges in improving the management.

**Keywords:** Rehabilitation, Health Management, Regional Health Planning.

## INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde instituiu nova sistemática para as Políticas Públicas de Saúde para pessoas com deficiência (PcD) no Brasil, passando a se estruturar com base nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização dos programas e serviços, e fazendo prevalecer a orientação de que a saúde é direito de todos os cidadãos. Também prioriza ações direcionadas às necessidades da sociedade, no caso deste estudo para PcD, com vistas a alcançar a integralidade do cuidado<sup>1</sup>.

Sabe-se que os Centros de Reabilitação começaram a ser implantados, no Brasil, no final da década de 50, mais especificamente com a implantação de um Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação da Organização Mundial da Saúde, instalado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1956. O modelo de atenção era focado numa proposta de concepções médicas sobre as incapacidades e a reabilitação física, legitimando o modelo hegemônico de reabilitação no Brasil<sup>2</sup>.

Pautados no modelo hegemônico, a atenção à saúde das pessoas com deficiência era concentrada nos Centros de Reabilitação, ambiente de cuidados institucionais que concentrava todos os recursos destinados a prevenir, reabilitar e deliberar sobre os projetos terapêuticos em reabilitação<sup>2,3</sup>.

É imperativo destacar que esse modelo de atenção contribuiu para que os Centros de Reabilitação fossem reconhecidos como serviços de baixa cobertura e limitada capacidade para dar conta de questões mais amplas, sobretudo às de caráter assistencial. Ademais, sua abrangência ficava deveras restrita a grupos populacionais que residiam próximos dos centros urbanos privilegiados economicamente, exacerbando a exclusão de pessoas que viviam em áreas geográficas distantes destes<sup>3</sup>.



Para Mendes (p.2302) <sup>4</sup>,o SUS deve se estruturar em redes de atenção à saúde (RAS) para superar o vigente sistema fragmentado, a fim de dar conta da atual situação de saúde estabelecida pela transição epidemiológica, com relativa predominância das condições crônicas, além da transição demográfica, que aponta para o aumento da longevidade e inevitável aumento da demanda de cuidados típicos de reabilitação para com os idosos.

Cabe ressaltar que um dos maiores desafios do SUS, neste século, será o de responder as necessidades dos seus, aproximadamente, 32 milhões de idosos<sup>5</sup>. Complicações maiores são apontadas por haver uma estreita relação do aumento das deficiências (física, visual, auditiva e mental) com o aumento da longevidade da população<sup>6</sup>, acrescidas das incapacidades advindas das causas externas (acidentes de trânsito e as violências)<sup>7</sup>.

No entanto, Melo (p. 1718)<sup>8</sup> afirma que os atendimentos nos serviços de reabilitação são um grande desafio para o SUS, considerando o escopo de sua atuação ser reduzido, com poucos investimentos e pouca sensibilização dos gestores sobre a questão.

Buscando mudar o estabelecido, o Ministério da Saúde, através da Portaria n.º 4.279, de dezembro de 2010<sup>9</sup>, estabeleceu diretrizes para que as ações e serviços de saúde do SUS se articulem de acordo com a lógica de organização em RAS.

As RAS são organizadas com maior envolvimento através de um conjunto de serviços de saúde que se vinculam através missões e objetivos comuns, desenvolvendo ações que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população a partir da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4</sup>.

As principais características das redes são estabelecidas pela forma colaborativa entre os diferentes componentes, os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e implicam um contínuo de atenção nos diferentes níveis<sup>4</sup>.

Nesse contexto, a microrregião 1 Centro-Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, composta por cinco municípios, vem se organizando para implantar um Centro Especializado de Reabilitação Física (CER) regionalizado, de acordo com o que é preconizado pela Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 793 de 24 de abril de 2012<sup>10</sup>.

De acordo com essa portaria, o CER é um ponto de atenção de característica ambulatorial especializada e responsável por realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas. Cabe a ele realizar atendimentos de forma articulada com os demais pontos de atenção à saúde, constituindo-se em referência no território, envolvendo a equipe, o usuário e sua família no projeto terapêutico<sup>10</sup>.

Nesse sentido, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais são as vantagens e as desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde quanto à implantação do Centro Especializado em Reabilitação?

## **OBJETIVO**

Identificar as vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde sobre a implantação do Centro Especializado de Reabilitação, como referência regional em um município da região Centro-Sul Fluminense, Três Rios/RJ, Brasil.

## **MÉTODO**

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualiquantitativa, utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e o programa *Qualiquantisoft*® (*QQsoft*) versão 1.3c. Realizada entre janeiro e maio de 2014, nos cinco municípios que compõem a microrregião 1 da região Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

O estudo teve como referencial teórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, norteado pela Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência<sup>10</sup>, que se configura como um conjunto de parâmetros de articulação dos serviços de saúde e reabilitação em rede.

Os municípios envolvidos foram: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios, s que este último se apresentou com capacidade instalada na sua unidade de reabilitação física para se habilitar em um CER e se tornar referência para os demais municípios da microrregião 1. Decisões pactuadas na esfera da Comissão Intergestores Regionais, instância deliberativa sobre a regionalização de serviços na região em tela.

Foram selecionados 27 participantes que desempenham funções típicas de gestores (coordenadores, chefes de serviços, gerentes, secretários e subsecretário) em seus respectivos municípios envolvidos com a temática.

As entrevistas aconteceram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, utilizando um questionário semiestruturado que buscou identificar as vantagens e desvantagens a respeito da implantação de um serviço regional de reabilitação física no município de Três Rios/RJ, no contexto das redes de atenção à saúde. Foram analisadas questões sobre as vantagens e desvantagens para os munícipes e para a administração. Ressalta-se que se tratava da fase de planejamento da implantação do CER, momento em que foi dada a oportunidade aos gestores no sentido de se manifestarem quanto às possíveis vantagens e desvantagens para os usuários do programa (munícipes).

Os dados foram coletados através de entrevistas e registrados por gravação de áudio e posteriormente transcritos. Realizadas nas próprias unidades de saúde onde os gestores atuam. Ambientes exclusivo, livres de ruídos e da possibilidade de interferências, de

forma a não comprometer a qualidade das respostas dos participantes quanto ao questionário.

Após as transcrições, o material foi submetido à análise utilizando o programa *QualiQuantiSoft® versão 1.3c*, que contribuiu para a organização das Expressões Chaves (ECH), das Ideias Centrais (ICs) e, conseqüentemente, para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>11</sup>.

Sabe-se que as ECH são trechos ou segmentos que revelam a essência do discurso selecionado pelo pesquisador. Já as ICs são compreendidas como expressão ou nome dado aos sentidos das ECHs, sendo que, ao final, as ICs recebem o nome de categoria<sup>11</sup>.

Após várias leituras das ECH de cada resposta, foi possível organizar as categorias de acordo com as ICs, que têm, na teoria das representações sociais, o fundamento do método do DSC<sup>11</sup>.

Para cada IC/Categoria, foi construído o DSC, que expressa empiricamente o conjunto de opiniões/pensamentos do grupo entrevistado, que culmina em “discursos-sínteses”, reunindo respostas de diferentes pessoas, com conteúdos discursivos de sentido semelhante. O DSC representa, então, um conjunto e não um ser individual, caracterizando um ente pensante coletivo com voz sobre o tema da pergunta na população pesquisada<sup>12</sup>.

