



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA

DIOGO DO VALE DE AGUIAR

**OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO ÂMBITO
DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE DO PERFIL
DOS ESTABELECIMENTOS E COBERTURA REGIONAL ENTRE 2012 E 2017**

BRASÍLIA

2018

DIOGO DO VALE DE AGUIAR

**OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO ÂMBITO
DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE DO PERFIL
DOS ESTABELECIMENTOS E COBERTURA REGIONAL ENTRE 2012 E 2017**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dr^a. Noemia Urruth Leão Tavares

BRASÍLIA

2018

DIOGO DO VALE DE AGUIAR

OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA
REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE DO PERFIL DOS
ESTABELECIMENTOS E COBERTURA REGIONAL ENTRE 2012 E 2017

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de mestre em Saúde
Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovado em 28 de setembro de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Dr.^a. NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES, Presidente
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília.

Prof. Dr. ÉVERTON LUÍS PEREIRA, Membro Interno
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília.

Prof. Dr. WEDERSON RUFINO DOS SANTOS, Membro Externo
Instituto de Ensino Superior de Brasília

Prof. Dr. WILDO NAVEGANTES DE ARAÚJO, Membro Suplente
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília.

Dedico este trabalho aos meus pais, Josalda e Marlúcio, que me ensinaram os primeiros passos dessa longa jornada chamada vida. Espero poder ser merecedor e digno de todo o esforço e apoio por vocês dedicados.

Dedico também à minha esposa e companheira Kalyne e minhas filhas Maria Luisa e Maria Laura pela paciência, compreensão e apoio incondicional.

Essa conquista é de todos nós!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente à Deus, em todas as suas formas, pelo dom da vida e por iluminar meus caminhos, sempre.

Ao meus pais e heróis, Josalda e Marlúcio, por todos os ensinamentos que me fizeram ser quem eu sou. Gratidão e amor eterno.

À minha amada esposa Kalyne pela compreensão, parceria, companheirismo e cumplicidade em todos os momentos. Obrigado por estar ao meu lado sempre.

À minhas filhas, Maria Luisa e Maria Laura, com quem tenho aprendido o que há de mais importante na vida. Vocês são meus maiores tesouros e minha fonte de inspiração para continuar acreditando e lutando por um mundo mais justo.

Aos meus irmãos, Rodrigo e 'Nem', amigos de sangue e companheiros para toda hora. Obrigado por todo amor, carinho e proteção.

À professora Noemia Tavares, pela atenção e tempo dedicados, pelas discussões, por mostrar os caminhos e me fazer acreditar que esse trabalho era possível. Foi uma enorme satisfação trabalhar com você nesses meses. Toda gratidão.

Aos meus companheiros do mestrado, pelos momentos de aprendizagem divididos juntos. Vocês me ensinaram muito.

A todos os meus amigos, familiares e colegas de trabalho, que direta ou indiretamente, contribuíram para a este trabalho.

Ninguém vence sozinho. A todos, meu muito obrigado!

“Amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade”

“A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem. Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho, as pessoas se libertam em comunhão”

Paulo Freire

RESUMO

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização da Nações Unidas, marco civilizatório importante para a vida das pessoas com deficiência, inaugurou uma nova forma de compreender a deficiência e a forma como a sociedade se relaciona com ela. A mudança de paradigma representada pela transposição de um modelo biomédico restritivo para um modelo biopsicossocial inclusivo da deficiência trouxe consigo novos desafios e oportunidades ao Brasil rumo a uma sociedade mais acolhedora e inclusiva.

No Brasil, o direito universal, integral e equitativo à saúde está previsto na Constituição Federal de 1988 e consolidado nas leis orgânicas da saúde, que instituíram as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, o acesso à reabilitação, entendida enquanto uma estratégia de saúde e uma resposta social à deficiência, ainda constitui importante desafio à garantia do direito constitucional à saúde e dívida histórica do Estado brasileiro.

Diante de tal realidade, o Ministério da Saúde instituiu, em 2012, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Na condição de rede prioritária, busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, sobretudo, por meio da ampliação da oferta regional de serviços especializados em reabilitação.

Nesse sentido, foi realizado estudo descritivo, ecológico e longitudinal para analisar a oferta regional de serviços especializados em reabilitação no SUS entre 2012 e 2017, adotando-se como unidade de análise os estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde. Utilizou-se dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Plataforma Atlas Brasil 2013 e Censo 2010 do IBGE para caracterização dos estabelecimentos e Regiões de Saúde. Os dados foram consolidados no Excel 2013. Posteriormente, foi realizado o geoprocessamento e análise espacial através do programa QGIS 2.18.18. Os resultados apontam que, entre 2012 e 2017, houve ampliação da oferta e cobertura regional de serviços de reabilitação no país, sendo proporcionalmente maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Percebe-se forte presença do setor privado, sobretudo entidades filantrópicas, em todos os anos. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) responderam por 97% das habilitações no período. Em 2017, observou-se uma cobertura regional maior para a reabilitação Física (40,6%) seguida da Auditiva (27,6%), Intelectual (23,1%) e Visual (10,0%). Regiões com IDHRS $\geq 0,700$ e população ≥ 250 mil habitantes apresentam melhor cobertura, sendo a disparidade menor nas regiões com CER. Apesar da ampliação na oferta e cobertura de serviços de reabilitação, sua distribuição ainda é desigual.

Foi possível concluir que, embora ainda persistam importantes iniquidades regionais e socioeconômicas na oferta de serviços de reabilitação, a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS parece estar contribuindo para uma maior equidade na ampliação da oferta e cobertura de serviços de reabilitação intra e interregionais.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos serviços de saúde, Centros de reabilitação, Equidade em saúde, Pessoas com deficiência, Regionalização

ABSTRACT

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities is an important civilizing framework for the lives of people with disabilities and has initiated a new way of understanding disability and the way society relates to it. The paradigm shift represented by the transition from a biomedical model that restricts to an inclusive bio psychosocial model of disability has brought with it new challenges and opportunities for Brazil towards a more inclusive society.

The universal, integral and equitable right to health is foreseen in the Brazilian Federal Constitution of 1988 and consolidated in the organic laws of health, which established the bases of the Brazilian Health System (SUS). Rehabilitation is understood as a health strategy and a social response to disability. Access to rehabilitation constitutes an important challenge to the guarantee of the constitutional right to health and also a historical debt of the Brazilian State.

In 2012, the Ministry of Health established the Network of Health Care for Persons with Disabilities under SUS. This priority network aims to expand access and qualification of health care to people with disabilities in the SUS, especially through the expansion of the regional supply of health services specializing in rehabilitation.

A longitudinal ecological study was carried out to analyze the regional supply of health services specialized in rehabilitation in the SUS between 2012 and 2017. The unit of analysis was the health establishments authorized by the Ministry of Health. Data from the National Registry of Health Establishments (CNES), Atlas Brasil 2013 Platform and IBGE Census 2010 for the characterization of health establishments and Health Regions. Data were consolidated in Excel 2013. Subsequently, geoprocessing and spatial analysis were performed through the QGIS program 2.18.18. The results showed that, between 2012 and 2017, there was an increase in the supply and regional coverage of health-related rehabilitation services in the country, being proportionally higher in the North, Northeast and Midwest regions. There is a strong presence of the private sector, mainly philanthropic entities, in every year. The Specialized Centers in Rehabilitation (CER) accounted for 97% of the qualifications in the period. In 2017, there was a greater regional coverage for physical rehabilitation (40.6%) followed by Auditory (27.6%), Intellectual (23.1%) and Visual (10.0%). Regions with a Human Development Index in the Health Region (IDHRS) ≥ 0.700 and population ≥ 250 thousand inhabitants have better coverage, with the lowest disparity in the regions with CER. Despite the increase in the supply and coverage of rehabilitation services, its distribution is still uneven.

Although important regional and socioeconomic inequities persist in the provision of specialized services in rehabilitation related to health, the establishment of the Network of Care for the Disabled with SUS seems to have contributed to a greater equity in the expansion of the intra and interregional coverage of these service categories.

KEYWORDS: Health services accessibility, Rehabilitation centers, Regional health planning, Health equity, Disabled persons

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação

AACD – Associação de Assistência à Criança Deficiente

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CGSPCD – Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPDP – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas

DAPES – Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

GM – Gabinete do Ministro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDHRS – Índice de Desenvolvimento Humano da Região de Saúde

LBI – Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência

ONG – Organização Não-Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PCD – Pessoa com Deficiência

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCPCD – Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 15 |
| 2.1. OBJETIVO GERAL..... | 15 |
| 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 15 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 3.1. DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO: HISTÓRICO, CONCEITOS E POLÍTICAS DE SAÚDE..... | 16 |
| 3.1.1. Políticas de saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil..... | 22 |
| 3.2. ACESSO, OFERTA E COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 27 |
| 3.3. REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE..... | 30 |
| 4. MÉTODOS | 34 |
| 4.1. PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS..... | 34 |
| 4.1.1. Serviços Especializados em Reabilitação..... | 34 |
| 4.1.2. Regiões de Saúde | 35 |
| 4.2. ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 38 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 39 |
| 5.1. ARTIGO: Perfil da oferta e distribuição regional de serviços especializados em reabilitação no Brasil em 2012 e 2017..... | 39 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 68 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 70 |
| ANEXO | 76 |

APRESENTAÇÃO

Dadas as reflexões acerca dos desafios enfrentados pelos SUS para a garantia do acesso à reabilitação e a minha aproximação com o tema, seja pelo fato de ter tido uma formação profissional imersa no universo da reabilitação (fisioterapia), seja pela não tão longa mas certamente intensa trajetória profissional no âmbito da saúde pública, nos níveis de gestão municipal e federal, seja ainda pelo fato de estar enquanto colaborador técnico da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, surgiu o interesse em tornar objeto desta pesquisa, a oferta de serviços de reabilitação no âmbito do SUS.

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado profissional intitulada “*OFERTA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO ÂMBITO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE DO PERFIL DOS ESTABELECIMENTOS E COBERTURA REGIONAL ENTRE 2012 E 2017*”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 28 de setembro de 2018.

Espera-se que o presente trabalho possa fornecer contribuições relevantes para a qualificação do processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS em todo país.

1. INTRODUÇÃO

Em todo mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um bilhão de pessoas vivam com algum impedimento de natureza física, sensorial, intelectual ou mental, das quais 200 milhões apresentam dificuldades funcionais importantes(1). Mudanças no perfil etário, epidemiológico e socioeconômicos da população têm impacto direto sobre a funcionalidade da população, resultando em mais anos vividos com deficiência e concomitante aumento da demanda por reabilitação. Na última década, a expectativa de vida mundial ultrapassou pela primeira vez os 60 anos, enquanto que prevalência de doenças crônicas aumentou 18%, sobretudo nos países de média e baixa renda. De acordo com a OMS, 74% dos anos vividos com deficiência (years lived with disability – YLD) seriam atribuíveis a condições para as quais a reabilitação pode ser benéfica, enquanto que 15% desses anos estariam associados a níveis mais graves de deficiência, sendo a reabilitação indispensável nesses casos(2).

Devido à combinação de fenômenos político-econômico-sociais, a transição demográfica e epidemiológica brasileira tem sido caracterizada pela ocorrência de uma ‘tripla carga’, onde convivem as persistentes doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, concomitantemente como as doenças crônicas e seus fatores de risco, além das causas externas, o que tem proporcionado um deslocamento da carga de morbidade dos grupos mais jovens aos mais idosos, contribuindo para uma maior ocorrência de deficiência na população, sobretudo quando associadas a condições socioeconômicas adversas(3,4).

De acordo com dados do último censo demográfico brasileiro, cerca de 24% da população declararam experimentar algum grau de limitação funcional, sendo esta prevalência mais elevada entre os mais longevos e de menor nível socioeconômico(5). Segundo estudo de carga global de doenças, em 2016, as disfunções musculoesqueléticas e alterações auditivas e visuais estavam no topo das principais causas associadas aos anos vividos com deficiência (YLD) entre os brasileiros(6).

A emergência dessa nova realidade epidemiológica e demográfica tem suscitado preocupações de organizações, governantes, acadêmicos e sociedade civil, ao mesmo tempo em que aponta para a importância da reabilitação. A Organização Mundial da Saúde, tem fomentado, por meio de ações coordenadas junto aos países-membros, a ampliação e o fortalecimento das ações e serviços de reabilitação nos sistemas de saúde enquanto forma de promover justiça social(1,7,8).

Apesar de se tratar de direito reconhecido na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (CDPD) e na própria Constituição Federal brasileira(9,10), o acesso às ações e serviços de reabilitação figura entre os principais entraves à atenção às pessoas com deficiência no SUS. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 apontaram que o percentual dessa população que conseguiram ter acesso a tais serviços variou entre 4,8, para pessoas com deficiência visual e 30,4%, no caso da deficiência intelectual(11,12).

De acordo com Bernardes, Maior e Spezia(13), a promoção da justiça social e a proteção dos mais vulneráveis é papel inerente ao Estado, devendo ser garantidos por meios de políticas públicas que busquem reduzir as iniquidades. No caso das pessoas com deficiência, é indispensável ainda que as políticas públicas considerem o caráter heterogêneo desta categoria que reúne indivíduos com limitações de naturezas diversas e diferentes necessidades de saúde, cabendo ao sistema de saúde a garantia de uma atenção universal, integral, equânime e resolutiva à pessoa com deficiência(13).

Os Sistemas de Saúde respondem pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, a partir de um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que configuram-se enquanto resposta social organizada às condições sanitárias daquela população, consonante com a concepção de saúde prevalente na sociedade(14,15). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um longo processo de pactuação social que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988(10,16).

O SUS está orientado para a garantia do acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde a toda população. Contudo, enfrenta importantes desafios frente à dimensão territorial do país e suas diferenças regionais. Nesse sentido, a conformação de redes de atenção e regiões de saúde tem sido apontada como importantes estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS, por meio do aperfeiçoamento político-institucional, assegurando assim maior efetividade e eficiência do conjunto de suas ações e serviços à população(17,18)

Nesse sentido, frente à necessidade do SUS oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva para a atenção às pessoas com deficiência, em 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Orientada pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado e universal à saúde, a RCPCD está pautada na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e no Modelo Biopsicossocial da Deficiência, apresentando-se como alternativa para responder às complexas questões que envolvem o cuidado às pessoas com deficiência(19).

No âmbito da RCPCD, os serviços especializados em reabilitação desempenham papel estratégico, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. Atuando na condição de nó da rede, esses pontos de atenção são estratégicos na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às pessoas com deficiência, inclusive, em termos de acolhimento e humanização do cuidado à pessoa com deficiência(20).