De acordo com Lefevre (p. 82)<sup>11</sup>, o atributo “intensidade/força” do DSC refere-se ao número de pessoas que contribuíram com suas ECHs relativas às ICs, semelhantes ou complementares, para a elaboração do DSC. Foi através desse atributo que se identificou o grau de compartilhamentos dos pensamentos/opiniões reveladas na população desta pesquisa e apresentadas em percentual para cada IC/Categoria identificada.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, e aprovado com o parecer de n.º 502.802 em 19/12/2013.

## **RESULTADOS e DISCUSSÃO**

O perfil sóciodemográfico dos participantes se apresentou com as seguintes características: quanto à escolaridade, 2 participantes com nível médio completo e 25 com ensino de nível superior completo; quanto ao sexo, 20 do sexo feminino e 7 do masculino; do tempo de atuação na área de reabilitação, 9 declararam nunca ter atuado, enquanto 4 informaram atuar em período inferior a 1 ano, 5 atuam entre 1 e 5 anos, 4 entre 6 e 10 anos, 3 entre 11 e 15 anos, 1 entre 16 e 20 anos, e 1 entre 21 e 25 anos.

O quadro 1 apresenta resultados elaborados a partir das Idéias Centrais (IC) emergidas no estudo, numa disposição que demonstra vantagens e desvantagens tanto para os munícipes quanto para administração.

### **Vantagens para os munícipes.**

As ideias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às vantagens para os munícipes com a implantação do CER.

Questão 1: Quais as vantagens para os munícipes?

IC/ Categoria 1.1: Melhor qualidade de vida. [7,41%]

[DSC 1.1] - *Eu acho que a gente vai conseguir melhorar muito a qualidade de vida dessas pessoas. Elas vão ter atendimento, realmente, no local que, hoje, não tem esse fluxo dentro do SUS.*

IC/ Categoria 1.2: Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados. [66,67%]

[DSC 1.2] - *A própria oferta do serviço já é uma vantagem com mais recurso, com uma mão de obra mais especializada, com sistema de referência e contrarreferência mais ágil, a baixo custo, num ambiente físico preparado adequadamente para esse tipo de atendimento que, em toda região, é muito carente, além de reduzir esse tempo na fila de espera. A gente tem uma demanda para a cidade do Rio de Janeiro, sendo uma cidade*

*vizinha, será mais fácil para o acesso dos munícipes.*

IC/Categoria 1.3: Evitar o deslocamento dos munícipes. [22,22%]

*[DSC 1.3] - A questão do deslocamento, encurtar a distância que hoje a gente tem com o Rio de Janeiro. Com a implantação da rede aqui, eles não vão mais precisar se deslocar em busca de próteses, de órteses; já diminui um pouco também, no transporte desses pacientes.*

IC/ Categoria 1.4: Nenhuma vantagem. [3,7%]

*[DSC 1.4] - Assim, vantagem eu não vejo não. Porque eu acho que eles vão ter é dificuldade. Talvez em algumas referências, não sei como vai ser esse tratamento, mas igual para prótese, alguma coisa assim, vai ser mais perto. [...] seria a única vantagem que eu vejo.*

Salvo o apontado no [DSC 1.4], a maioria dos gestores destacou que a implantação do CER trará substantivas vantagens para os munícipes.

As vantagens ora identificadas emergem a partir das carências que a microrregião 1 apresenta nos programas de reabilitação disponíveis aos potenciais usuários, herança do ainda vigente modelo hegemônico de reabilitação com serviços concentrados e disponíveis em Centros de Reabilitação nas capitais<sup>3</sup>.

Cabe ressaltar que as carências reveladas neste estudo podem ser comuns em outras regiões de saúde do país, uma vez que esses serviços estiveram por longo período subfinanciados e à margem do foco das políticas públicas setoriais e do interesse dos gestores de saúde<sup>8</sup>.

O CER, preconizado pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, pretende superar essas dificuldades através de garantias de acesso e melhoria da qualidade dos serviços, organizados e regionalizados em rede de atenção à saúde, passando a oferecer cuidado integral sob a lógica de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, com a articulação e a integração entre os pontos de atenção, e a oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção<sup>10</sup>.

Nesse sentido, contribuições conceituais em um estudo sobre acesso<sup>13</sup> apontaram para uma distinção entre duas dimensões que constituem o termo acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica. Cabe destacar que a acessibilidade sócio-organizacional se relaciona com questões que envolvem todas as nuances da oferta de serviços, excluindo-se os aspectos geográficos, que obstruem ou facilitam o acesso das pessoas ao uso dos serviços.

Nesse contexto, a proximidade dos municípios com o futuro CER foi identificada como vantagem para os munícipes terem acesso ao serviço de reabilitação, considerando a longa distância existente entre os municípios e as atuais referências da área, localizada na cidade do Rio de Janeiro.

No estudo de Aguilera et al (p. 1.031)<sup>14</sup>, as longas distâncias entre os municípios e os serviços especializados foi apontada como uma dificuldade para os usuários terem acesso aos serviços, caracterizando uma barreira logística deveras potencializada em decorrência das condições socioeconômicas da população e do poder público em viabilizar transportes para atender a demanda.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem, dentre os seus propósitos, o desafio de aproximar os serviços de reabilitação das PcD através da APS. Ademais, à rede cabe também estabelecer ações que vão desde a identificação precoce das deficiências ao incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência<sup>10</sup>.

Sabe-se que a percepção sobre a qualidade de vida é influenciada por duas dimensões: subjetiva e a objetiva. A dimensão subjetiva se relaciona com a cultura e as ações individuais. A dimensão objetiva relaciona-se com a organização e a oferta de programas públicos responsáveis por melhorar a condição de vida de uma sociedade,

influenciando positiva ou negativamente na percepção de bem-estar das pessoas envolvidas nesse contexto<sup>15</sup>.

Como observado no [DSC 1.1], os gestores apontaram que poderão “melhorar a qualidade de vida” das pessoas com deficiência com a implantação do CER.

### **Desvantagens para os municípios**

Na continuidade, apresentam-se as ideias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às desvantagens para os municípios com a implantação do CER.

Questão 2: Quais as desvantagens para os municípios?

IC/ Categoria 2.1: Nenhuma desvantagem. [70,37%]

[DCS 2.1] - *Não enxergo desvantagem nenhuma. Elas podem surgir com o passar do tempo.*

IC/ Categoria 2.2: Dificuldade com o transporte. [25,93%]

[DCS 2.2] - *A desvantagem que eu vejo, hoje, é a questão do transporte. A gente não tem o transporte adaptado para atender a demanda.*

IC/ Categoria 2.3: Aumento da demanda. [3,7%]

[DSC 2.3] - *Eu não quero entender que vai haver uma desvantagem, mas o acesso vai ser igualitário para a região como um todo, então vai aumentar o número de atendimentos.*

As desvantagens apontadas nos [DSC 2.2] e no [DSC 2.3] configuram desafios maiores de logística e operacional acerca de garantir os direitos das PcD. Essa desvantagem se relaciona ao transporte e aumento da demanda para esses usuários.

Por outro lado, é importante destacar que um dos desafios da gestão, em relação ao aumento da demanda, é o de atender o estabelecido no conceito de suficiência, compreendido como fundamento das RAS. Assim, suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população<sup>9</sup>.



Quanto à desvantagem identificada no [DSC 2.2], no concernente à dificuldade com transporte, estudo realizado em Campo Grande/MS tece considerações sobre a omissão do poder público em garantir direitos sociais aos cidadãos, os quais acabam buscando alternativas<sup>16</sup>.

Ademais, o estudo de Silva et al (p. 80)<sup>16</sup> revela que os entrevistados referiram que o deslocamento para o serviço de fisioterapia era realizado por meio de transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, transportes que impossibilitam ou dificultam o acesso para as pessoas com maior comprometimento motor, além daquelas de condições financeiras desfavoráveis para arcar com despesas de transporte até as clínicas.

### **Vantagens para a administração**

De acordo com o identificado, seguem as ideias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às vantagens para administração com a implantação do CER. São:

Questão 3: Quais as vantagens para a administração?

IC/ Categoria 3.1: Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo. [62,97%]

[DSC 3.1] - *Eu acho que a partir do momento que você cria rede de assistência, você tem uma diminuição, principalmente do custo aliado à qualidade do trabalho. Tudo aquilo que hoje é propiciado para uma população menor, as compras de materiais, as compras de equipamentos, isso vai ser feito numa escala maior para atender a população com a parceria de outras cidades próximas. Então, você vai centralizar todas essas demandas dentro do município.*

IC/ Categoria 3.2: Melhora da gestão no setor de transporte. [33,33%]

[DSC 3.2] - *Eu acho que facilita o custo, reduz despesas da gestão para transportar essas pessoas para outros locais. Acredito que vai conseguir transportar até mais gente, por ser mais próximo.*

IC/ Categoria 3.3: Não soube informar. [3,7%]

[DSC 3.3] - *Não sei. Não sei como responder, não sei mesmo.*

No [DSC 3.1], registram-se vantagens para administração que se coadunam com conceitos de economia de escala, cooperação solidária interfederativa e qualidade na assistência, conceitos fundamentais para organização das RAS<sup>9</sup>. A aplicação desses conceitos busca a efetivação da integralidade com menor custo e uma maior racionalidade sistêmica no consumo dos recursos<sup>17</sup>.

Nesse contexto, destacam-se os sistemas logísticos como integrantes das RAS e que consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas, de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde. Destarte, afirmam-se partes dos sistemas logísticos, a identificação e acompanhamento dos usuários, as centrais de regulação, o registro eletrônico e os sistemas de transportes sanitários<sup>9</sup>.

Relevante observar o destacado no [DSC 3.2], quando se identifica como vantagem a melhora na gestão do transporte, compatibilizando-se com o conceito da acessibilidade geográfica<sup>13</sup> no sentido da implantação do CER regional. Essa melhora contribui sobremaneira para a operacionalização do sistema administrativo de transportes, traçando rotas específicas para minimizar a distância linear, tempo de locomoção e custo da viagem, tanto para a gestão quanto para o usuário.

### **Desvantagens para a administração**

Questão 4: Quais as desvantagens para a administração?

IC/ Categoria 4.1: Não identificaram. [74,08%]

[DSC 4.1] - *Eu acho que não tem nenhuma. Vai ter só vantagem com isso, ainda mais que vai ficar próximo do nosso município. Acho que tudo que é organizado, com uma gestão bem traçada, só é favorável à administração municipal.*

IC/ Categoria 4.2: Dificuldades com o transporte. [14,81%]

[DSC 4.2] - *Eu ainda mantenho a desvantagem na questão do transporte, que o município teria que gastar com isso. Vai*

*depende sempre de uma estrutura boa de transporte, de pessoal, para acompanhar esses pacientes até lá, entendeu? Porque, às vezes, você pega a própria PPI (Programação Pactuada e Integrada), você consegue marcar um paciente para sete horas da manhã e o outro para cinco horas da tarde. O de sete tem que ficar até as cinco, esperando para poder voltar.*

IC/ Categoria 4.3: Preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos. [11,11%]

*[DSC 4.3] – Eu acho que é a responsabilidade. Porque o município passa a ter responsabilidade em garantir atendimento, não só para sua população, como para uma população referenciada também. Existe, sim, por parte da gestão municipal, uma preocupação em atender uma região como um todo. São mais atendimentos, preocupação com profissional mais dedicado, mais qualificado, então existe uma preocupação e não uma desvantagem.*

Observa-se que o tema transporte foi citado nas quatro opções de resposta em distintas situações (conforme quadro 1): nos [DSC 1.2] e [DSC 3.2], apresentaram-se como vantagens tanto para os munícipes quanto para a administração. Nos [DSC 2.2] e [DSC 4.2], o transporte foi apontado como desvantagem para ambas as partes.

No [DSC 4.2], a dificuldade com o transporte está relacionada à forma como é realizado o agendamento, causando desgastes físicos e emocionais aos usuários, devido ao descompasso entre os horários das avaliações clínicas e consultas especializadas, dentre outros procedimentos terapêuticos fora do município, e o retorno desses usuários à cidade onde residem.

Fato semelhante foi relatado no estudo de Machado et al (p. 278) <sup>18</sup>, quando se identificaram queixas dos usuários em relação ao tempo que ficavam na clínica, pois a maioria chegava pela manhã, utilizando transporte coletivo fornecido pelo município de origem, e o retorno ocorria quando o último paciente era atendido.

Cabe refletir no sentido de eliminar gradativamente o descompasso apontado no parágrafo anterior, com base nos [DSC 4.2], tendo em vista que o CER tem como

usuários pessoas com deficiências físicas ou mobilidade reduzida, cuja espera alongada pode comprometer a integridade cutânea, por permanecer sentado em estrutura diferenciada do habitual, além de acerbar o emocional, desencadeando gatilhos do estresse emocional.

Suspeita-se que a gestão dos transportes no setor saúde tem sido tratada como tópico pouco relevante, um subtema. A propósito, o estudo de Andrade et al<sup>19</sup> apresentou relatos sobre as dificuldades com transportes, apontando alguns entraves para manter a organização e a articulação entre os programas de atenção primária de saúde (APS) e o serviço de atenção domiciliar (SAD), comprometendo a qualidade e continuidade do cuidado nessas estruturas de serviços públicos de saúde/ reabilitação.

Cabe ressaltar que os benefícios dos serviços organizados em redes se concretizam quando estes se aprimoram, superam o instituído, eliminam obstáculos e aperfeiçoam seus mecanismos, permitindo e garantindo atendimento integral aos usuários através do pleno acesso aos diferentes serviços à comunidade<sup>17</sup>.

Embora não relacionadas diretamente à questão do transporte, as contribuições de Silva (p. 2757)<sup>17</sup> enfatizam também o subfinanciamento como uma dificuldade para consolidação das redes regionalizadas e aponta desafios a serem superados, tais como: melhora na relação entre as esferas de governo e a clareza de suas atribuições, aprimoramento na gestão intergovernamental e a integração de um modelo assistencial que privilegie a APS.

Em relação às preocupações dos gestores quanto ao aumento da responsabilidade de se garantirem atendimentos aos demais municípios, considerações são feitas em um estudo sobre a definição da alocação dos recursos de custeio, ante a regionalização da estrutura pública em rede, considerando que o município onde estiver referenciado o CER vai ter aumento de custo. Dessa forma, deverão ser aumentados os recursos de custeio para que

se possa ampliar o acesso de maneira universal, equitativa e integral aos munícipes de toda a região<sup>20</sup>.