Considerando a escassez de estudos sobre necessidade, oferta, acesso e utilização de serviços especializados em reabilitação, dívida histórica do SUS , bem como a pertinência do tema e sua centralidade na atual conjuntura do SUS, abrangendo a integralidade, a garantia de acesso, a conformação das redes de atenção à saúde regionalizadas e a alocação de recursos; considerando ainda o potencial inovador da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência enquanto política promotora de equidade e justiça social, acredita-se que este estudo possa contribuir para a análise da oferta de serviços de reabilitação. Espera-se ainda que esta pesquisa possa fornecer subsídios para os gestores, nos diversos níveis do sistema, no que concerne à Planejamento, Execução e Avaliação da política de saúde para as pessoas com deficiência, auxiliando nos processos de gestão e tomada de decisão para a gestão.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil da oferta e distribuição regional de serviços especializados em reabilitação no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS entre os anos de 2012 e 2017.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como serviços especializados em reabilitação no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS;
- Descrever a distribuição regional dos serviços especializados em reabilitação, segundo perfil socioeconômico e demográfico das regiões de saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO: HISTÓRICO, CONCEITOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Historicamente, a reabilitação tem sido apresentada como resposta à deficiência e, embora venha sendo utilizada amplamente no campo da saúde, o termo “reabilitação” carece de estrutura conceitual precisa e universalmente aceita. Mais comumente descrita por seus objetivos, a reabilitação tem sido associada imprecisamente a uma variedade de estratégias que vão desde intervenções mais focais para melhorar funções corporais até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão de pessoas com deficiência(1).

Para Bickenbach, Rubinelli e Stucki(21), esta indefinição é resultado de uma ambiguidade em torno do conceito de deficiência, o que afeta sobremaneira as práticas e as políticas de reabilitação. Sendo assim, a deficiência tem sido encarada, ora enquanto uma experiência universal da existência humana, ora à uma construção social acerca de um corpo fora dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade.

Por se tratar de um construto social e historicamente constituído, a deficiência é um conceito em permanente evolução, sendo determinado pelos valores – sociais, morais, filosóficos, éticos e religiosos – vigentes em cada sociedade nos diferentes momentos históricos (22). Nesse sentido, antes mesmo de adentrar às questões específicas da reabilitação, é útil resgatar alguns aspectos históricos sobre as formas com que a sociedade tem se relacionado com a deficiência no decorrer da história.

Nas sociedades antigas, por exemplo, cujos sistemas econômicos eram fundamentalmente baseados em atividades agrícolas, pecuárias e artesanais, o extermínio das pessoas com deficiência era banalizado. A valorização da vida humana era determinada pelo seu grau de utilidade no âmbito dos sistemas de produção. Via de regra, crianças mal formadas ou doentes, quando não sacrificadas, eram abandonadas à própria sorte sem que isso constituísse um problema ético ou moral(22).

Já na Idade Média, com o advento do cristianismo e a emergência de uma nova classe social dominante, a Igreja passou a exercer amplos poderes sobre a sociedade, influenciado inclusive suas relações sociais. Considerados criação e manifestação divina, o homem passa a ser visto enquanto um ser provido de alma e merecedor de cuidados, difundindo-se a doutrina da caridade. Por outro lado, frente a uma conotação sobrenatural e em nome de ideias religiosas como penitência, milagre, purificação e redenção, as pessoas com deficiência

estavam sujeitas à castigos severos, exorcismo, ou mesmo à sentença de morte, sob acusação de bruxaria ou feitiçaria. Outras vezes, as pessoas com deficiência recorriam à caridade para garantir a própria sobrevivência(22–25).

Com a formação dos Estados modernos, no período posterior, o capitalismo mercantil vai se constituindo enquanto novo sistema de produção, dando lugar à nova divisão social do trabalho. Também houve uma crescente valorização da ciência nesse período. De acordo com Aranha(22), essa racionalidade permitiu que a concepção sobrenatural da deficiência cedesse espaço a uma visão naturalista e organicista, passando a deficiência a ser vista como fruto de infortúnios naturais objeto de cuidados da ainda incipiente medicina, atribuindo-lhe assim um caráter mais científico(22,23).

Com a Revolução Industrial, o potencial de produção das pessoas passou a ser supervalorizado em um modelo de produção dependente da força de trabalho humana(23). O crescente número de acidentes e disfunções relacionadas ao trabalho e o aprofundamento dos conhecimentos sobre o corpo humano, despertaram a busca por explicações para a deficiência, bem como o surgimento das primeiras ações na área da reabilitação(26). Surgem as primeiras teorias associando as dificuldades e desigualdades experimentadas pelas pessoas às suas deformidades corporais, fundamentos do Modelo Biomédico(27).

Outros fatos históricos ocorridos entre o final do século XIX e a primeira metade do século XX, como o advento das duas grandes guerras mundiais e a propagação de epidemias decorrentes de um acelerado processo de urbanização e industrialização, bem como os progressos tecnológicos, médicos e das ciências sociais, contribuíram para o despertar de uma maior consciência e responsabilidade social frente à necessidade de ampliação e organização de serviços de reabilitação(25,28). A preocupação principal referia-se à necessidade de reinserir esse grande contingente populacional no processo produtivo, viabilizando a exploração do seu potencial produtivo no modelo de produção vigente(23,28).

Conforme relatado por Bernardes e Araújo(29), para o modelo Biomédico, a abordagem da deficiência se dá sobre a condição biológica, sendo o corpo, enquanto *locus* de manifestação da lesão, único objeto da intervenção da reabilitação visando à correção ou compensação da perda instalada. Pressupunha-se assim que haveria um padrão ou norma para o funcionamento do corpo humano, enquanto a deficiência era vista como um desvio desta normalidade passível de ser reparada. A pessoa com deficiência deveria então adaptar-se à maneira como a sociedade está organizada e, para tanto, estariam sujeitas à jurisdição, ao controle e à vigilância da (bio)medicina, a quem competia promover sua correção ou compensação(29).

Sendo assim, buscava-se “trabalhar” essas pessoas para aproximá-la o máximo possível do “normal” (corporal e estatístico), sendo o indivíduo o único alvo da mudança(22).

Sobre o modelo biomédico, Aranha(p. 16-17)(22) resume da seguinte forma:

O modelo de atenção adotado passou a se constituir de três etapas: a primeira, de avaliação, onde uma equipe de profissionais identifica o que, em sua opinião, necessita ser modificado no sujeito ou em sua vida, de forma a torná-lo o mais “normal” possível. A fase seguinte, consequência desta e a ela consequente, chamada de intervenção (ensino, treinamento, capacitação, etc.), onde profissionais passam a oferecer atendimento formal e sistematizado do sujeito em questão, norteados pelos resultados e decisões tomados na fase anterior. À medida que os objetivos vão sendo alcançados e a equipe considera que a pessoa se encontra pronta para a vida independente na comunidade, efetiva-se a última fase, constituída do encaminhamento ou re-encaminhamento desta para a vida na comunidade (ARANHA, 2001. p. 16-7).

Entretanto, surgia na década de 1970, um novo movimento teórico-político que buscava desconstruir a ideia de que a desigualdade pela deficiência estava no corpo com lesões, mas sim nas várias barreiras físicas, econômicas, políticas e sociais da vida em sociedade, deslocando as reivindicações das pessoas com deficiência para um campo de mudanças estruturais na sociedade para equiparação de oportunidades e promoção da justiça. A deficiência deixa de ser percebida como mera expressão de uma restrição de habilidade de um corpo disforme, para representar a expressão da desigualdade experimentada por uma pessoa com um lesão ou impedimento em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida, inaugurando o Modelo Social da Deficiência(30).

De forma bem didática, Diniz (p.9)(30) confronta os dois modelos explicativos da deficiência:

"O modelo médico de compreensão da deficiência assim pode catalogar um corpo cego: alguém que não enxerga ou alguém a quem falta a visão - esse é um fato biológico. No entanto, o modelo social da deficiência vai além: a experiência da desigualdade pela cegueira só se manifesta em uma sociedade pouco sensível à diversidade de estilos de vida" (DINIZ, 2006. p.9).

Sendo assim, para o modelo biomédico, a desigualdade experimentada por pessoas com deficiência advém do corpo com lesões. Nesse caso, “devolver” ou “restaurar” um padrão de funcionamento corporal considerado normal ou mais próximo possível da normalidade deve ser a resposta social a ser buscada, tendo sua centralidade na biomedicina. Já para o modelo social, a desvantagem social da deficiência tem origem na sociedade e seu ordenamento excludente que, pouco afeta aos diferentes modos de se estar no mundo acabam por promover segregação e opressão. Nesse caso, a resposta social deve buscar a garantia da participação e inclusão social do indivíduo, por meio de políticas públicas que promovam justiça social(21).

Logo, o modelo social busca uma compreensão alternativa ao modelo biomédico, sem, contudo, desconsiderar a importância de avanços na área da medicina para a saúde das pessoas com deficiência. Pretendia-se a atingir políticas públicas para a deficiência, uma vez que se deslocava a centralidade da determinação da deficiência da perspectiva individual de um corpo com lesão, para uma perceptiva coletiva de uma sociedade excludente e opressora. O resultado foi uma separação radical entre lesão e deficiência, ficando a primeira à cargo dos cuidados biomédicos e a segunda no campo dos direitos, da justiça social e das políticas de bem estar(30), o que levantou a necessidade de desenvolver novos instrumentos analíticos para a caracterização da experiência da deficiência(31).

Nessa esteira, propondo uma linguagem universal acerca das questões relacionadas à deficiência, a OMS publicou em 1980 o documento “*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)*”, para o qual haveria uma relação linear de causalidade entre perdas ou alterações corporais (*impairments*), restrições de habilidades (*disabilities*) e desvantagens experimentadas pelas pessoas com essas condições (*handicaps*). Nesse caso, as desvantagens experimentadas por um pessoa com deficiência seriam resultado das restrições decorrentes do corpo lesado, incapaz de se adaptar a uma vida social “normal”(32).

Embora o modelo proposto pelo ICIDH tenha fornecido as bases para definições de reabilitação, bem como o desenvolvimento do campo, seja no que concerne à prática e pesquisa, seja na elaboração de leis e políticas públicas, ele não reconheceu explicitamente o papel do ambiente na determinação da deficiência, permanecendo centrado na individualização das causas e consequências da deficiência proposto pelo modelo biomédico e desconsiderando grande parte do debate contemporâneo sobre a determinação da deficiência(31).

Assim, a CIDID encontrou resistência do grupo político que pautava, por meio dos chamados “Estudos sobre Deficiência”, a insuficiência do paradigma biomédico em reconhece-la enquanto produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais, não sendo pois atribuível às pessoas ou considerada uma consequência inevitável do impedimento(29), sendo pois uma experiência de desigualdade e opressão social, ideia central do modelo social da deficiência(30,31).

Após 20 anos de intensos debates, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), sucessora da ICIDH, incorpora as críticas do Modelo Social, estabelecendo uma nova e mais abrangente visão do binômio funcionalidade-deficiência, que ficou conhecido como o modelo biopsicossocial da deficiência. Assim, a funcionalidade passa

a ser um conceito guarda-chuva, sendo a deficiência caracterizada a partir das manifestações nos diferentes domínios da vida, abarcando, além das funções e estruturas do corpo, os domínios da atividade e participação, fatores ambientais e fatores pessoais(32,33).

O advento da CIF representou um marco importante para o movimento de desconstrução da ideia da deficiência como anormalidade, deslocando o foco meramente biomédico. As reivindicações deslocaram-se de um campo meramente de acesso a tecnologias de saúde para outro de mudanças estruturais na sociedade para equiparação de oportunidades e promoção da justiça, o que inclui os avanços na área da medicina para a saúde das pessoas com deficiência(31).

A CIF trouxe consigo um novo olhar para a reabilitação e seus objetivos, imprimindo-lhes mudanças conceituais a fim adequar-se ao novo paradigma da deficiência. Seus objetivos passaram a relacionar-se com a promoção de um nível ideal de funcionalidade, estando suas intervenções voltadas à melhoria das funções e estruturas do corpo e atividades, bem como, para superação das barreiras ambientais, inclusive por meio do fornecimento de apoios ou intervenções no ambiente individual. Seu objeto de ação deixa de ser o corpo com lesão *stricto sensu*, e passa a ser a interação desse corpo com o meio que o circunda. Desta forma, a reabilitação no âmbito da saúde proporciona a melhora tanto a capacidade funcional (funções e estruturas do corpo) quanto o desempenho (atividades e participação)(21,34).

Esse modelo (biopsicossocial) foi ratificado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (CDPD) que, embora reconheça a deficiência enquanto um conceito em evolução, passou considerar pessoa com deficiência toda aquela que tem “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”(9). Tal definição reafirma a determinação multidimensional da deficiência, reforçando ainda o caráter universal da deficiência enquanto uma condição de existência que todos, em alguma medida, experimentarão(32).

Para Santos(31), com o advento da CIF, a deficiência deixa de ser caracterizada por sua causa, passando a ser analisada a partir das manifestações verificadas nas diversas dimensões e domínios da vida e seu impacto no desempenho de atividades cotidianas. Sendo assim, o binômio funcionalidade-deficiência caracteriza-se enquanto um *continuum* resultante da interação entre Estruturas e Funções do Corpo com Fatores Ambientais. Nessa perspectiva, uma interação positiva entre esses fatores resultaria em uma condição de plena atividade e participação, ou seja, funcionalidade. Por outro lado, uma interação negativa resultaria em

limitação no desempenho de atividade e restrição de participação. Neste caso, uma pessoa experimentará uma situação de deficiência quando a interação entre esses fatores resultar efetivamente em restrição de atividade e participação social.

Numa perspectiva semelhante, Stucki, Cieza e Melvin(33) advogam que a reabilitação baseada no modelo de funcionalidade da CIF busca aplicar e integrar abordagens biomédicas e de engenharia para otimizar a capacidade funcional, desenvolver e fortalecer recursos pessoais, bem como proporcionar um ambiente facilitador, possibilitando um melhor desempenho da pessoa na interação com o meio ambiente.

A OMS, define reabilitação como “um conjunto de intervenções destinadas a reduzir a deficiência e otimizar a funcionalidade em indivíduos com doenças, disfunções, lesões entre outras condições de saúde em interação com o meio ambiente”, auxiliando as pessoas com deficiência na manutenção da máxima independência e promovendo seu desempenho e sua participação social(8). Adicionalmente, o Relatório Mundial acrescenta que tais medidas visam às funções e estruturas corporais, atividades e participação, fatores ambientais e pessoais(1).

Entretanto, Meyer et al.(35) chama atenção de que a CIF, assim como as demais classificações da OMS, estão associadas ao nível individual (micro) do cuidado e, apontando para a necessidade de haver uma descrição abrangente dos cuidados de saúde para pessoas com deficiência incluindo o contexto em que ocorre a intervenção (nível meso do cuidado), entendido aqui como serviço de reabilitação.

Para Chen e Yang(36), ainda que os serviços de reabilitação possam ser ofertados por profissionais isoladamente, as intervenções de tratamento de reabilitação requerem integração das práticas médicas, psicossociais e funcionais, ofertadas por uma equipe multiprofissional, sobretudo, nos casos de maior complexidade. O trabalho multiprofissional potencializa os resultados individualmente, resultado em uma reabilitação mais resolutiva e de qualidade.

De acordo com Meyer et al(35) Em uma perspectiva geral do cuidado à saúde, o termo “serviço” tem amplo uso e pode se referir a diferentes níveis do cuidado. No nível micro, serviço relaciona-se a um “pacote” de intervenções entregues pelo prestador ao usuário. No nível macro, serviço refere-se mais amplamente à política ou setor saúde. Já no nível meso, o serviço pode ser considerado sob duas perspectivas. Primeiro, enquanto aquilo que uma unidade de saúde oferece, em termos de produtos intangíveis à usuário com certas características relacionadas à saúde. Na segunda perspectiva, serviços diz respeito às instalações ou pontos onde são realizadas tais entregas que contam com uma configuração organizacional específica e profissionais especializados.

Para o presente estudo, foram considerados serviços especializados em reabilitação aqueles estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde, privilegiando aspectos organizacionais mais relacionados aos prestadores de serviços que, segundo Gutenbruner et al.(34) incluem a estrutura da instituição (localização, organização, etc.), os recursos (recursos humanos e técnicos), além de outros aspectos. Na medida em que se caracterizam enquanto unidades organizacionais de saúde (Unidades de reabilitação) que ofertam produtos intangíveis (cuidado) a pessoas com certas características relacionadas à saúde (pessoas com deficiência). Tais aspectos aproximam-se da definição do nível meso do cuidado apontada por Meyer et al.(35).

No presente estudo, foram priorizadas características socio-organizativa para análise da oferta de serviços de reabilitação, apontado para os estabelecimentos de saúde especializados em reabilitação enquanto unidade de análise.

3.1.1. Políticas de Saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil

Ao longo do ciclo vital, os indivíduos costumam experimentar alguma limitação de maior impacto em seu cotidiano. No entanto, conforme já foi exposto anteriormente, certas dificuldades de ordem cognitiva, emocional, sensorial ou física podem impactar de forma mais negativa nas suas atividades e participação, impondo maiores esforços de adaptação frente à deficiência resultante, tanto por parte da pessoa diretamente afetada e daqueles que formam o seu meio socioafetivo, mas também da sociedade de forma geral. Nessas circunstâncias, suporte e acompanhamento multiprofissionais tornam-se indispensáveis para assegurar bem-estar, autonomia e desenvolvimento da pessoa com deficiência(37).

Por outro lado, as pessoas com deficiência constituem um grupo bastante heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com impedimentos de diversas naturezas – física, sensorial, intelectual. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento devem considerar um mosaico de diferentes demandas e necessidades(13).

Contudo, assim como o próprio conceito de deficiência, a forma como a sociedade se organiza para responder às demandas das pessoas com deficiência também é determinada por fatores histórico-contextuais, acompanhando a evolução do conceito de deficiência e sua relação com a sociedade no tempo. As políticas de saúde para pessoas com deficiência no Brasil refletem as diversas transformações sociais pela qual passou a sociedade brasileira ao longo da sua história(38).

No Brasil colonial, as práticas de isolamento e exclusão social das pessoas com deficiência eram comuns. As pessoas com deficiência eram confinadas pela família e, em caso de perturbação da ordem social, eram recolhidas a instituições como Santas Casas, prisões ou outras instituições, cuja função era essencialmente banir as pessoas com deficiência do convívio social. Fundado em 1741, o Hospital de Lázarus mantinha pessoas com hanseníase, também conhecidas na época leprosas, insuportáveis ou morfética. Exemplos como estes se multiplicaram pelo país e permaneceram por longa data enquanto principal iniciativa voltada ao “tratamento” desta população(27).

É somente durante o império que surgem as primeiras ações oficiais do “Estado” voltadas para atender pessoas com deficiência. Em 1852, sob o regime do Imperador D. Pedro II, entrava em funcionamento o hospital Dom Pedro II, destinado ao tratamento dos “alienados”. Naquela mesma década, eram fundados também o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (1854), atual Instituto Benjamin Constant e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (1856), hoje Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES que, inspirados no ideário iluminista, tinham como objetivo central a inserção social por meio do ensino das letras, das ciências, da religião e ofícios manuais(26).

Até a primeira metade do século XX, poucas ações voltadas para as pessoas com deficiência foram efetivamente promovidas pelo Estado, limitando-se à modesta e lenta expansão de institutos de cegos e surdos em outras localidades, restringindo-se às ações na área da educação e sem a necessária distribuição espacial pelo território nacional(27).

Diante da insuficiência do Estado e por iniciativa da sociedade civil, surgem as primeiras organizações voltadas para a assistência às pessoas com deficiência nas áreas da saúde (mas também educação e assistência social). Entre 1932 e 1954, emergem no país os movimentos pestalozziano (Sociedades Pestalozzi) e apaeano (Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE) como principais iniciativas para atender às pessoas com deficiência intelectual que, até então eram consideradas “loucas” e tratada em hospícios. Ainda na década de 1950, impulsionado pelo grande surto de poliomielite no Brasil e sob influência dos modelos americano e europeu de reabilitação do pós-guerra, são criados os primeiros centros de reabilitação física, com destaque para a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR e a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (atualmente, Associação de Assistência à Criança Deficiente), cuja finalidade principal era proporcionar a reintegração do paciente à vida em sociedade(27).

Entretanto, as ações promovidas por estas organizações perpetuavam o caráter assistencialista, filantrópico e caritativo, considerando as pessoas com deficiência como

objetos passíveis da benevolência alheia. Consonantemente, o Estado compactuava com tal perspectiva, viabilizando subsídios sem delimitar parâmetros para uma política social voltada às demais demandas desse grupo(38).

Contudo, é no seio dessas organizações que começam a surgir grupos de pessoas com deficiência que se reuniam motivadamente pela solidariedade entre pares, visando auxílio mútuo e sobrevivência sem fins políticos *a priori*. Embora sua abrangência fosse, de forma geral, local, esses grupos serviram de embrião para o que seria a base para a estruturação do forte movimento social da pessoa com deficiência que viria a tomar as proporções nacionais(27,38).

Inspiradas nos diversos setores da sociedade brasileira que lutavam por direitos e contra o preconceito, a organização política das pessoas com deficiência viria só no final dos anos 1970, reivindicando não apenas direitos e cidadania, mas, também, reconhecimento de sua existência. Entre as décadas de 1970 e 1980, mobilizadas para a defesa dos direitos de todo o segmento social, surgem as primeiras organizações “de” pessoas com deficiência, em contraposição àquelas instituições “para” pessoas com deficiência, lançando as bases para o movimento social e político das pessoas com deficiência(27,39).

Embora o propósito inicial fosse formar um movimento único das pessoas com deficiência, conflitos internos do grupo frutos da dificuldade de atender às necessidades específicas de cada grupo levou a um rearranjo no movimento das pessoas com deficiência no Brasil e à definição de uma nova estratégia política: organização por tipo de deficiência. Entretanto, esta estratégia visava melhor atender às especificidades de cada uma, sem excluir a ação conjunta para as questões de âmbito geral(27).

Nesse sentido, as lutas do movimento das pessoas com deficiência materializaram-se na Constituição Federal de 1988. A participação na constituinte viabilizou a construção de políticas sociais com a garantia de direitos dessas pessoas, Até então, as ações estatais eram limitadas, esporádicas, sem continuidade, desarticuladas e centradas na educação(27). Os artigos da Constituição Federal de 1988 condizentes a esse processo vislumbravam formas de proteção social das pessoas com deficiência, e se constituíram em expressão dos anseios e lutas desse grupo.

A partir de então, impulsionou-se um processo de aprimoramento das políticas sociais e de proteção social no Brasil. Em 1989, a Lei nº 7.853/89 juntamente com o Decreto nº 3.298/99 que a regulamentou, estabeleceram a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, procurando garantir o pleno acesso à saúde, à educação, à habilitação e reabilitação profissionais, ao trabalho, entre outras áreas. No âmbito da saúde,

buscava-se o desenvolvimento de ações preventivas, de diagnóstico e encaminhamento precoce para tratamento; programas específicos de prevenção de acidentes, além da criação de redes de serviços especializados em reabilitação e habilitação. Também foi nesta ocasião que estabeleceu-se a Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, órgão de grande importância no encaminhamento das lutas das PCD(40).

Em 1991, por meio da portaria 827/1991, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, com o objetivo de reduzir a incidência de deficiência, bem como garantir a atenção integral à saúde desta população. Em decorrência desse programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de normativas referentes a procedimentos de reabilitação em nível hospitalar e ambulatorial, Como exemplo, em 1993, as portarias SAS/MS nº 116 e GM/MS nº 146, incluíram e regulamentaram a concessão das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, além de prever sua adaptação e treinamento do uso em serviços especializados em reabilitação(40) .

Mais tarde, por meio da portaria MS/GM 1.060/2002(41) seria instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, tendo como propósito a reabilitação das pessoas com deficiência, de maneira a contribuir para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, proteger sua saúde, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Para o alcance destes propósitos, foram estabelecidas diretrizes voltadas para a assistência integral à saúde da pessoa com deficiência e para a organização e o funcionamento dos serviços de atenção voltados para este público.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência fomentou a instituição das Redes Estaduais de atenção às pessoas com deficiência física, auditiva e visual, respectivamente. Por meio da Portaria GM/MS Nº818/2001 foram estabelecidos os mecanismos necessários para a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à pessoa com deficiência física. Consecutivamente as portarias GM/MS Nº2.073/2004 e SAS/MS Nº 587/2004 orientaram a organização e a implantação de redes estaduais de atenção à saúde auditiva, sendo as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual estabelecidas por meio da portaria GM/MS Nº 3.128/2008 que definiu as normas, critérios e parâmetros técnicos para sua organização e implantação(40).

Além da assistência multiprofissional em reabilitação, estava previsto ainda o fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como sua concessão, adaptação e o treinamento do paciente pelas unidades de reabilitação Física, Auditiva e Visual componentes de cada uma das redes (Física, Auditiva ou Visual). Contudo, ainda que possam

ter logrado avanços no campo da oferta de serviços de reabilitação no SUS, tais iniciativas apresentavam caráter fragmentário de pouca eficácia em termos de equacionamento das complexas que envolvem o cuidado à pessoa com deficiência(20).

Com o advento da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência(9), a qual o Brasil incorporou à legislação brasileira com status de emenda à constituição desde 2009, novos desafios foram impostos à formulação de políticas públicas capazes de garantir maior autonomia, participação social, acesso à saúde, à educação, para as pessoas com deficiência e proporcionem uma efetiva mudança do paradigma da deficiência.

Em linha com a convenção, o Governo Federal instituiu, por meio do Decreto Nº 7.612/2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite(42). Com a finalidade de integrar e articular políticas, programas e ações, para promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, o Plano foi dividido em quatro eixos de atuação – acesso à educação; atenção à saúde; inclusão social; e acessibilidade).

No eixo da saúde, o Plano Viver sem Limite ganha materialidade com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da Portaria nº 793/2012, inaugurando uma forma nova de lidar com a saúde da Pessoa com Deficiência. Essa nova modelagem, apresenta as premissas estruturantes para a implementação de uma nova rede, tais como a articulação clara entre os pontos de atenção, entendendo que a Pessoa com Deficiência é usuária do sistema de saúde em sua integralidade com todos os seus recursos e não só do Centro de Referência(19).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, responsável pela coordenação do cuidado e ordenadora do sistema, garantindo assim a realização das intervenções do primeiro nível de atenção e procedendo respectivos encaminhamentos para demais pontos de atenção da rede de cuidados da pessoa com deficiência. Por outro lado, o cuidado especializado em reabilitação é necessário para dar efetividade e consequência à Atenção Primária, provendo assistência especializada aos que dela necessitam, em busca de um cuidado integral(43).

A Rede criou, no componente de Atenção Especializada, os Centros Especializados em Reabilitação como novos espaços e sob uma nova lógica de organização da reabilitação, rompendo com a lógica da reabilitação por modalidade de deficiência fechada e isolada sobre si mesma. A Rede cria condições de tratamento em reabilitação a partir do CER, que, na condição de nó da Rede, articula os outros componentes e pontos de atenção. O CER é,

portanto, estratégico na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às pessoas com deficiência(20).

Mais recentemente, foi instituída a Lei 13.146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência - LBI ou Estatuto da Pessoa com Deficiência), com vista a “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania”. A LBI regulamenta a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no país a partir do estabelecimento dos procedimentos necessários à sua a materialização nas políticas públicas e no cotidiano dos cidadãos brasileiro(44).

3.2. ACESSO, OFERTA E COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Acesso é um conceito complexo, multifacetado e multidimensional, que varia entre autores e em função do tempo e contexto, sendo empregado muitas vezes de forma imprecisa(45). Envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, o acesso é um conceito socialmente construído e determinado pelo contexto sociocultural que configura as necessidades em saúde em suas dimensões percebida, demandada e ofertada(46,47).

No âmbito da saúde, o acesso relaciona-se aos fatores que facilitam e dificultam a obtenção de um determinado serviço ou tratamento e, portanto, está intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos(48). No campo da avaliação de sistemas de saúde, o acesso também é considerado uma das dimensões do desempenho do sistema de saúde representaria, em última análise, a grau de facilidade (ou dificuldade) para a utilização de serviços de saúde pela população(49,50).

Segundo Assis e Jesus(46), o acesso é mediado por fatores predisponentes, capacitantes e determinantes. Os fatores predisponentes afetam a predisposição dos indivíduos para a utilização dos serviços de saúde. Diz respeito àqueles que existiam antes mesmo do surgimento do problema de saúde, à exemplo de fatores sociodemográficos (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros). Os fatores capacitantes referem-se aos meios disponíveis para o uso dos serviços. Estes seriam condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços. Já os fatores determinantes referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela auto- percepção.

No que se refere à terminologia, não há consenso quanto ao termo a ser empregado. Alguns autores utilizam o termo acessibilidade enquanto qualidade do que é acessível. Outros utilizam o termo acesso, como ato de ingressar. Outros ainda utilizam ambos os termos enquanto sinônimos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde(45,51).