Destaca-se que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) são os instrumentos de planejamento da gestão que orientam as regionalizações dos serviços de saúde do SUS. É através deles que a gestão busca garantir o acesso de usuários de um dado município a outro que disponha de serviços de saúde pactuados<sup>21, 22</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O estudo representa uma contribuição no sentido de trazer informações partidas dos gestores de saúde da esfera municipal sobre vantagens e desvantagens da regionalização dos serviços de reabilitação, consoantes com o proposto para a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, tendo como referência a Cidade de Três Rios para o Centro-Sul Fluminense.

Vantagens foram apontadas pelos gestores a favor dos munícipes, predominando as relacionadas à facilidade de acesso com oferta de serviços especializados, compreendendo a implantação da Rede como relevante iniciativa para os usuários do programa de reabilitação. Na mesma linha de raciocínio, os gestores destacaram em ordem decrescente as vantagens de se evitarem deslocamentos, melhor qualidade de vida, além de não identificar nenhuma vantagem.

Foram apontadas como vantagens para a administração a garantia de serviços de qualidade e a baixo custo e a melhoria da gestão no setor de transportes, demonstrando tanto envolvimento com a qualidade dos serviços a serem oferecidos à população, quanto vislumbrando oportunidade de melhorias na gestão pública de transportes da saúde.

No plano das desvantagens para os municípios identificadas pelos gestores, destacaram-se respostas para nenhuma dificuldade, seguida da dificuldade de transporte, que se justifica pelo constante desagrado dos usuários dos serviços públicos de saúde, quando se remete a esse tema. Houve também quem mencionasse preocupação com o aumento da demanda.

O mesmo pôde ser observado quanto à desvantagem para a administração: a maioria dos participantes não identificou nenhuma, seguida pelas dificuldades com transporte e finalizando com a responsabilidade de garantir atendimento aos usuários. Nesse sentido, reitera-se preocupação dos gestores quanto ao transporte dos usuários, associada à velha insegurança quanto à garantia dos atendimentos no serviço público.

Quadro 1 - Síntese das vantagens e desvantagens para os municípios e para administração, implantação CER, Microrregião 1, Centro-Sul Fluminense, Três Rios/RJ, 2015.

<b>Vantagens e desvantagens para os municípios</b>	
<b>1. Vantagens</b>	<b>2. Desvantagens</b>
IC 1.1 - Melhor qualidade de vida [7,41%]	IC 2.1 - Nenhuma desvantagem [70,37%]
IC 1.2 - Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados [66,67]	IC 2.2 - Dificuldade com o transporte [25,93%]
IC 1.3 - Evitar o deslocamento [22,22%]	IC 2.3 - Aumento da demanda [3,7%]
IC 1.4 - Nenhuma vantagem [3,7%]	
<b>Vantagens e desvantagens para administração</b>	
<b>3. Vantagens</b>	<b>4. Desvantagens</b>
IC 3.1 - Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo [62,97%]	IC 4.1 - Não identificaram [74,08%]
IC 3.2 - Melhora da gestão no setor de transporte [33,33%]	IC 4.2 - Dificuldade com o transporte [14,81%]
IC 3.3 - Não soube informar [3,7%]	IC 4.3 - Preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos [11,11%]

Fonte: Elaborado a partir das Idéias Centrais (IC) extraída das Expressões Chaves (ECH).

## REFERÊNCIA

1. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Rev ter. ocup. Univ São Paulo*. 2011;22(2):102–9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p102-109>
2. Almeida MC, Campos GWS. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. *Rev ter. ocup. Univ São Paulo*. 2002;13(3):118–26. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p118-126>
3. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. 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. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(7):1893–902. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2297–305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
5. Machado WCA, Figueiredo NMA, Pereira J de S, Rezende KR, Silva RA, Silva VM. Capacidade funcional de idosos usuários de unidade dia: resgatando autonomia através das Atividades de Vida Diária. *Gest E Saúde*. 2014;5(5):pag – 3068.
6. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):99–105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>
7. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Epidemiol. serv. saúde*. 2013;22(4):597–607. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400006>
8. Melo E. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. *Cad. saúde pública*. 2008;24(7):1717–8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700029>
9. Brasil. Portaria n.º. 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). [Internet]. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
10. Brasil. Portaria n.º. 793, de 24 de abril de 2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
11. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2.º ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012. 224 p.

12. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora; 2005. 97 p.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. saúde pública*. 2004;20(Sup 2):S190–8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
14. Aguilera S, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. adm. pública*. 2013;47(7):1021–39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>
15. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. [Internet]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades–EACHUSP. 2012. 142 p. Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)
16. Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede publica de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface comum. saúde educ*. 2014;18(48):75–86. <http://dx.DOI:10.1590/1807-57622013.0264>
17. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(6):2753–62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
18. Machado MC, Medina FM, Kara-José N. Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o modelo de atendimento oftalmológico no Hospital Regional de Divinolândia-São Paulo. *Arq. bras. oftalmol*. 2010;73(3):276–81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492010000300013>
19. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Cota Freitas LF. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev. gaúch. enferm*. 2013;34(2):111–7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>
20. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis (Rio J.)*. 2013;23(4):1101–22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>.
21. Souza AS, Chebli ICF, Jacometti EJ, Paiva MG. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. [Internet]. *Rev APS*. 2010 [citado 28 de junho de 2014];13(supl. 1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574562&indexSearch=ID>
22. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Barboza R. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo,



Brasil. Cad. saúde pública. 2012;28(5):925–34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500011>

### APÊNDICE 3 – ARTIGO 3

#### **Referência e contrarreferência entre serviço de reabilitação física, unidade hospitalar e atenção primária: a (des) articulação do sistema de saúde.**

#### **Reference and counter-reference between physical rehabilitation service, hospital unit and primary care: the (dis) articulation of the health system.**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar como ocorre a referência e a contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a Atenção Primária à Saúde como um pressuposto para consolidação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência na microrregião 1 da região Centro Sul Fluminense, RJ, Brasil. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualiquantitativa, utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Dados coletados através de entrevistas individuais, com utilização de roteiro semiestruturado, com participação de 27 sujeitos, realizadas no primeiro semestre 2014, analisados a luz do *Qualiquantisoft® (QQsoft) versão 1.3c*. **Resultados:** Da análise dos dados emergiu a Idéia Central (IC), por parte da maioria dos gestores, de que as referências e contrarreferências entre os serviços pesquisados são realizadas por encaminhamentos médicos através de uma ficha própria para este fim. Outra IC foi a de que o gestor não soube informar esse fluxo. **Conclusão:** Conclui-se que embora instituída a referência para articulação efetiva entre unidades e serviços em rede de saúde, foi identificado que ela é ineficiente, assim como constatada inexistência da contrarreferência.

**Palavras chave:** Reabilitação, Referência e Contrarreferência, Gestão em Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Regionalização.