Para Donabedian(52), o termo acessibilidade seria sinônimo de acesso e estaria relacionado às características da oferta que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços de saúde. Para o autor, a acessibilidade seria subdivida em duas dimensões inter-relacionadas entre si. A dimensão socio-organizacional refere-se a atributos dos serviços de saúde, quanto à sua organização e operação, ao passo que a dimensão geográfica, definida como uma função do tempo e do espaço, está associada a aspectos como distância, tempo de deslocamento, disponibilidade de transporte, custo da viagem, entre outros. Nessa perspectiva, acessibilidade não se restringe à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço, abrangendo uma gama maior de significados que permeiam a relação entre a oferta de serviços e as necessidades da população

Para Travassos e Martins(45), a definição de acessibilidade proposta por Donabedian amplia a abrangência do conceito de acesso, extrapolando os aspectos relacionados à entrada e a utilização ou não de serviços de saúde. A acessibilidade corresponderia ao grau de (des)ajuste existente entre as necessidades dos usuários e os serviços e recursos utilizados, incluindo a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos aplicados às necessidades de saúde dos pacientes. Contudo, argumentam que conceito de acessibilidade de Donabedian ainda é limitado, uma vez que não considera as etapas de percepção de problemas de saúde (necessidade de saúde) e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos.

Sanchez e Ciconelli(53) descrevem quatro dimensões do acesso à saúde: disponibilidade, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade. A primeira refere-se a um conceito físico e geográfico, representando a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento oportuno. A segunda compreende os custos de utilização dos serviços e a capacidade de pagamento dos indivíduos, relacionando-se ao financiamento do sistema. Já a informação, considerada essencial para a compreensão de cada uma das dimensões do acesso, reflete a noção do empoderamento para a tomada de decisão bem informadas sobre o uso dos serviços de saúde. Por fim, a aceitabilidade resultaria da relação entre a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades, sendo a dimensão menos tangível do acesso.

Andersen(54), por outro lado, vale-se do termo acesso não só para caracterizar a entrada no serviço de saúde, mas também a continuidade do cuidado em momentos subsequentes. Nessa perspectiva, o autor incorpora duas noções ao conceito de acesso, o “acesso potencial”, que se caracteriza pela presença de fatores capacitantes para o uso de serviços, os quais forneceriam os meios para uso dos serviços, ampliando sua probabilidade de uso. Já o “acesso realizado” corresponderia à utilização dos serviços de saúde propriamente dita. Nessa perspectiva, ambos seriam elementos relacionados à organização dos serviços de saúde que exprimem o grau de (in)equidade do acesso.

O acesso pode também ser analisado na perspectiva dos três níveis sanitários: no nível microssanitário, estariam compreendidos aspectos relacionados ao processo de trabalho (relação entre gestores, trabalhadores e usuários, associadas às práticas de cuidado e suas conexões com o acesso, vínculo e acolhimento). O nível mesossanitário corresponderia à organização da rede de saúde (determinações estruturais e de fluxos de comunicação no âmbito da rede de atendimento e de seus níveis de atenção) enquanto que o nível macrossanitário estaria relacionado aos aspectos relativos ao modelo e sistema de saúde (racionalidade que organiza a lógica da política no âmbito da gestão pública)(47).

Sendo assim, a forma como os sistemas de saúde se organizam pode influenciar na disponibilidade, qualidade e custo dos serviços, favorecendo a criação de barreiras aos usuários que resultam em desigualdade no acesso. Nesse sentido, o acesso à saúde tem sido cada vez mais discutido em uma perspectiva de justiça social, à medida em que as iniquidades, enquanto desvantagens atribuíveis a fatores que vão além do controle do indivíduo, são consideradas desigualdades injustas e evitáveis, cujas redução tem sido demonstradas ser custo-efetivas(53).

Em última análise, as políticas de saúde exercem influência direta sobre acesso à saúde uma vez que interferem na organização do sistema de saúde, nas formas de financiamento, na conformação da participação pública e privada, na composição tecnológica e na localização e distribuição geográfica dos serviços e equipamentos de saúde(51).

Para promover o acesso mais equitativo, as políticas de saúde devem ser capazes de buscar a eliminação de barreiras existentes entre os serviços e a comunidade e a desproporção entre a oferta e a demanda existente, bem como constituir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral(46).

A cobertura é um outro conceito que se relaciona com o acesso e utilização de serviços de saúde. Embora seja empregado classicamente para expressar o alcance de determinada medida sanitária (p. ex. cobertura vacinal), para alguns autores(49,55,56), o conceito de

cobertura pode ser analisado sob duas perspectivas. Em uma primeira perspectiva, a cobertura real ou efetiva exprime o cumprimento da prestação ou utilização efetiva de um serviço de saúde, estando este conceito associado à noção de “acesso realizado”, descrito por Andersen(54).

Já a cobertura potencial corresponderia à capacidade e ou possibilidade da oferta. Nesse perspectiva, cobertura potencial caracterizaria a presença de fatores capacitantes (como a disponibilidade do serviço), ainda que sua utilização efetiva também seja determinada por outros fatores predisponentes e as necessidades de saúde(53,54,56).

Por outro lado, Travassos e Castro(51) afirmam que a disponibilidade é condição absolutamente necessária ao acesso e utilização de serviço de saúde constituindo-se enquanto característica mais importante para o acesso e a utilização efetiva dos serviços pela população.

Silva, Gonçalves e Soares(57) são categóricos ao afirmar que a avaliação da cobertura refere-se à disponibilidade e distribuição social e espacial dos recursos e serviços de saúde, estando este entre os componentes da avaliação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo optou por adotar a concepção de cobertura descrita por Silva, Gonçalves e Soares(57) entendendo que cobertura refere-se ao um componente da oferta relacionado à disponibilidade ou presença física do serviço em uma perspectiva geográfica do acesso.

No que concerne à atenção especializada em reabilitação, tais aspectos são particularmente importantes uma vez que as barreiras geográficas têm impactos distintos nos diferentes níveis de complexidade dos serviços. Embora os deslocamentos em busca de serviços especializados sejam, normalmente, mais longos do que aqueles que demandam níveis de atenção mais simples, as desigualdades regionais de acesso a esses serviços expressam sobremaneira as desigualdades relacionadas à oferta(48). Portanto, a investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve levar em conta o padrão de localização destes serviços, e a variação nas distâncias que os indivíduos com problemas de saúde semelhantes devem percorrer para obter atendimento(49).

3.3. REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nas últimas décadas, a tendência de organização das políticas sociais, tendo como eixo a dinâmica socioeconômica, política e cultural da população em seu território, têm conquistado cada vez mais espaço e legitimidade no Brasil e no mundo. As políticas públicas

buscam, por meio de uma atuação com configuração em rede, superar as classificações formais como também as delimitações político-administrativas, a exemplo dos processos de regionalização(58).

No Brasil, o fortalecimento do papel do Estado e sua responsabilização como condutor das ações de saúde despontou no poder público a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitassem o uso racional dos recursos disponíveis visando promover a ampliação do atendimento à toda população. Propostas baseadas no perfil epidemiológico, na regionalização e hierarquização e na descentralização da gestão ganharam força e a estruturação em uma rede regionalizada e hierarquizada passou a ser a principal característica que norteia a organização do SUS, desde a promulgação da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde(59).

Após a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde (lei 8080 e 8142/1990), as Normas Operacionais Básicas – NOB e Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS, buscaram definir os papéis dos entes federados na gestão do SUS. A NOB 96 alavancou a descentralização do SUS, sobretudo, do ponto de vista da gestão, responsabilizando os municípios pela totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde organizados em rede regionalizada e hierarquizada, de modo a garantir o atendimento integral a seus municípios(60).

Se por um lado a descentralização com ênfase na estratégia de municipalização possibilitou a ampliação do acesso à saúde, a inovação na gestão e o aumento da participação da população (61), por outro, acabou gerando fragmentação do sistema de saúde e segmentação de níveis assistenciais, além de dificultar a coordenação e a proatividade das Secretarias Estaduais de Saúde(62).

Os limites relacionados ao acesso e equidade em um sistema exclusivamente de base municipal foram alvo de preocupação desde o advento da própria NOB 96(60), principal responsável pela indução da municipalização do SUS:

“A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS” (NOB, 96).

A grande maioria dos municípios brasileiros (cerca de 70%) é constituída por municípios de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes)(5), dispondo, na maioria das vezes apenas de serviços restritos à Atenção Básica (AB) e, quanto existentes, alguns de Atenção

Especializada (AE) de menor complexidade. Tal realidade aponta para a necessidade da constituição de sistemas e redes regionalizadas, visando uma melhor organização no aporte e na alocação de recursos financeiros e tecnológicos, programação de demandas e fluxos assistenciais, acessibilidade e um atendimento mais eficiente e bem qualificado(62).

Presente no arcabouço normativo do SUS desde a Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânica da Saúde, a regionalização da saúde tem sido assumida como estratégia necessária à descentralização da rede e tem ocupado lugar de destaque no debate da reorganização do SUS(59,63).

Contudo, Albuquerque e Viana(18) afirmam que os processos de descentralização, regionalização e configuração de redes assistenciais nem sempre caminharam juntos desde instituição do SUS. Para as autoras, a indução da regionalização e conformação de redes no país só entrou na agenda da política de saúde nos anos 2000, sendo possível distinguir três fases desse processo a partir de então. A primeira caracterizou-se por uma regionalização normativa com redes de serviço regionalizadas e hierarquizadas induzidas pela instituição da NOAS (2001). A segunda fase teve início com Pacto pela Saúde em 2006, tendo como características as regiões negociadas e redes de atenção regionalizadas e integradas. Já a terceira fase foi instituída em 2011 pelo Decreto 7508/2011, cuja indução se deu a partir de regiões negociadas e contratualizadas com as RAS(18)

Da mesma forma, ainda que seja possível apontar importantes avanços no processo de regionalização, persistem desafios equitativos frente às enormes desigualdades existentes entre as necessidades em saúde e a distribuição da rede de serviços. A presença de enormes regiões destituídas da rede necessária para uma atenção integral à saúde (vazios assistenciais), reflete um processo de descentralização sem integração regional e fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior complexidade, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população à saúde(18,64)

Estudos recentes têm apontado que apesar dos avanços em alguns indicadores, o Brasil ainda convive com importantes desigualdades econômica e de oferta de serviços, expondo a face territorial da desigualdade no país. Nesse sentido, demonstra-se também que populações de algumas regiões do Brasil necessitam de mais recursos do que outras, indicando a necessidade de um planejamento regional que combine incentivos econômicos e investimentos em políticas sociais para a melhoria das condições de vida e redução das desigualdades(65).

Para Mendes(4) há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos explicados pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas,

para as quais as resposta social tem se dado por meio de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. A solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde.

Assim como a regionalização, a temática das Redes de Atenção à Saúde (RAS) não é nova. O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 já traz que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, trazendo assim alguns elementos fundamentais na RAS. No entanto, a discussão doutrinária sobre o que são RAS bem como sua normatividade no âmbito do SUS é mais recente e tem ocorrido de forma mais intensa nos últimos anos (66). O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/1990(67), coloca as RAS como formas de organização do SUS nas Regiões de Saúde, constituindo as bases sólidas, no plano normativo, para a operacionalização das RAS no sistema público brasileiro.

Mendes(4) (p. 2300) conceitua Redes de Atenção à Saúde como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Já a Portaria 4.279/2010(17) traz o conceito de RAS 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”. Sendo assim, reafirma as RAS como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada.

Esta portaria inaugurou uma nova forma de conceber o planejamento regional na saúde, abrigo espaço para que as RAS passassem a ser implementadas e organizadas segundo linhas de cuidado temáticas, denominadas então como Redes Temáticas ou Prioritárias. Entre estas Redes temáticas, destaca-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, instituída pela Portaria Nº 793/2012, rede essa central para a proposta do atual estudo.

4. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, referente à cobertura regional de serviços especializados em reabilitação. Foi analisada a oferta de serviços especializados em reabilitação nas 438 Regiões de Saúde instituídas até 31 de dezembro de 2017 das 27 Unidades da Federação do país.

Utilizou-se dados secundários do Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, bem como do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e da Plataforma AtlasBrasil 2013 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

4.1. PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.1.1. Serviços Especializados em Reabilitação

Para fins do presente estudo, os dados referentes aos estabelecimentos de saúde foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), base de dados nacional que, desde 2015, consolida informações referentes à estrutura física e de funcionamento de todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados de todo país, inclusive aqueles que não prestam atendimento ao SUS(68).

As habilitações são atributos definidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, em legislação específica, cujo objetivo é identificar a capacidade de estabelecimentos de saúde para o desenvolvimento de ações e realização de procedimentos específicos. No caso dos serviços especializados em reabilitação, os estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde cumprem exigências estabelecidas em Normas Técnicas específicas que incluem os aspectos relacionados à capacidade técnicas do serviço, como composição da equipe multiprofissional, estrutura física e equipamentos.

O presente estudo considerou os estabelecimentos de saúde que tinham habilitações como serviço especializado em reabilitação em nível ambulatorial, cujo códigos de habilitação estão classificados na tabela de habilitações do CNES. Atualmente, existem 11 códigos de habilitações relacionados a serviços especializados em reabilitação em nível ambulatorial, classificados de acordo com o tipo habilitação e modalidade de reabilitação, sendo estes 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210 e 2211. Até dezembro de 2013, os códigos 2204 e 2205 eram classificados como 0302 e 0303, respectivamente, sendo estes últimos incluídos também no presente estudo.

Os estabelecimentos de saúde foram caracterizados segundo Tipo de Habilitação, Modalidade de Reabilitação, Natureza Jurídica e Ano de Habilitação.

4.1.2. Regiões de Saúde

A distribuição geográfica dos serviços de reabilitação foi caracterizada a partir de duas dimensões das Regiões de Saúde: 1) Perfil socioeconômico ou Desenvolvimento humano; e; 2) Aspectos demográficos.

a) Perfil socioeconômico ou Desenvolvimento Humano das Regiões de Saúde

O perfil socioeconômico ou desenvolvimento humano foi caracterizado a partir do Índice de Desenvolvimento Humano da Região de Saúde (IDHRS). Para o cálculo do IDHRS foi aplicada a metodologia descrita por Duarte et al.(59) (2015). Foram utilizados os índices desagregados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM (IDHM-L, o IDHM-E e o IDHM-R, correspondente aos componentes da Longevidade, Educação e Renda, respectivamente) para cada município, cujos dados foram obtidos na plataforma Atlas Brasil 2013(69). Os indicadores de cada dimensão do IDHM foram agregados e ponderados pelas respectivas razões entre os tamanhos populacionais dos municípios de cada Região de Saúde e o total populacional da Região de Saúde nas faixas etárias específicas. A partir de então, os valores desses indicadores foram aplicados às fórmulas originais de cálculo do IDHM propostas pelo PNUD, gerando os resultados de cada uma das suas dimensões.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi apresentado em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq com a colaboração do economista Amartya Sen. Embora não se trate de um modelo livre de críticas, o fato é que IDH teve uma grande repercussão e aceitabilidade no mundo, devido à sua simplicidade, facilidade de compreensão e forma global e abrangente de mensurar o desenvolvimento (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>).

Nesse sentido, o IDH reúne três importantes domínios do desenvolvimento humano: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável – saúde, de ter acesso ao conhecimento – educação – e de poder desfrutar de um padrão de vida digno – renda. A complexidade de três importantes dimensões, transformada em um único indicador, possibilitou uma forma de

compreender e fomentar a discussão e reflexão ampla sobre o significado do desenvolvimento humano para a sociedade. (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>).

Nesse sentido, buscando indicadores mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores, bem como adaptar a metodologia do IDH Global aos indicadores disponíveis nos Censos Demográficos brasileiros, de forma a garantir mesma fonte de dados e comparabilidade entre todos os municípios, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil – PNUD Brasil, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – Ipea e a Fundação João Pinheiro adaptaram a metodologia do IDH Global para calcular o IDH Municipal (IDHM) para o contexto dos municípios brasileiros.

O IDHM segue as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas adéqua a metodologia global ao contexto brasileiro. Assim como no IDH Global, o IDHM Longevidade (IDHM-L) considera a esperança de vida ao nascer. Da mesma forma, o IDHM Educação (IDHM-E) é medido a partir de dois indicadores que consideram a escolaridade da população adulta e o fluxo escolar da população jovem, embora as variáveis utilizadas sejam diferentes do IDH Global. Já o IDHM Renda (IDHM-R) é definido pelo cálculo da renda municipal *per capita*, sendo que o IDH Global utiliza, a partir de 2010, a renda nacional bruta *per capita*.

Inicialmente, as Regiões de Saúde foram categorizadas em cinco grupos de acordo com o resultado do cálculo do IDHRS, tendo como referência as mesmas categorias utilizadas no IDH municipal: a) IDHRS Muito Alto (0,800-1,000); b) IDHRS Alto (0,700 – 0,799); c) IDHRS Médio (0,600 – 0,699); d) IDHRS Baixo (0,500 – 0,599) e; e) Muito Baixo (0,000 – 0,499)(69). Posteriormente, estas foram reagrupadas em dois grupos. No primeiro, constaram as Regiões de Saúde com o IDHRS <0,700 (Muito Baixo, Baixo e Médio). Já o segundo grupo incluiu aquelas Regiões de Saúde cujo IDHRS foi $\geq 0,700$.

b) Perfil demográfico das Regiões de Saúde

O perfil demográfico das Regiões de Saúde foi caracterizado a partir da população total da Região de Saúde, segundo o Censo2010 do IBGE(5) nas Regiões de Saúde que, por sua vez, foi calculada somando-se a população total de cada um dos municípios que compõem a Região de Saúde correspondente. As Regiões de Saúde foram categorizadas, segundo porte populacional, em dois grupos (<250.000hab. e ≥ 250.000 hab.). O valor de referência para o corte foi determinado a partir do cálculo da mediana dos valores da população total para cada uma das 438 Regiões de Saúde (Valor da Mediana=250.122 hab.) sendo este posteriormente

arredondado para 250.000hab., a título de simplificação da apresentação do resultado, sem prejuízo na categorização das Regiões de Saúde.

Foram consideradas a composição por município das Regiões de Saúde conforme bases de dados disponíveis do Ministério da Saúde na data de 24.03.2018, em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/territorio/tabelas/ >.

Os respectivos resultados foram apresentados em formato de tabelas e mapas, sendo estes últimos produzidos com auxílio do programa de geoprocessamento QGIS 2.18.18, possibilitando assim uma análise espacial dos resultados do presente estudo.

O Quadro 1 apresenta o consolidado das variáveis utilizadas no presente estudo.

Quadro 1: Variáveis analisadas, segundo categoria, fonte de dados e definição da variável.

| Variável | Categorias | Fonte | Definição |
|----------------------------|---|-------|--|
| Tipo de Habilitação | Serviço de Reabilitação em única modalidade | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 0302, 0303, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206 e/ou 2207, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Centro Especializado em Reabilitação (CER) | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2208, 2209, 2210 e/ou 2211, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| Modalidade de Reabilitação | Reabilitação Auditiva | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 0302, 0303, 2204, 2205 ou 2210, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Física | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2201, 2202 ou 2208, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Intelectual | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2206, 2207 ou 2209, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Visual | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2203 ou 2211, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| Ano de habilitação | 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017 | CNES | Ano no qual o estabelecimento estava habilitado, tendo como referência a competência dezembro do ano correspondente. |
| Natureza Jurídica | Pública | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA", segundo classificação da Receita Federal. |
| | Privada com fins lucrativos | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ENTIDADES EMPRESARIAIS", segundo classificação da Receita Federal. |
| | Privada sem fins lucrativos | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS", segundo classificação da Receita Federal. |

| | | | |
|-----------------|----------|-------------------|---|
| População da RS | <250.000 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde cuja soma com população total de 2010 dos municípios respectivos municípios foi inferior a 250.000 habitantes, segundo IBGE. |
| | ≥250.000 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde cuja soma com população total de 2010 dos municípios respectivos municípios foi inferior a 250.000 habitantes, segundo IBGE. |
| IDHRS | <0,700 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde com Índice de Desenvolvimento Humano Muito Baixo (0,000 a 0,499), Baixo (0,500 a 0,599) ou Médio (0,600 a 0,699). |
| | ≥0,700 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde com Índice de Desenvolvimento Humano Alto (0,700 a 0,800) ou Muito Alto (0,800 a 1,000) |

4.2. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo utilizou-se de informações secundárias e de livre acesso, não sendo necessário submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme resolução 510/2016 – Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais, do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. ARTIGO

PERFIL DA OFERTA E DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DE SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO BRASIL ENTRE 2012 E 2017

REGIONAL SUPPLY OF REHABILITATION SPECIALIZED CENTERS IN BRAZIL,
2012-2017

Diogo do Vale de Aguiar, Mestrando em Saúde Coletiva pela UnB

Noemia Urruth Leão Tavares, Professora Doutora, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB;

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

Enviado à Revista Ciência & Saúde Coletiva em 21/06/2018 (Id: CSC-2018-1750)

Perfil da oferta e distribuição regional de serviços especializados em reabilitação no Brasil em 2012 e 2017

RESUMO

A reabilitação figura entre os principais desafios do SUS. Realizado estudo descritivo, ecológico e longitudinal da oferta e distribuição regional de serviços especializados de reabilitação no SUS entre 2012 e 2017. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Plataforma Atlas Brasil 2013 e Censo 2010 IBGE foram utilizados para a caracterização dos estabelecimentos e Regiões de Saúde. Entre 2012 e 2017, o número de estabelecimentos de reabilitação ampliou 38,7%. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) responderam por 97% das habilitações no período. Em todos os anos, mais da metade dos estabelecimentos eram privados, sendo a maioria filantrópica. Em 2017, 40,6% das Regiões de Saúde ofertavam Reabilitação na modalidade Física, seguida da reabilitação Auditiva (27,6%), Intelectual (23,1%) e Visual (10,0%). Maior incremento da oferta ocorreu nas Regiões de Saúde com menor nível socioeconômico e menos populosas. Embora persistam vazios assistenciais importantes, a ampliação da oferta de reabilitação no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem possibilitado a redução de iniquidades regionais, sobretudo em regiões historicamente desassistidas, rumo à garantia do acesso universal a estes serviços no SUS.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Centros de reabilitação, Equidade em saúde, Pessoas com deficiência, Regionalização

Regional supply of rehabilitation specialized centers in Brazil, 2012 and 2017

ABSTRACT

A descriptive, ecological and longitudinal study was carried out on the regional supply and distribution of specialized rehabilitation services in the SUS between 2012 and 2017. Data from the National Registry of Health Establishments (CNES), Plataforma Atlas Brasil 2013 and IBGE Census 2010 were used to characterize the establishments and Regions Between 2012 and 2017, the number of rehabilitation establishments increased by 38.7%. The Specialized Centers in Rehabilitation (CER) accounted for 97% of the habilitations in the period. In all the years, more than half of the establishments were private, being the majority philanthropic. In 2017, 40.6% of the Health Regions offered physical rehabilitation, followed by Hearing rehabilitation (27.6%), Intellectual rehabilitation (23.1%) and Visual rehabilitation (10.0%). The greatest increase in supply occurred in the Health Regions with lower socioeconomic level and less population. Although important care gaps persist, the expansion of the rehabilitation offer within the Disability Attention Network has made it possible to reduce regional inequalities, especially in historically unmet regions.

keywords: Health services accessibility, Rehabilitation centers, Regional health planning, Health equity, Disabled persons

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um bilhão de pessoas vivam com deficiência em todo o mundo, dentre dos quais 200 milhões com limitações funcionais importantes(1). Cerca de 74% dos anos vividos com deficiência – *Years Lived with Disability (YLDs)* são atribuídos a condições de saúde para as quais a reabilitação pode ser benéfica, sendo que 15% de todos os YLDs estariam associados a níveis graves de deficiência, para os

quais a reabilitação seria indispensável. Dentre estas condições, destacam-se as doenças crônicas, cuja prevalência mundial aumentou 18% só na última década, sobretudo em países de média e baixa renda, resultando em uma maior necessidade de reabilitação(8).

A transição demográfica e epidemiológica brasileira, caracterizada pela ocorrência da ‘tripla carga’ de doenças, que associada a condições socioeconômicas adversas, têm contribuído para uma maior prevalência de deficiência(1,3,4). Segundo dados do último censo demográfico brasileiro, cerca de 24% da população declararam algum grau de limitação funcional, sendo esta prevalência mais elevada quanto maior a idade e menor o nível socioeconômico(5). Por outro lado, dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 apontaram que apenas pequena parcela – 4,8 a 30,4% – da população que declarou ter algum tipo de deficiência acessaram algum serviço de reabilitação (11,12).

Considerando que a reabilitação tem potencial para intervir nas diferentes dimensões que determinam a deficiência – funções e estruturas do corpo, atividades e participação, fatores ambientais e, em certa medida, fatores pessoais – os sistemas de saúde devem organizar-se de modo a garantir às pessoas com deficiência o acesso oportuno a esses serviços(1,7), sendo este considerado uma dimensão da qualidade de um sistema de saúde(50).

Desta forma, Mendes(4) afirma, que para responder efetivamente à complexa realidade sanitária do país, o sistema de saúde brasileiro deve estar estruturado em sistemas integrados de saúde, possibilitando respostas proativas, contínuas e integradas. Assim, um sistema pautado na lógica das Redes de Atenção à Saúde poderia melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde(4).

Contudo, frente ao modelo fragmentado e incipiente de reabilitação existente até então no país e impulsionado pelo Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem

Limite(42), a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência(19) é instituída em 2012. Na condição de rede prioritária do SUS, esta rede propõe uma reestruturação do cuidado à pessoa com deficiência no SUS a partir da organização de uma rede de serviços regionalizada de base territorial, articulando os diversos pontos de atenção no sentido de garantir a integralidade do cuidado por meio, inclusive, de financiamento específico para a ampliação, qualificação e estruturação das ações de reabilitação(20,70).

A adequada organização do sistema de saúde, financiamento e a distribuição geográfica dos serviços de saúde são considerados fatores determinantes para a redução de barreiras ao acesso, de modo a promover uma disposição dos serviços de reabilitação em quantidade e qualidade suficientes na rede de atenção à saúde para atender às necessidades sanitárias da população(46). Contudo, uma análise adequada desse processo deve compreender questões complexas como necessidade de saúde, demanda, oferta, acesso, uso e equidade, bem como a avaliação da qualidade destes serviços.

Embora os avanços no campo jurídico-legal do reconhecimento do direito à saúde da pessoa com deficiência sejam evidentes, no campo científico, poucos estudos tem se dedicado a análise da efetivação desse direito, sobretudo nas questões relacionadas à organização do sistema de saúde, no que concerne às características da oferta de serviços de reabilitação, sua cobertura e padrões de iniquidade na oferta deste tipo de serviço no país.

Nesse sentido, o presente artigo teve como objetivo descrever o perfil da oferta e distribuição regional de serviços especializados em reabilitação no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS entre os anos de 2012 e 2017.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico longitudinal, o qual se propôs a descrever a oferta regional de serviços especializados em reabilitação nas 438 Regiões de Saúde do país no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência entre os anos 2012 e 2017. A partir de informações disponíveis em dados secundários de domínio público, foi realizada a caracterização do perfil dos estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde como serviços especializados em reabilitação, bem como a distribuição regional da oferta desses serviços, segundo perfil socioeconômico e demográfico das Regiões de Saúde.

Para a caracterização dos estabelecimentos foram utilizados dados referentes aos estabelecimentos de saúde extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Desde 2015, o CNES constitui-se enquanto sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando informações referentes à estrutura física e funcional dos estabelecimentos de saúde do país (68).

Considerou-se estabelecimento de reabilitação todo estabelecimento de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS, conforme tabela de códigos de habilitação do CNES. As habilitações são atributos definidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, em normativa específica, com o objetivo de identificar a capacidade de estabelecimentos de saúde para a prestação de serviços e procedimentos específicos.

As habilitações de serviços especializados em reabilitação são submetidas ao Ministério da Saúde, o qual realiza análise com base em critérios técnicos pré-estabelecidos relacionados ao estabelecimento, como composição e carga horária de equipe multiprofissional, equipamentos, estrutura física e ambiência, desde que oferte atendimento ao SUS e estejam

previstas no Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pactuado e aprovado nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Bipartite (CIB). Definidos pelo Ministério da Saúde, tais critérios buscam garantir a qualidade, integralidade e resolutividade da atenção prestada pelos serviços e estão previsto em manuais técnicos editados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, o CNES classifica os serviços especializados em reabilitação em 11 códigos de habilitação, segundo modalidades de reabilitação oferecidas, sendo estes 22.01, 22.02, 22.03, 22.04, 22.05, 22.06, 22.07, 22.08, 22.09, 22.10 e 22.11. Até dezembro de 2013, os códigos 22.04 e 22.05 eram classificados como 03.02 e 03.03, respectivamente, sendo pois contabilizados como serviços de reabilitação no ano de 2013 (quadro 1).