#### **INTRODUÇÃO**

A Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Portaria MS/GM nº 1.060 de 05 de junho de 2002 (BRASIL, 2002), vem contribuindo para que o Estado assumira a sua parcela de responsabilidade no concernente ao incremento de ações e serviços de saúde para as pessoas com deficiência (PcD), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas ações se traduzem em resgate da dignidade comparado ao que, tradicionalmente, o sistema público lhes oferecia através de estruturas e contextos precários, dispostos em serviços ofertados por instituições com base na caridade (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Cabe ressaltar que a Carta Magna, em seu art. 196, enfatiza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantida à população mediante políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a Carta Magna ainda avança, um pouco mais, em seu inciso II do art. 23, citando que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência (BRASIL, 1988).

Destarte, as ações e serviços de saúde do SUS estão organizados de maneira regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes, do primário e secundário ao nível terciário. Essa estruturação tem como objetivo alcançar a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS), conforme denominação internacional, constitui o nível de atenção à saúde que se encontra mais próximo dos cidadãos e tem suas ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ela representa a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, devendo se pautar nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a).

Já aos níveis secundário e terciário, competem o planejamento e a execução de ações de média e alta complexidades, desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades e em serviços hospitalares, normalmente utilizados em casos que requeiram a atenção de profissionais especializados, recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, não disponíveis na APS (FINKELSZTEJN et al., 2009)(AGUILERAI et al., 2014).

Importante destacar o relevante papel da APS como política estruturante para todo o sistema, incidindo sobre ela a capacidade de estabelecer articulações com a atenção secundária e terciária, incrementando o potencial deste nível e favorecendo o acesso universal das pessoas aos serviços disponíveis na comunidade (VENANCIO et al., 2011). Ademais, destaca-se o potencial conquistado pelas ações da APS, cujos resultados revelam sua expressiva capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde da população (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Cabe pontuar, no entanto, que essa resolubilidade ainda não tem alcançado números tão expressivos no que tange aos atendimentos de reabilitação, especificamente aqueles dependentes da atenção da fisioterapia na APS. Estudo tem mostrado limitada capacidade desse nível em prover atendimentos para essa demanda, fazendo com que os usuários sejam referenciados para ambulatórios de reabilitação de maior complexidade (BAENA; SOARES, 2012).

A despeito do anteriormente exposto, predomina a compreensão de que o encaminhamento do usuário do SUS para atendimento em outro nível da mesma estrutura depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (FINKELSZTEJN et al., 2009).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBS para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta complexidade). A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS, ou seja, quando a continuidade do tratamento requeira menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBS (SILVA et al., 2010).

A propósito, vale ressaltar que, no universo de práticas terapêuticas interdisciplinares da reabilitação, as avaliações dos ganhos funcionais são sistemáticas e determinantes para progressão ou regressão das pessoas que integram seus programas, em particular, no âmbito da reabilitação física, cuja porta de entrada é compreendida como demanda de referência e seu mecanismo de alta segue o fluxo da contrarreferência.

Ocorre que os sistemas estruturados em diferentes níveis de atenção têm sido alvos de críticas no sentido de serem incapazes de se articularem, resultando em um cuidado fragmentado. A proposta é que o SUS se estruture em Redes de Atenção à Saúde (RAS), através do vínculo de um conjunto de serviços de saúde com missões e objetivos comuns, desenvolvendo ações através da atenção contínua e integral a partir da APS. As RAS preconizam a colaboração entre os diferentes pontos de atenção, caracterizando-os como de equivalente importância no processo do cuidado que deve ser contínuo entre os níveis primário, secundário e terciário (MENDES, 2010).

Nesse sentido, ressalta-se que, tanto para os sistemas organizados em diferentes níveis de atenção quanto para os estruturados em RAS, prevalece a necessidade de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar seus fluxos entre as diversas

esferas que os compõem. Nas RAS, esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, denominado sistema logístico. Sabe-se que o sistema logístico, ancorado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção (MENDES, 2011).

O referencial teórico adotado neste estudo foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, norteado pela Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012), que se configura parâmetro de articulação dos serviços de saúde e reabilitação em rede, operacionalizado para a comunidade em pontos de atenção ou unidades de atendimentos específicos.

Destaca-se, para este estudo, um dos pilares gerais para as redes, que sejam os de garantir a articulação e a integração entre os pontos de atenção no território (BRASIL, 2012). Para o cumprimento desse fundamento, identifica-se uma estreita relação com a operacionalização de um sistemático e eficiente fluxo de referência e contrarreferência atuante e que envolva os pontos de atenção da microrregião.

Isto posto, este estudo buscou identificar como ocorre a referência e a contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a atenção básica na microrregião 1 da região Centro Sul Fluminense como um pressuposto para consolidação de uma rede.

## **MÉTODO**

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa, realizada no período compreendido entre janeiro e março de 2014, na microrregião 1 da região Centro Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Essa microrregião é composta de cinco municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios).

Foram selecionados intencionalmente 27 participantes no total, por desempenharem funções na gestão pública de saúde da esfera municipal (coordenadores, chefes de serviços, gerentes, secretários e subsecretário) em seus respectivos municípios, envolvidos com fluxos dos serviços de reabilitação, da atenção primária, do setor de regulação (ambulatorial e de leitos).

Os participantes deste estudo foram entrevistados em seus ambientes de trabalho, cenário propício para que se sentissem à vontade para a realização das entrevistas.

Utilizando um roteiro semiestruturado, composto de pergunta aberta [*Como ocorre a referência e contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e atenção primária de saúde?*], as entrevistas foram gravadas com aparelho *IC Recorder ICD-PX 333 Sony®*, buscando identificar o fluxo de encaminhamentos dos usuários entre o nível primário, secundário e terciário.

Para os procedimentos de análise dos dados utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de acordo com o programa *QualiQuantiSoft® versão 1.3c*, que contribuiu para a organização das Expressões Chaves (ECH) e as Ideias Centrais (ICs), elementos indispensáveis para a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

As ECHs são representadas por trechos ou segmentos que revelam a essência dos depoimentos selecionados pelo pesquisador. As ICs compreendem a expressão ou nome dado aos sentidos das ECHs (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Após a leitura de cada entrevista, foi possível selecionar as ECHs e organizá-las em categorias de acordo com as ICs. Para cada IC, foi construído o DSC que expressa empiricamente o conjunto de opiniões/pensamentos do grupo entrevistados, que culmina em “discursos-sínteses”, reunindo respostas de diferentes pessoas, com conteúdos discursivos de sentido semelhante. O DSC representa, então, um conjunto, e não um ser individual, caracterizando um ente pensante coletivo com voz sobre o tema da pergunta na população pesquisada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O atributo “Intensidade/ força” do método do DSC corresponde ao número de pessoas que contribuem com suas ECHs relativas às ICs, semelhantes ou complementares, para a elaboração do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Através desse atributo, foi possível identificar o grau de compartilhamentos dos pensamentos/ opiniões reveladas na população desta pesquisa e apresentadas em percentual para cada IC identificada.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, e aprovado com o parecer de nº 502.802 em 19/12/2013, consoante com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS**

Em relação ao perfil sociodemográfico, identificaram-se as seguintes características dos participantes: quanto à escolaridade, 2 [7,40%] com [nível médio completo] e 25

[92,60%] com [nível superior completo]; quanto ao sexo, 20 [74,07%] do sexo [feminino] e 7 [25,93%] do [masculino]; do tempo de atuação na área de reabilitação, 9 [33,35%] declararam [nunca ter atuado], enquanto 4 [14,81%] em período [inferior a 1 ano], 5 [18,52%] atuam entre [1 e 5 anos], 4 [14,81%] entre [6 e 10 anos], 3 [11,11%] entre [11 e 15 anos], 1 [3,70%] entre [16 e 20 anos], e 1 [3,70%] entre [21 e 25 anos].