Os estabelecimentos de reabilitação foram caracterizados segundo Tipo de Habilitação, Modalidade de Reabilitação, Natureza Jurídica e Ano de Habilitação. As Regiões de Saúde foram caracterizadas segundo perfil socioeconômico e demográfico regional, a partir de informações desagregadas dos municípios componentes de cada Região de Saúde. A composição das 438 Regiões de Saúde com os respectivos municípios foi extraída do TABNET (www.datasus.gov.br). O Quadro 1 apresenta as variáveis analisadas, segundo categoria, fonte de dados e definição da variável.

Para a caracterização do perfil socioeconômico foi utilizado como indicador o Índice de Desenvolvimento Humano das Regiões de Saúde (IDHRS), cujos componentes são compatíveis com as categorias de análise propostas pela corrente teórico-metodológica dos determinantes sociais da saúde tais quais características populacionais, iniquidades sociais, condições de vida, necessidades e contextos dos problemas de saúde, justificando assim seu uso como proxy dos determinantes sociais da saúde(64).

Para o IDHRS, foi adotado desenho metodológico semelhante ao proposto por Duarte et al.(64), os quais propõem o cálculo dos valores das dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (Longevidade, Educação e Renda) para as Regiões de Saúde a partir da agregação dos dados dos municípios, ponderados pelos respectivos tamanhos populacionais. Os dados municipais desagregados foram extraídos da plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>) e complementadas pelos dados do Censo 2010 IBGE (<https://www.ibge.gov.br/>).

Foram utilizados os valores desagregados dos componentes do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM (IDHM-L, o IDHM-E e o IDHM-R, correspondente aos componentes da Longevidade, Educação e Renda, respectivamente) para cada município, cujos dados foram obtidos por meio da plataforma Atlas Brasil 2013. Os indicadores de cada dimensão do IDHM foram agregados e ponderados pelas respectivas razões entre os tamanhos populacionais dos municípios de cada Região de Saúde e o total populacional da Região de Saúde nas faixas etárias específicas. A partir de então, os valores desses indicadores foram aplicados às fórmulas originais de cálculo do IDHM propostas pelo PNUD.

O porte populacional das Regiões de Saúde foi categorizados em dois grupos (<250.000hab / \geq 250.000hab). O valor de referência para o corte foi determinado a partir do cálculo da mediana dos valores da população total para cada uma das 438 Regiões de Saúde (Valor da Mediana=250.122) sendo este posteriormente arredondado para 250.000, a título de simplificação da apresentação do resultado, sem prejuízo na categorização das Regiões de Saúde.

A oferta de serviços de reabilitação nas Regiões de Saúde foi analisada estratificando-se as Regiões de Saúde segundo porte populacional (população total) e os níveis de

desenvolvimento humano (IDHRS). Os 05 municípios criados a partir de 2010 foram agregados nas mesmas regiões de saúde dos municípios dos quais foram desmembrados.

Os resultados foram apresentados de forma descritiva (frequência absoluta e relativa), por meio de tabelas e mapas. Os dados foram consolidados com a ajuda do programa Excel versão 2013 e do programa de geoprocessamento QGIS 2.18.18, possibilitando assim uma análise espacial dos resultados do presente estudo.

Foram utilizados dados secundários disponíveis em sítios oficiais do Ministério da Saúde, do Atlas Brasil 2013 e do IBGE sem identificação de sujeitos, tendo o presente estudo dispensado a apreciação em Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta uma caracterização do perfil dos estabelecimentos de reabilitação habilitados no Brasil entre 2012 e 2017. O número de estabelecimentos de reabilitação passou de 313 para 434, correspondendo a um incremento de 38,7% de estabelecimentos habilitados no país. Crescimento também foi observado em todas as Grandes Regiões do país. Na Região Centro-Oeste, o número de estabelecimentos de reabilitação habilitados quase duplicou (94,1%), passando de 17 para 33. Por outro lado, a Região Sul apresentou a menor evolução (10,3%) no período, correspondendo a 7 novos estabelecimentos habilitados no período.

As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que juntas contavam com 34,5% do total de estabelecimentos de reabilitação no país em 2012, passaram a deter 40,1% dos estabelecimentos em 2017. Em números absolutos, as regiões Sudeste e o Nordeste foram

responsáveis por 75,2% das habilitações no período (48 e 43 estabelecimentos, respectivamente) e 69,6% dos estabelecimentos de reabilitação no país ao final de 2017.

Quanto ao tipo de habilitação, os 313 (100,0%) estabelecimentos de reabilitação existentes em 2012 eram habilitados como serviços de reabilitação em única modalidade. Já no ano de 2017, o número estabelecimentos correspondentes a esse tipo de habilitação apresentou uma redução de 21,1%. Em contraposição, no que tange aos Centros Especializados em Reabilitação – CER, este tipo de habilitação foi responsável por 97% da ampliação no número de estabelecimentos de reabilitação no período estudado, totalizando 192 estabelecimentos de reabilitação neste tipo de habilitação em dezembro de 2017. Apesar da redução do número de estabelecimentos com habilitação em única modalidade, os estabelecimentos com esse tipo de habilitação ainda era a maioria dos estabelecimentos habilitados no país em 2017 (tabela 1).

Registrou-se também uma ampliação da oferta em todas as modalidades de reabilitação no período. A modalidade de reabilitação intelectual apresentou maior número de estabelecimentos habilitados nos seis anos (163). A reabilitação física foi a modalidade mais ofertada entre os estabelecimentos de reabilitação em todos os anos da série, passando de 165 em 2012 para 287 em 2017 os estabelecimentos habilitados nessa modalidade de reabilitação.

Por outro lado, a reabilitação visual foi a modalidade menos ofertadas em todos os anos, exceto em 2012, quando não havia nenhum estabelecimento habilitado na modalidade intelectual. Contudo, entre 2012 e 2017, o número de estabelecimentos com modalidade visual quase que triplicou (181%), apresentando o maior crescimento relativo no período. A reabilitação Auditiva, que era ofertada em 155 estabelecimentos, passou a ser ofertada em outros 56, totalizando 211 estabelecimentos habilitados em 2017 (tabela 1).

No que se refere à natureza jurídica dos estabelecimentos habilitados como serviço de reabilitação, não houveram mudanças significativas no padrão da oferta de estabelecimentos

públicos e privados. Os estabelecimentos de natureza privada foi a maioria em todos os anos da série estudada, tendo sido registrado uma pequena redução na proporção de serviços desta natureza de 54,0% para 51,2% entre 2012 e 2017 (tabela 1).

A tabela 2 descreve a oferta de serviços especializados em reabilitação nas Regiões de Saúde, por categorias de nível de desenvolvimento humano e perfil populacional das Regiões de Saúde entre os anos de 2012 e 2017, segundo modalidade de reabilitação. Constatou-se que houve ampliação da oferta regional de serviços de reabilitação em pelo menos uma das modalidades, passando de 34,7% em 2012 para 45,7% em 2017. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que contavam com 37,5% do total de Regiões de Saúde com serviços de reabilitação em 2012, passaram a representar 44,5% das Regiões de Saúde com oferta desses serviços em 2017.

Ampliação da oferta também foi observada nas quatro modalidades de reabilitação, com destaque para a reabilitação intelectual que passou a ser ofertada em 101 (23,1%) das Regiões de Saúde que não contavam com essa modalidade em 2012. Para a reabilitação física, houve ampliação da oferta para 60 novas Regiões de Saúde, totalizando 178 (40,6%) das Regiões. A oferta de reabilitação visual ampliou em 24 Regiões de Saúde, enquanto que a reabilitação auditiva ampliou em 19 Regiões de Saúde, totalizando 44 (10,0%) e 121 (27,6%) Regiões de Saúde com oferta nessas modalidades no ano de 2017, respectivamente. Embora a reabilitação visual tenha apresentado o maior incremento da oferta entre todas as modalidades (117,4%), sua oferta regional ainda era a menor entre as modalidades. Já a reabilitação física permaneceu como mais prevalente entre as modalidades de reabilitação.

Também foi observado que a oferta regional de serviços de reabilitação foi crescente tanto entre as Regiões de Saúde de maior nível de desenvolvimento humano, que somavam 51,8% das Regiões de Saúde do país, quanto naquelas de menor IDHRS (48,2%). Contudo, tanto em

termos relativos como em termos absolutos, a ampliação da oferta de reabilitação foi maior entre aquelas de menor nível socioeconômico. Por outro lado, em 2017, 59,0% das RS com $IDHRS \geq 0,7000$ contavam com serviço de reabilitação, contra 31,3% entre aquelas com $IDHRS < 0,700$ (tabela 2).

No que se refere ao porte populacional das regiões, o estudo mostrou que a oferta regional de serviços de reabilitação também ampliou em ambos os grupos analisados. Entre as regiões de menor porte populacional, a oferta de serviços de reabilitação mais que duplicou, passando de 12,3% em 2012 para 25,6% em 2017. Menor crescimento foi registrado entre as regiões mais populosas, passando de 57,1% para 65,8%. Com isso, a diferença entre a oferta nos dois grupos também apresentou uma redução, ainda que o percentual da oferta entre as regiões mais populosas seja mais que o dobro daquelas de menor porte populacional (tabela 2).

Ao comparar as características das 120 Regiões de Saúde que tinham estabelecimentos de saúde habilitados como CER com o grupo das 131 Regiões de Saúde que contavam com Estabelecimentos de Reabilitação habilitados em única modalidade, percebeu-se que no primeiro grupo (com CER) 45 (37%) Regiões de Saúde apresentavam baixos níveis de desenvolvimento humano, enquanto que no segundo grupo 34 regiões apresentavam baixos níveis de desenvolvimento humano, o que corresponde a 26,0% das regiões.

Da mesma forma, 38 (31,7%) Regiões de Saúde que contavam com CER tinham menos de 250 mil habitantes, ao passo que entre as Regiões de Saúde que contavam com Estabelecimentos de Reabilitação habilitados em única modalidade, apenas 21 (16,0%) estavam nesta categoria.

A figura 1 apresenta o cenário comparativo da distribuição geográfica da oferta de serviços de reabilitação nas Regiões de Saúde, segundo nível de desenvolvimento da Região entre os anos de 2012 e 2017. As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste concentravam as Regiões de Saúde

com maiores níveis de desenvolvimento socioeconômico (IDHRS) e, de forma mais isolada, em algumas Regiões de Saúde nas Regiões Norte e Nordeste, sobretudo regiões metropolitanas das capitais. Contrariamente, as Regiões de Saúde com os menores scores no IDHRS concentravam-se predominantemente nas Regiões Norte e Nordeste, além de algumas regiões localizadas nos estados de Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás e Paraná.

A figura 2 apresenta uma comparação entre a distribuição geográfica da oferta de serviços de reabilitação nas Regiões de Saúde nos anos de 2012 e 2017, segundo porte populacional das regiões.

De modo geral, percebe-se que houve uma ampliação da oferta em todas as Grandes Regiões do país, ainda que discreta e sem grandes diferenças entre elas – à exceção de Rondônia que apresentou uma ampliação de 01 para 07 Regiões de Saúde com Serviço de reabilitação, enquanto o Acre, Amazonas, Paraná, Piauí e Sergipe não ampliaram a oferta regional entre 2012 e 2017. No entanto, é possível perceber que a ampliação da oferta ocorrida nas Regiões Nordeste e Norte se deu predominantemente entre Regiões de Saúde de menor nível de desenvolvimento, enquanto que nas demais regiões, a ampliação se deu a partir das regiões cujos níveis de IDHRS eram mais altos.

Com relação à distribuição geográfica por modalidade de reabilitação, a oferta nas Regiões de Saúde se mostrou bem diversa. No caso da reabilitação física, houve uma ampliação considerável em todas as Grandes Regiões. Das 60 Regiões de Saúde que passaram a ofertar o serviço de reabilitação física, 38,3% estavam na Região Nordeste. Quanto ao nível de desenvolvimento da Região de Saúde, houve uma distribuição semelhante entre os grupos (28 RS com $IDHRS < 0,700$ e 33 RS com $IDHRS \geq 0,700$).

No caso da reabilitação auditiva, sua oferta foi ampliada em todas as regiões, entretanto, esta ampliação foi a menor entre as modalidades, sendo ofertada em 16 Regiões de Saúde que não

dispunham o serviço antes. Ainda assim, 63% dessas regiões estavam no Norte e Nordeste do Brasil.

Para a reabilitação visual, embora também tenha havido ampliação em todas as Grandes Regiões, 10 estados ainda não dispõem de serviços habilitados nesta modalidade, sendo que 05 deles estão na Região Norte. Além disso, 79,5% das 44 Regiões de Saúde que ofertavam este tipo de serviço tinha $IDHRS \geq 0,700$. Entre as 24 novas Regiões de Saúde que passaram a oferta esta modalidade (entre 2012 e 2017), 16 estavam em regiões com maiores índices de desenvolvimento.

No caso da reabilitação intelectual, 108 Regiões de Saúde ofertavam esta modalidade de reabilitação em 2017, sendo que 39 destas estavam na região Nordeste e 63 em regiões com maiores índices de IDHRS.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que houve ampliação da oferta de serviços de reabilitação em todas as dimensões investigadas, ainda que esta tenha se dado de forma heterogênea em cada uma das dimensões.

A ampliação da oferta de serviços de reabilitação se deu de forma desigual entre as Grandes Regiões do país, com uma ampliação do número de estabelecimentos de reabilitação maior nas regiões Sudeste e Nordeste, regiões que respondem por cerca 70% do contingente populacional brasileiro(5).

Ao se analisar ano a ano, percebe-se que a se deu também de forma heterogênea entre as regiões. No caso da região Sudeste, as habilitações ocorreram de forma mais intensa em 2013 e de forma mais discreta nos demais anos. O fato desta região apresentar, historicamente, uma

disponibilidade maior de serviços e profissionais de saúde especializados em comparação com as demais regiões, inclusive para serviços de média e alta complexidade tanto em termo de infraestrutura (estabelecimentos e equipamentos) quanto de recursos humanos(65,71–74) poderia justificar um incremento maior nos primeiros anos da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Nesse sentido, a maior disponibilidade de estabelecimentos que cumpriam os critérios técnicos – equipes multiprofissionais e infraestrutura de ambiência e equipamentos – para habilitação estabelecidos pelo Ministério da Saúde pode ter facilitado o processo de habilitação destes estabelecimentos.

Por outro lado, na região Nordeste, a ampliação maior ocorreu em 2016, quando foram habilitados 31 novos estabelecimentos de reabilitação. Um fato importante ocorrido neste ano que poderia ajudar a explicar tal ampliação, foi o advento da epidemia do vírus Zika que acometeu em maiores proporções a região, levando o Ministério da Saúde a decretar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em novembro de 2015. O vírus está associado a alterações congênitas de ordem neurológica, reumatológica, visual e auditiva que resultam em comprometimento funcional e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor importantes, demandando cuidados intensivos em reabilitação nos casos mais graves(75) Ao todo, cerca de 16 mil casos suspeitos da síndrome congênita associada ao vírus Zika foram notificados no Brasil, sendo que 60% dos casos notificados e 64% dos confirmados estavam nesta região(76).

Solla e Chioro(77) apontam que as diferenças regionais na existência de capacidade instalada e de profissionais de saúde tem sido um entrave na ampliação equânime de oferta de atenção especializada do SUS, levando a uma concentração da oferta em locais de alta densidade populacional, sem considerar no entanto as necessidades e perfil epidemiológico da população(77). Diversos autores têm evidenciado as iniquidades regionais e sociais no acesso e distribuição de profissionais e serviços de saúde(64,65,78–81). Poucos estudos abordam

especificamente a oferta de serviços de reabilitação sob esses aspectos, sendo que os existentes estão limitados a determinadas localidades(50) ou a modalidades específicas de reabilitação(57,72,82).

Outro ponto de destaque evidenciado refere-se à presença do setor privado. Nos 6 anos da série histórica, mais da metade dos estabelecimentos de reabilitação eram de natureza privada, sendo em sua grande maioria entidades filantrópicas. A predominância do setor privado na atenção em reabilitação no âmbito do SUS também foi documentada por outros autores(72,83), corroborando os achados no presente estudo.

Especificamente sobre esse fenômeno na reabilitação, Lanna Jr.(27) destaca que até os anos 1970, as ações voltadas para a pessoa com deficiência no Brasil tinham um caráter predominantemente assistencialista e caritativo, sendo as ações do Estado insuficientes ou mesmo ausentes, o que impeliu a sociedade civil (movimentos sociais de deficientes, associações de amigos e parentes e outras de natureza religiosas e/ou beneficente) a organizar-se para prover assistência saúde (mas também educação e assistência social) à essa população. Com o tempo, algumas dessas iniciativas se qualificaram e tornaram-se entidades de referências na assistência à saúde das pessoas com deficiência (Por exemplo, Pestalozzi e APAEs e AACD)(20) e muitas destas entidades estão habilitadas pelo Ministério da Saúde, desempenhando importante papel na rede de atenção.

Embora a Constituição Federal de 1988(10) e a Lei 8080/1990(16) assegurem à iniciativa privada a livre oferta assistência à saúde e participação no SUS em caráter complementar, Viana et al(71) alertam que a oferta de serviços de saúde no SUS por prestadores privados sofre influência de fatores políticos e econômicos e interferem sobretudo na distribuição de bens e serviços de saúde no SUS, sendo essa modalidade de prestação mais presente nas regiões de maior desenvolvimento socioeconômico e com maiores níveis de complexidade de serviços de saúde.

Constatou-se ainda que a ampliação da oferta de reabilitação se deu, quase que exclusivamente, por meio da habilitação de Centros Especializados em Reabilitação evidenciando-se assim que a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a superação do modelo fragmentado de cuidado em reabilitação por modalidade e consolidação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência passa, necessariamente, pela ampliação da oferta de serviços de reabilitação, a partir da habilitação de CER.

Esta estratégia pode estar fundamentada no fato dos CER desempenharem papel importante na rede não só na qualidade de pontos de atenção para ações específicas e especializada no cuidado à pessoa com deficiência, mas também como espaço de articulação com os outros pontos de atenção, integrando às ações de cuidado pela demanda e necessidade específicas (20,84).

Antes da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a organização dos serviços de reabilitação no âmbito do SUS se dava por meio das redes estaduais de serviços de reabilitação física (2001), auditiva (2004) e visual (2008) que, embora fossem denominadas “redes”, tais arranjos estavam pautados em um modelo fragmentado de atenção, com serviços fechados em si e isolados dos demais pontos da rede e com foco nas condições de saúde e não no indivíduo. Tal segregação normativa e programática – o que Mendes(4) denomina sistemas fragmentados de atenção à saúde – originam serviços que cuidam de “fragmentos” da pessoa sem, no entanto, nenhum deles se responsabilizar pelo indivíduo, levando a um empobrecimento da integralidade do cuidado(84).

Os resultados apontam ainda que os CER também estão mais presentes em Regiões de Saúde de menores níveis de desenvolvimento e população, quando comparados aos estabelecimentos habilitados em apenas uma modalidade. Esse fato configura-se enquanto importante fator de redução das iniquidades na oferta e no acesso aos serviços de reabilitação uma vez que vai de

encontro com a histórica concentração de serviços de atenção especializada e de reabilitação em grandes centros urbanos e em locais de maior desenvolvimento socioeconômico(65,71) configurando-se em uma importante barreira de acesso à população que necessita de reabilitação.

Segundo dados do IBGE(5), cerca de 70% dos municípios brasileiros são de pequeno porte (<20.000 habitantes). Roese, Gerhardt e Miranda(62) ressaltam que, de forma geral, estes municípios dispõem de serviços de saúde de menor complexidade, restritos à Atenção Básica, enfrentando importante desafio para a garantia do acesso de seus municípios à Atenção Especializada.

Embora os vazios assistenciais mais importantes estejam em regiões com menor porte populacional e baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico, o presente estudo mostrou que a ampliação da oferta de serviços de reabilitação no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sobretudo por meio da habilitação de Centros Especializados em Reabilitação (CER), tem beneficiado particularmente esses territórios. No caso da reabilitação, os aspectos relacionados à acessibilidade geográfica deve receber maior atenção dos gestores (federais, estaduais e municipais) uma vez que alguns estudos(85–87) tem mostrado que os aspectos relacionados à distância e ao deslocamento configuram-se como uma das principais barreiras de acesso aos serviços de reabilitação.

Travassos & Castro(51) apontam que a disponibilidade ou presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos é a dimensão mais importante do acesso, uma vez que representa condição *sine qua non* para o acesso e a utilização dos serviços pela população. Desta forma, é fundamental que os serviços de reabilitação estejam dispostos em quantidade suficiente, o mais próximo possível do usuário, desde que considerada a lógica economia de escala(88).

CONCLUSÕES

O artigo demonstrou que houveram importantes avanços no sentido da ampliação da oferta regional de serviços de reabilitação no país. Contudo, importantes disparidades geográficas, socioeconômicas e demográficas persistem e necessitam ser enfrentadas, sobretudo por meio de políticas públicas que promovam e viabilizem o processo de regionalização do SUS de forma equânime.

O presente estudo limitou-se a analisar as características e distribuição dos serviços de reabilitação no território, condição necessária ao acesso relacionado à oferta. Contudo, o acesso é determinado por outros fatores relacionados tanto à oferta quanto à demanda, que não foram objeto do presente estudo. Além disso, os estabelecimentos habilitados pelo Ministério da Saúde perfazem apenas uma parcela do universo dos serviços de atenção especializada em reabilitação ofertados no país.

Apesar das limitações, os achados apresentados no presente estudo fornecem um panorama da situação atual da oferta de serviços de reabilitação. Tais resultados são úteis no sentido de fornecer subsídios que possibilitem futuras avaliações da política atual do Ministério da Saúde no que diz respeito à saúde da pessoa com eficiência e reabilitação, bem como para apoiar a tomada de decisão na definição de ações específicas da política.

Por fim, a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS tem possibilitado a expansão da oferta de serviços especializados em reabilitação, sobretudo em regiões historicamente desassistidas. Somente com superação dos vazios assistenciais será possível cogitar a garantia do acesso universal previsto na Constituição Federal. Espera-se que o presente artigo possa vir a contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão para

a promoção de uma melhor equidade distributiva e uma maior racionalidade na utilização dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *World report on disability*. Geneva, 2011 [acessado em 20 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
2. World Health Organization. *Rehabilitation 2030: A Call for Action. Meeting Report*. Genebra; 2017. [acessado em 20 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf
3. Boccolini PMM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11):3537-3546. doi:10.1590/1413-812320172211.22552017
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência*. Rio de Janeiro; 2010. [acessado em 20 de fevereiro de 2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida : Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. [acessado em 20 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>

7. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG, Moura L. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016;21(10):3253-3264. doi:10.1590/1413-812320152110.17512016
8. World Health Organization. *Who Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health for All People with Disability*. Geneva; 2015. [acessado em 20 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/9789241509619_eng.pdf?sequence=1
9. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. *Rev. Saúde Pública*. 2017;51(54):1-13. doi:10.1590/S1518-8787.2017051006429
10. Brasil. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União* 2011; 18 nov.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS No 793 de 24 de Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
12. Mendes VLF. Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. *Divulgação em Saúde Para Debate*. 2014;52:146-152. [acessado em 18 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
13. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2015;19(52):207-210. doi:10.1590/1807-57622014.0078

14. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):2865-2875. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No 1.646 de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União* 2015; 3 out.
16. Duarte CMR, Pedroso MM, Bellido JG, Moreira RS, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. 2015;31(6):1163-1174. doi:10.1590/0102-311X00097414
17. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Soc*. 2015;24(2):413-422. doi:10.1590/S0104-12902015000200002
18. Albuquerque MV, Viana ALD'A, Lima LD, Ferreira MP, Fusaro EF, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1055-1064. doi:10.1590/1413-81232017224.26862016
19. Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam de Salud Pública*. 2011;30(5):469-476. doi:10.1590/S1020-49892011001100010
20. Gutierrez MS. *A oferta de tomógrafo Computadorizado para o tratamento do Acidente Vascular Cerebral Agudo, no Brasil, sob o ponto de vista das desigualdades sociais e geográficas* [dissertação]. Brasília: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
21. Xavier DR, Oliveira RAD, Matos VP, Viacava F, Carvalho CC. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. *Saúde em Debate*. 2016;40(110):20-35. doi:10.1590/0103-1104201611002
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Boletim Epidemiológico* 22: Monitoramento Integrado Das Alterações No Crescimento e Desenvolvimento

Relacionadas à Infecção Pelo Vírus Zika e Outras Etiologias Infecciosas, Até a Semana Epidemiológica 15 de 2018. Vol 49. Brasília; 2018.

23. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde No Brasil*. 2o Ed rev. Rio de Janeiro; 2012:547-576. doi:10.1007/BF02722666

24. Aleluia ÍRS, Sodré N, Barretto A, Júnior EPP, Santos FC. Análise da Produção Ambulatorial de Fisioterapia no SUS, Bahia, 2008-2014. *Revista Eletrônica Gestão Saúde*. 2017;08(02):254-269.

25. Lanna Júnior MCM. *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. 1a Ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência; 2010.

26. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União 1988; 5 out.

27. Brasil. 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 dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

28. Rocha DC, do Carmo D, Kielmann S. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a desfragmentação da atenção à saúde. In: Brasil. *Diálogo (Bio)Político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*. 1a Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014:69-86. [acessado em 10 de março de 2018].

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf.

29. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde em Debate*. 2015;39(107):935-947. doi:10.1590/0103-110420151070525

30. Pereira JDS, Machado WCA. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2015;26(3):373-381. [acessado em 10 de março de 2018]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/96846/109568>
31. Lima MLLT, Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(1):33-42. doi:10.1590/S1413-81232012000100006
32. Bazzo LMF, Noronha CV. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *Cien Saude Colet*. 2009;14:1553-1564. doi:10.1590/S1413-81232009000800029
33. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Harvard University Press. Cambridge; 1973.
34. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro; 2012:183-208.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.

Quadro 1. Cobertura regional de Serviços de Reabilitação por nível de desenvolvimento humano das Regiões de Saúde segundo ano. Brasil, 2012 e 2017.

| Variável | Categorias | Fonte | Definição |
|---------------------|---|-------|--|
| Tipo de Habilitação | Serviço de Reabilitação em única modalidade | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 0302, 0303, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, |

| | | | |
|----------------------------|--|-------------------|---|
| | | | 2206 e/ou 2207, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Centro Especializado em Reabilitação (CER) | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2208, 2209, 2210 e/ou 2211, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| Modalidade de Reabilitação | Reabilitação Auditiva | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 0302, 0303, 2204, 2205 ou 2210, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Física | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2201, 2202 ou 2208, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Intelectual | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2206, 2207 ou 2209, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| | Reabilitação Visual | CNES | Estabelecimentos de saúde habilitados com os códigos 2203 ou 2211, segundo tabela de habilitações do CNES. |
| Ano de habilitação | 2012 / 2013 / 2014 / 2015 / 2016 / 2017 | CNES | Ano no qual o estabelecimento estava habilitado, tendo como referência a competência dezembro do ano correspondente. |
| Natureza Jurídica | Pública | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA", segundo classificação da Receita Federal. |
| | Privada com fins lucrativos | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ENTIDADES EMPRESARIAIS", segundo classificação da Receita Federal. |
| | Privada sem fins lucrativos | CNES | Estabelecimentos cuja natureza jurídica se enquadra no grupo "ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS", segundo classificação da Receita Federal. |
| População da RS | <250.000 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde cuja soma com população total de 2010 dos municípios respectivos municípios foi inferior a 250.000 habitantes, segundo IBGE. |
| | ≥250.000 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde cuja soma com população total de 2010 dos municípios respectivos municípios foi inferior a 250.000 habitantes, segundo IBGE. |
| IDHRS | <0,700 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde com Índice de Desenvolvimento Humano Muito Baixo (0,000 a 0,499), Baixo (0,500 a 0,599) ou Médio (0,600 a 0,699). |
| | ≥0,700 | IBGE/ATLAS BRASIL | Regiões de Saúde com Índice de Desenvolvimento Humano Alto (0,700 a 0,800) ou Muito Alto (0,800 a 1,000) |

Fonte: Elaboração própria com base no CNES, IBGE e Atlas Brasil 2013.