Relevante destacar que, embora nove pessoas tenham declarado nunca ter atuado no campo da reabilitação, inicialmente, pode parecer contraditório com o critério de inclusão dos participantes neste estudo, vez que preconizava o envolvimento com a temática. Cabe esclarecer, no entanto, que essa afirmativa é considerada anterior ao processo de planejamento para implantação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência de maneira que, para a sua constituição, com fulcro no que preconiza a estruturação de serviços em RAS, indivíduos de diversos setores foram envolvidos, tais como: do serviço de reabilitação, da atenção primária, do setor de regulação (ambulatorial e de leitos).

Em relação às respostas, emergiram duas categorias: uma representada pela maioria dos participantes, que apontaram que a referência e a contrarreferência ocorrem mediante uma ficha própria, a qual acompanha os usuários nos encaminhamentos. E outra categoria, na qual apenas um participante não soube informar como acontece esse fluxo. Questão 1: Como ocorre a referência e a contrarreferência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a atenção primária de saúde?

IC 1.1: Através do encaminhamento do usuário com uma ficha própria [96,3%].

*[DSC 1.1] - Nós temos, hoje, um cartão de referência e contrarreferência. A pessoa vai referenciada por um médico, normalmente médico da família ou especialista que atendeu. O paciente que percorre as unidades para ele conseguir os atendimentos, não há nenhum serviço informatizado ou comunicação entre os três níveis de atenção para que isso seja feito. A referência não vai, às vezes, tão explicada ao serviço de reabilitação, vai muito sucinta. E a única coisa que a gente faz para as unidades hospitalares, é os médicos preencherem um formulário para esses pacientes serem encaminhados para lá. A contrarreferência ninguém responde. A gente não tem essa contrarreferência do serviço de atenção secundária para atenção básica.*

IC 1.2: Não soube informar [3,7%].

*[DSC 1.2]- Isso daí eu não sei.*

O desconhecimento sobre o fluxo de encaminhamentos dos usuários pelo sistema de

saúde na microrregião 1, apontada na IC 1.2, pode estar relacionado ao curto período de atuação desse gestor na área de reabilitação, até porque não se pode esperar que gestores com pouco tempo de atuação em setores da administração municipal de saúde dominem conhecimento de política pública tão recente, como a que implantou a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência.

## **DISCUSSÃO**

Como pode ser observado no teor do [DSC 1.1], a referência e a contrarreferência entre unidades e serviços que compõem a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência ocorrem de forma desarticulada, até certo ponto informal, em função dos habituais instrumentos de comunicação utilizados para encaminhamentos dos clientes de um nível para outro. Constata-se também a inexistência de elo entre a APS aos serviços de nível terciário, uma vez identificado que não há contrarreferência ou retorno monitorado.

Na microrregião 1 do Centro Sul Fluminense, a estruturação dos serviços públicos de saúde, no contexto dos municípios ou no âmbito intermunicipal, ainda não se encontra organizada em redes, mas em diferentes níveis de atenção, decerto que os casos que necessitam de intervenções especializadas são encaminhados do nível primário para os níveis secundários e terciários.

Nesse sentido, o mesmo ocorre quando se trata de encaminhamentos da APS para os ambulatorios de instituições especializadas em reabilitação física ou unidades hospitalares, sejam estas próprias dos municípios ou para referências pactuadas na região Centro Sul Fluminense. Sabe-se que a prática de encaminhar os usuários para os diferentes níveis é conhecida como referência e contrarreferência, que implica corresponsabilização do cuidado, devido ao compartilhamento de informações sobre a história clínica, dados do exame físico, resultados laboratoriais e as suspeitas diagnósticas, as necessidades e intervenções realizadas nos diferentes níveis de atenção (FINKELSZTEJN et al., 2009).

Deveras expressiva a constatação de que 96,3% dos gestores referiram à utilização da referência quando da necessidade de se encaminhar o usuário para outros níveis de atenção. A referência é realizada através do encaminhamento do médico da ESF ou do ambulatório especializado, utilizando-se de uma ficha própria para esse fim e direcionando-os aos diversos serviços do sistema.

Contudo, identifica-se uma ineficiência no uso das fichas de referência e contrarreferência em relação ao seu preenchimento no sentido de relatar informações



importantes sobre as possíveis intervenções realizadas na UBS e motivações que justificam o seu encaminhamento: “[...] a referência não vai, às vezes, tão explicada ao serviço de reabilitação, vai muito sucinta. [DSC 1.1]”.

O uso do sistema de referência e contrarreferência configura-se como um dispositivo normativo que carece de esforços mútuos entre os níveis de atenção, para garantir o acesso dos usuários a todas as esferas de cuidado, de acordo com suas necessidades (VARGAS et al., 2010).

Nessa perspectiva, Donabedian (1973) contribui para ampliar a abrangência do conceito de acesso, para além do simples ingresso do usuário ao serviço. Para ele, a acessibilidade caracteriza-se pelo grau de aspectos, inter-relacionados e complementares, que contribuem para facilitar a obtenção dos cuidados de saúde, organizados em duas dimensões: a sócio-organizacional e a geográfica (AGUILERAI et al., 2014; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Destarte, partindo do princípio de que a dimensão sócio-organizacional ou funcional envolve aspectos que contribuem ou restringem o acesso caracterizado pela disponibilidade de serviços, oferta de atividades e horários de atendimentos, a modalidade de agendamento das consultas, os critérios formais ou informais adotados para selecionar a demanda, o sistema de referência e contrarreferência, o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e os recursos utilizados na assistência à saúde (TÔRRES et al., 2011).

Neste estudo, fica explícita a lacuna da dimensão sócio-organizacional, considerando os aspectos operacionais identificados no fluxo desordenado para o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde disponíveis na microrregião. Isso pode ser confirmado através do [DSC 1.1], que afirma essa evidente descaracterização de seus fluxos, a saber: “[...] O paciente que percorre as unidades para ele conseguir os atendimentos [...]”, reiterando a omissão da administração em garantir o acesso do usuário a outros pontos de atenção, contradizendo pressupostos da dimensão sócio-organizacional.

É imperativo destacar que esforços sejam feitos para eliminar as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços públicos, bem como que seus gestores invistam na garantia de acesso dos usuários a outros níveis de cuidado, sobretudo, quando no bojo das discussões estejam serviços destinados às pessoas com deficiência. Dimensionado ao plano prático do acesso dos usuários aos serviços de saúde e reabilitação, quando o tratamento ocorre em tempo hábil, com intervenções precoces, resultados positivos são

observados. Do contrário, o atraso no acesso contribui para potencializar seus agravos, diminuindo sua qualidade de vida, comprometendo níveis de dependência funcional e, conseqüentemente, acarretando o aumento dos custos sociais e financeiros por demandar cuidados em níveis de atenção cada vez mais complexos (TÔRRES et al., 2011).

Chama-se atenção para experiências exitosas apontadas em estudo que objetivou avaliar as estratégias locorregionais de articulação entre os níveis de cuidado à saúde dos Bororos em Rondonópolis e em Cuiabá/MT. Identificou-se que, através dos esforços dos profissionais de enfermagem da Casa de Saúde Indígena, era garantido o agendamento dos pacientes através da articulação direta com o Centro de Reabilitação ou em uma Clínica de Fisioterapia conveniada ao SUS quando os usuários precisavam desses serviços (VARGAS et al., 2010).

Na microrregião 1, confirmaram-se dificuldades da articulação entre os níveis de atenção, pautadas no sistema de referência e contrarreferência, cujas maiores dificuldades reportam os encaminhamentos para as unidades hospitalares. Fica clara a utilização de um formulário estranho à ficha habitualmente empregada para encaminhamentos aos ambulatórios de especialidades, além da ausência de qualquer outro mecanismo que possa proporcionar algum tipo de comunicação:

*“[...] não há nenhum serviço informatizado ou comunicação entre os três níveis de atenção [...] a única coisa que a gente faz para as unidades hospitalares é os médicos preencherem um formulário para esses pacientes serem encaminhados para lá. [DSC 1.1]”*

Essa predominância do informal também foi revelada em um estudo realizado em Recife, que tinha o objetivo de analisar os serviços de reabilitação. Na oportunidade, os gerentes das unidades avaliaram como precária a articulação e a comunicação entre os níveis de atenção, revelando uma desarticulação inter-setorial entre os atendimentos pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação com as equipes do Programa de Saúde da Família (denominação usada anterior a ESF) (LIMA et al., 2009).

Estudo realizado no Estado da Paraíba constatou que o seu sistema de referência e contrarreferência encontra-se com expressiva fragilidade na articulação entre suas instâncias gestoras, fragilidade, esta, identificada entre os serviços de saúde e os de apoio diagnóstico e terapêutico. Da mesma forma, constatou-se fragilidade entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços

voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos, o que sinaliza a descontinuidade do cuidado (PROTASIO et al., 2014).

Maiores comprometimentos neste estudo, porém, foram identificados em relação ao retorno dos usuários da média e alta complexidade para a APS: “[...] *A contrarreferência ninguém responde. A gente não tem essa contrarreferência do serviço de atenção secundária para atenção básica. [DSC 1.1]*”. Essa prática não permite a troca de informações através de sistemáticos registros entre os profissionais, acerca das medidas terapêuticas que foram utilizadas para recuperar o estado de saúde do usuário, implementadas no nível secundário ou terciário, assim como recomendações cruciais para a continuidade do cuidado na APS.

Estudo similar revelou que em duas áreas da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro – Área Programática 3.1, do Município do Rio de Janeiro, e no Município de Duque de Caxias –, também foram constatadas dificuldades em se manter um fluxo de contrarreferência entre os níveis de atenção (SERRA; RODRIGUES, 2010). Constatou-se que em 85,7% na Área Programática 3.1 e 91,7% no município de Duque de Caxias, raramente acontecia a contrarreferência, levando os autores à conclusão de que, em um sistema que tem foco na integralidade, a inexistência da contrarreferência implica a descontinuidade do cuidado, além de comprometer o fluxo do sistema quanto aos serviços e atendimentos que deveriam ser prestados na atenção primária.

Outro estudo que visou identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado, na articulação entre atenção primária e hospitalar, no processo de alta hospitalar da criança/família (SILVA; RAMOS, 2011), identificou a ausência de comunicação entre a atenção hospitalar e a primária no pós-alta da criança. Nesse caso, os enfermeiros que atuam nesses níveis de atenção reconheceram a fragilidade do sistema, pela falta de integração entre os dois serviços de saúde tão complementares, concluindo que essa lacuna reflete em uma fragmentação do cuidado e gera descompasso no processo de preparo da alta hospitalar.

Os autores afirmam, ainda, que as equipes de saúde atuantes nas instituições hospitalares poderiam contribuir mais para que o sistema de saúde alcançasse a integralidade do cuidado, uma vez que seus profissionais compreendessem o relevante processo de referência e contrarreferência indissociável de suas práticas terapêuticas, considerando que a efetividade do cuidado integral depende de uma combinação de

ações colaborativas, articuladas e contínuas, envolvendo tecnologias duras, leve-dura e leves (SILVA; RAMOS, 2011).

Cabe destacar que o tema referência e contrarreferência ultrapassa fronteiras geográficas quando se aborda sua relevância para os sistemas de saúde, a exemplo do que ocorre no Sistema de Saúde chileno. (VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012). Dificuldades no sistema de referência e contrarreferência também foram observadas em uma pesquisa que tinha o objetivo de discutir a problemática dos tempos de espera, a partir do estudo do Sistema Nacional de Salud (SNS) espanhol. Os autores identificaram que as práticas das referências eram inapropriadas, seguidas de uma baixa contrarreferência (CONILL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

No estudo sobre as competências essenciais para gerenciamento de rede do sistema de saúde no Chile, a referência e contrarreferência foram recomendadas como prerrogativas para desenvolver competências organizacionais essenciais para a gestão, entendendo que medidas norteadoras das competências gerenciais do sistema de saúde contribuem sobremaneira para o atendimento das necessidades de saúde da grande maioria da população chilena, em especial, quando focadas no sistema público de saúde como um todo (VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012).

Relevante apresentar o estudo realizado em 1973, que tinha por objetivo analisar certas características do sistema de referência entre uma unidade sanitária com características de centro de saúde e um hospital universitário, ambos localizados na zona urbana da cidade do Salvador/BA (PUGLIESE, 1973). Na oportunidade, embora longínqua em termos de produção de conhecimento, mas apenas para se estabelecer parâmetro sobre como essa pauta é recorrente, foi instituída uma folha de referência pela unidade sanitária, instrumento, esse, que serviu como excelente meio de comunicação entre o médico da unidade sanitária e o consultor-médico ou especialista do hospital de ensino. No entanto, foi observado que o valor da folha foi apenas unidirecional, isto é, do médico da unidade sanitária para o hospital, de maneira que o profissional médico do hospital de ensino em nenhum momento preocupou-se em fazer retornar esta folha à unidade sanitária.

## **CONCLUSÃO**

A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência pretende superar lacunas assistenciais e organizacionais no que tange à dispensação de cuidados integrais a saúde das pessoas com deficiência. A consolidação desta rede, em parte, pauta-se em seu principal pilar

que seja a capacidade de articulação entre os pontos de atenção (Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar). Nesse propósito, esforços devem ser direcionados para efetivação do mecanismo de referência e contrarreferência, entendendo a capacidade desse sistema em contribuir como um canal de comunicação aproximando os pontos de atenção na busca de um cuidado resolutivo e integral.

Ocorre, de acordo com o identificado neste estudo, que a microrregião 1 do Centro Sul Fluminense encontra-se em total desarticulação entre os serviços a depender do praticado em relação à referência e contrarreferência. Identificou-se a existência de um mecanismo de encaminhamento, que seja a instituição de uma ficha própria para este fim. No entanto, apenas cumpre-se uma formalidade instituída, vez que apurou-se a ineficiência do seu preenchimento com informações que possam ter motivado tal encaminhamento, assim como a terapêutica utilizada no nível de origem. Cabe ressaltar que o encaminhamento não garante o acesso aos serviços de referência, de modo que recai sobre o usuário a responsabilidade na busca por vagas, caracterizando uma barreira do tipo organizacional para o acesso.

Dificuldades maiores foram identificadas no momento do retorno do usuário do nível de maior complexidade para a APS. A inexistência da contrarreferência implica para a descontinuidade do cuidado, e conseqüentemente, para uma baixa resolubilidade dos casos. A inexistência da contrarreferência parece estar consolidada nos meios dos serviços públicos de saúde. Essa afirmação vai ao encontro de quando comparamos os resultados obtidos com os de outros estudos, principalmente, o realizado no ano de 1973, que já apontava para este problema.

Por fim, expectativas por dias melhores são sustentadas com a implantação da Rede, de modo que esta possa implicar melhorias para além das questões organizacionais, assim como na mudança do paradigma cultural estabelecido entre os profissionais médicos, em relação à dificuldade apresentada em estabelecer vínculos comunicacionais com outras esferas do cuidado, em particular, no que concerne ao uso do sistema de referência e contrarreferência, considerando a capacidade deste em contribuir positivamente para o processo de continuidade do cuidado, conforme o apontado nas bibliografias. De certo que, do que hoje é praticado na microrregião, pouco ou quase nada contribuirá para a consolidação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

Este estudo não pretende esgotar a questão, embora represente uma contribuição para a área do conhecimento, no sentido de dar luz ao assunto frente às poucas publicações sobre a temática nas bases de dados.

## REFERÊNCIA

AGUILERAI, S. L. V. U. et al. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. *Rev. bras. epidemiol*, v. 654, p. 667, 2014.

BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter. mov.* [online], v. 25, n. 2, 2012.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_04.02.2010/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf) Acesso em: 02 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprovar, na forma do anexo desta, Portaria a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html) Acesso em: 04 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 02 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012b. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) Acesso em: 02 mar. 2015.

CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. [s.l.] Harvard University Press Cambridge, 1973.

FINKELSZTEJN, A. et al. Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis (Rio J.)*, v. 19, n. 3, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo*. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

LIMA, M. L. C. et al. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1817–1824, 2009.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Rev. ter. ocup. Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 102–109, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297–305, 2010.

MENDES, E. V. *As redes de atenção a saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*, v. 38, n. spe, p. 209–220, 2014.

PUGLIESE, C. Estudo operacional do sistema de referência entre uma unidade sanitária e o Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. *Rev. Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p. 73–92, 1973.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3579–3586, 2010.

SILVA, A. C. et al. *Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição*. Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde]-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. *Texto & contexto enferm*, v. 20, n. 2, p. 247–254, 2011.

TÔRRES, A. K. V. et al. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. *Rev. bras. saúde mater. Infant*, 11, n. 4, p. 427-436, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. Sup 2, p. S190–S198, 2004.

VARGAS, K. D. et al. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 4, p. 1399–1418, 2010.

VENANCIO, S. I. et al. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3951–3964, 2011.

VERGARA, M.; BISAMA, L.; MONCADA, P. Competencias esenciales para la gestión en red. *Rev. méd. Chile*, v. 140, n. 12, p. 1593–1605, 2012.

#### **ABSTRACT**

**Objective:** To identify how does the reference and counter-between physical rehabilitation service, hospital and primary care as a prerequisite for consolidating Care Network to Persons with Disabilities in the micro region of 1 South Fluminense Center, RJ, Brazil. **Method:** Exploratory, descriptive research with qualitative-quantitative approach, using the collective subject discourse method. Data collected through individual interviews, using semi-structured, with participation of 27 subjects, conducted in the first half 2014, analyzed the light of Qualiquantisoft® (QQSoft) version 1.3c. **Results:** Data analysis emerged the Central Idea (CI), by the majority of managers, the references and contrarreferências among surveyed services are performed by medical referrals through its own record for this purpose. Another was the IC that the manager could not say this flow. **Conclusion:** We conclude that although established the reference for effective coordination between units and services in the health system, it was identified that it is inefficient, as evidenced absence of counter-reference.

**Keywords:** Rehabilitation, Reference and Counter-reference, Health Management, Secondary Care, Regional Health Planning.

\* Não há conflito de interesse.



## **ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TTÍTULO:** Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios: Enquadramentos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** O objetivo deste estudo é Caracterizar as implicações do enquadramento da Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios – nos contornos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para caracterizar as implicações do enquadramento da Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios – nos contornos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e propor um protocolo de regulação do acesso aos usuários do SUS. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

**PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

**GRAVAÇÃO EM ÁUDIO:** Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. O material de áudio será guardado com segurança, por cinco anos, e depois será descartado. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

**RISCOS:** Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

**BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará a alcançar os objetivos deste estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

**CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

**DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada em uma Unidade de Reabilitação Física do município de Três Rios. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - – Mestrado Profissional sendo o aluno Juarez de Souza Pereira o pesquisador principal, sob a orientação do Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate Juarez de Souza Pereira no telefone 24 98803-1001 ou e-mail juarezpereira.fisio@gmail.com, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 21 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome:

---

Endereço:

---

---

Telefone:

---

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

---

Data: \_\_\_\_\_

Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele (a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **Identificação do entrevistado:**

Município:

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Local de trabalho:

Cargo/função:

Tempo de atuação na área de reabilitação física:

### **Roteiro da entrevista:**

- 1) Em seu município há unidade (s) de saúde para atendimentos em reabilitação física a Pessoa com Deficiência (PcD)? Se não, para onde é referenciado? Caso exista (m), se vinculada (s) ao setor público ou privado e qual o quantitativo de atendimentos de reabilitação física?
- 2) Você é ou não favorável à regionalização do serviço de reabilitação física com a implantação do Centro Especializado em Reabilitação Física (CER) no município de Três Rios?
- 3) Qual (is) a(s) vantagem para seus municípios?
- 4) Qual (is) a(s) desvantagens para seus municípios?
- 5) Qual (is) a(s) vantagem para a administração/gestão do seu município?
- 6) Qual (is) a(s) desvantagens para a administração/gestão do seu município?
- 7) Existe algum protocolo de acesso ao serviço de reabilitação física? Se não como ocorre o acesso?
- 8) Como é feito a dispensação de órteses e próteses as PcD do seu município?
- 9) Como ocorre a referência e contra-referência entre o serviço de reabilitação física, a unidade hospitalar e a atenção básica?

### ANEXO 3 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Juarez de Souza Pereira, portador do RG nº 09039533-6/ IFP, mestrando pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEH) - Mestrado Profissional assumo o compromisso com a instituição \_\_\_\_\_ a realizar a pesquisa sob o título (Provisório) de: **“Unidade de Reabilitação Física do Município de Três Rios: Enquadramentos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do Sistema Único de Saúde”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo, sob a orientação do Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado, representará uma contribuição para o melhor norteamento das atividades desenvolvidas pela equipe profissional da instituição, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da assistência prestada pelos profissionais que nela atuam.

Ressalto ainda que a pesquisa está consoante com os preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação prévia do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Juarez de Souza Pereira  
Pesquisador

---

Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado  
Orientador

**ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UNIRIO**



**ANEXO 5 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1**



**ANEXO 6 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 2**

**ANEXO 7 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 3**