Tabela 1. Caracterização dos estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como serviço especializado de reabilitação por região geográfica, tipo, modalidade de reabilitação, gestão e natureza jurídica, segundo ano. Brasil, 2012 a 2017.

| Variáveis | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | Incremento | |
|--------------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|--------------|
| | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Macrorregião | | | | | | | | | | | | | | |
| Norte | 17 | 5,4% | 25 | 6,8% | 25 | 6,8% | 27 | 6,9% | 26 | 6,1% | 24 | 5,5% | 7 | 41,2% |
| Nordeste | 74 | 23,6% | 79 | 21,5% | 79 | 21,5% | 80 | 20,6% | 111 | 25,9% | 117 | 27,0% | 43 | 58,1% |
| Sudeste | 137 | 43,8% | 163 | 44,4% | 163 | 44,3% | 176 | 45,2% | 185 | 43,2% | 185 | 42,6% | 48 | 35,0% |
| Sul | 68 | 21,7% | 71 | 19,3% | 72 | 19,6% | 75 | 19,3% | 73 | 17,1% | 75 | 17,3% | 7 | 10,3% |
| Centro-Oeste | 17 | 5,4% | 29 | 7,9% | 29 | 7,9% | 31 | 8,0% | 33 | 7,7% | 33 | 7,6% | 16 | 94,1% |
| Tipo | | | | | | | | | | | | | | |
| Única Modalidade | 313 | 100,0% | 314 | 85,6% | 272 | 73,9% | 257 | 66,1% | 249 | 58,2% | 247 | 56,9% | -66 | -21,1% |
| CER | 0 | 0,0% | 102 | 27,8% | 104 | 28,3% | 137 | 35,2% | 186 | 43,5% | 192 | 44,2% | 192 | - |
| Modalidade* | | | | | | | | | | | | | | |
| Física | 165 | 52,7% | 220 | 59,9% | 220 | 59,8% | 241 | 62,0% | 281 | 65,7% | 287 | 66,1% | 122 | 73,9% |
| Auditiva | 155 | 49,5% | 188 | 51,2% | 189 | 51,4% | 200 | 51,4% | 211 | 49,3% | 211 | 48,6% | 56 | 36,1% |
| Visual | 21 | 6,7% | 40 | 10,9% | 40 | 10,9% | 47 | 12,1% | 58 | 13,6% | 59 | 13,6% | 38 | 181,0% |
| Intelectual | 0 | 0,0% | 82 | 22,3% | 83 | 22,6% | 112 | 28,8% | 158 | 36,9% | 163 | 37,6% | 163 | - |
| Natureza Jurídica | | | | | | | | | | | | | | |
| Pública | 144 | 46,0% | 175 | 47,7% | 176 | 47,8% | 185 | 47,6% | 209 | 48,8% | 212 | 48,8% | 68 | 47,2% |
| Priv. s/ fins lucrativos | 120 | 38,3% | 142 | 38,7% | 142 | 38,6% | 154 | 39,6% | 169 | 39,5% | 173 | 39,9% | 53 | 44,2% |
| Priv. c/ fins lucrativos | 49 | 15,7% | 50 | 13,6% | 50 | 13,6% | 50 | 12,9% | 50 | 11,7% | 49 | 11,3% | 0 | 0,0% |
| Total | 313 | 100,0% | 367 | 100,0% | 368 | 100,0% | 389 | 100,0% | 428 | 100,0% | 434 | 100,0% | 121 | 38,7% |

Fonte: Datasus, Atlas de Desenvolvimento Humano e IBGE. Elaboração dos autores.

*A soma das modalidades superam 100% pois um mesmo estabelecimento pode estar habilitado em mais de uma modalidade de reabilitação.

Tabela 2. Caracterização da oferta regional de serviços especializados em reabilitação nas 438 Regiões de Saúde, por nível de desenvolvimento humano e porte populacional da Região de Saúde, segundo Modalidade de Reabilitação e Ano. Brasil, 2012 e 2017.

| Variável / categoria | Modalidade de Reabilitação | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| | Física | | | Auditiva | | | Visual | | | Intelectual | | | Pelo menos 1 modalidade | | | |
| | 2012 | 2017 | Increm. | 2012 | 2017 | Increm. | 2012 | 2017 | Increm. | 2012 | 2017 | Increm. | 2012 | 2017 | Increm. | |
| n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| IDHRS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <0,700 | 211 (48,2) | 26 (12,3) | 54 (25,6) | 28 (108) | 25 (11,8) | 37 (17,5) | 12 (48,0) | 1 (0,5) | 9 (4,3) | 8 (760,0) | 0 (0,0) | 38 (18,8) | 38 (18,8) | 41 (19,4) | 66 (31,3) | 25 (61,3) |
| ≥0,700 | 227 (51,8) | 92 (40,5) | 124 (54,6) | 32 (34,8) | 77 (33,9) | 84 (37,0) | 7 (9,1) | 19 (8,4) | 35 (15,4) | 16 (83,3) | 0 (0,0) | 63 (27,8) | 63 (27,8) | 111 (48,9) | 134 (59,0) | 23 (20,7) |
| População | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <250mil hab. | 219 (50,0) | 20 (9,1) | 47 (21,5) | 27 (136,0) | 11 (5,0) | 20 (9,1) | 9 (82,0) | 3 (1,4) | 6 (2,7) | 3 (92,9) | 0 (0,0) | 33 (15,1) | 33 (15,1) | 27 (12,3) | 56 (25,6) | 29 (108,1) |
| ≥250mil hab. | 219 (50,0) | 98 (44,7) | 131 (59,8) | 33 (33,8) | 91 (41,6) | 101 (46,2) | 10 (10,8) | 17 (7,8) | 38 (17,4) | 21 (123,1) | 0 (0,0) | 68 (31,1) | 68 (31,1) | 125 (57,1) | 14 (65,8) | 19 (15,2) |
| Total | 438 (100,0) | 118 (26,9) | 17 (40,6) | 60 (50,9) | 102 (23,3) | (27,6) 121 | 1 (18,5) | 20 (4,6) | 44 (10,0) | 24 (117,4) | 0 (0,0) | 101 (23,1) | 101 (23,1) | 152 (34,7) | 200 (45,7) | 48 (31,7) |

Fonte: Datasus, Atlas de Desenvolvimento Humano e IBGE. Elaboração dos autores.

Figura 1. Oferta regional de Serviços de Reabilitação por nível de desenvolvimento humano das Regiões de Saúde segundo ano. Brasil, 2012 e 2017.

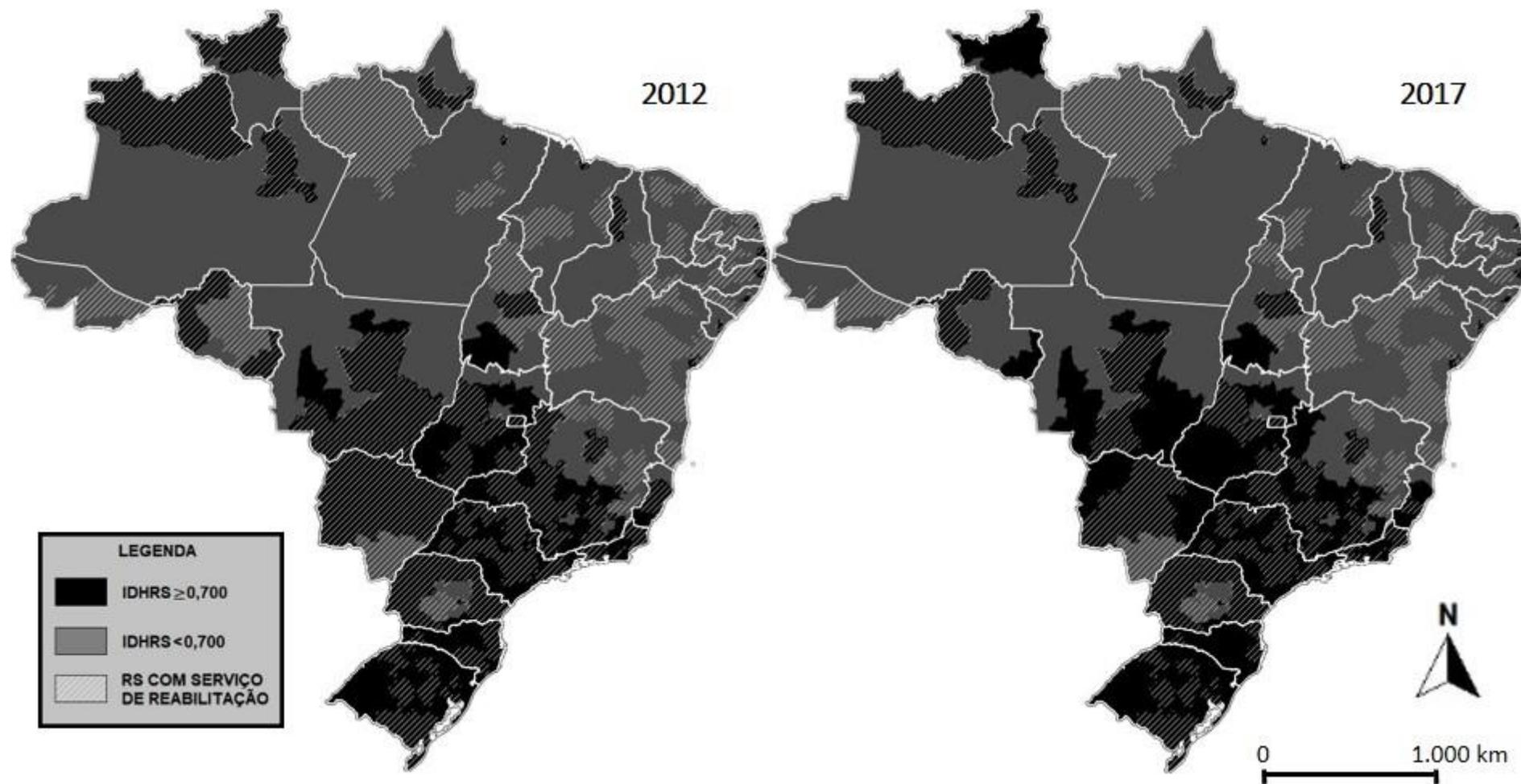
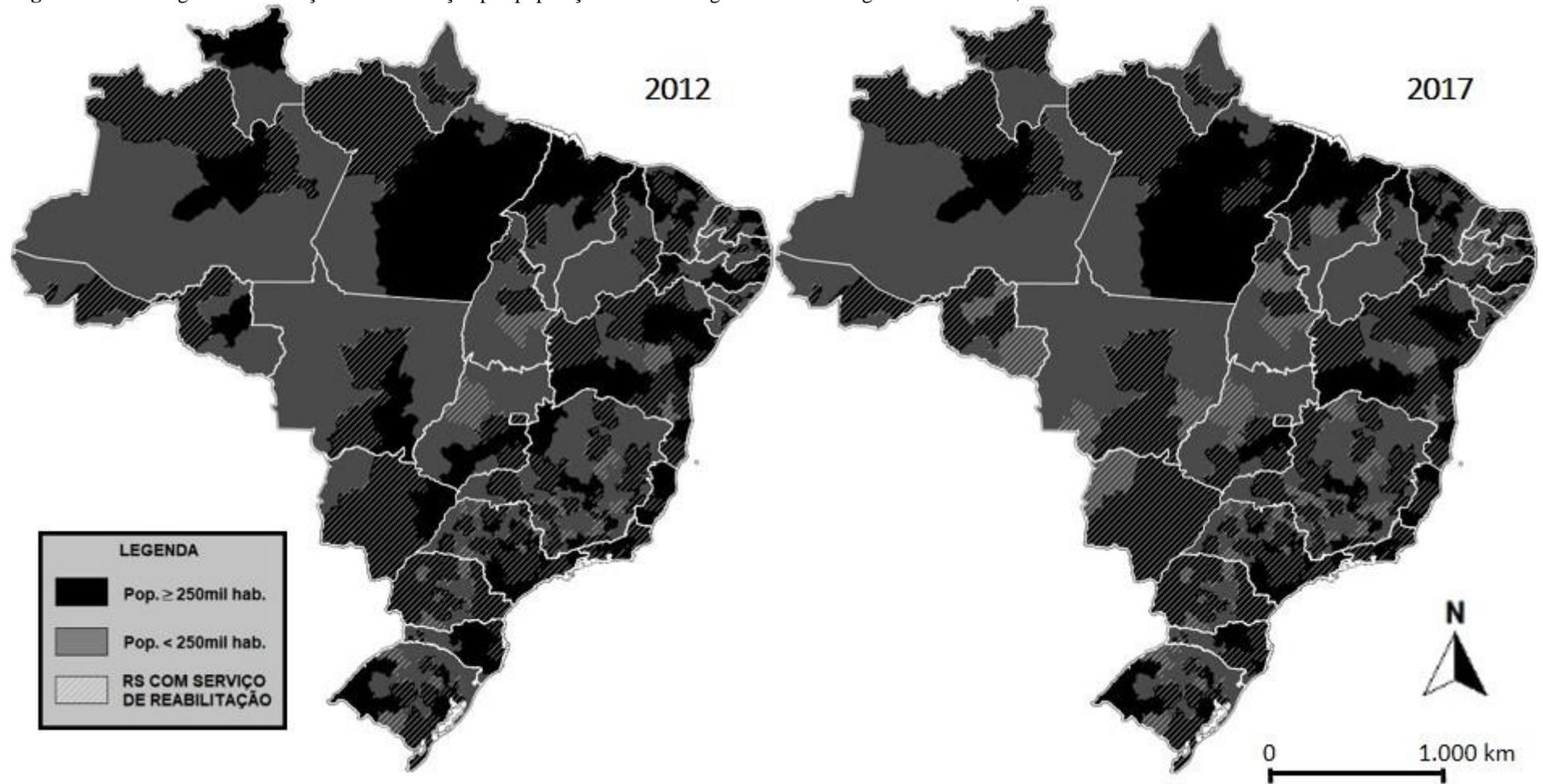


Figura 2. Oferta regional de Serviços de Reabilitação por população total das Regiões de Saúde segundo ano. Brasil, 2012 e 2017.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar características da oferta de serviços especializados em reabilitação no âmbito do SUS entre os anos de 2012 a 2017. Para tanto, partindo-se de alguns aspectos relacionados aos estabelecimentos de saúde habilitados como serviços especializados em reabilitação e à sua distribuição no território segundo aspectos demográficos e socioeconômicos

Os resultados apresentados apontam que houve um incremento da oferta e uma melhor distribuição de serviços especializados de reabilitação. Não obstante, à análise por modalidade de reabilitação, evidenciou a persistência de importantes vazios assistenciais, sobretudo para a reabilitação visual

Nessa esteira, ainda que os avanços tenham sido insuficientes para eliminar as iniquidades regionais e socioeconômicas constatou-se importantes avanços na cobertura de regiões historicamente reconhecidas pelos seus vazios assistenciais (regiões de saúde de menores níveis de desenvolvimento socioeconômico e menos populosas, sobretudo nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste).

Outro achado que chamou atenção foi a forte participação do setor privado, sobretudo instituições privadas sem fins lucrativos. Embora encontre explicação, ao menos em parte, na história recente das políticas públicas (ou ausência delas) voltadas para a atenção à pessoa com deficiência no Brasil, tal fato merece maior atenção, uma vez que não se tem dados na literatura sobre a relação público-privado no cuidado à pessoa com deficiência, sobretudo na reabilitação.

Deve-se ressaltar entretanto que o presente estudo se ateve à análise apenas aspectos relacionados à dimensão geográfica da oferta, mais especificamente a disponibilidade de serviços de saúde. Ainda que a disponibilidade seja considerada condição *sine qua non* e fator mais importante para a utilização do serviço, outros aspectos relacionados à oferta e também à demanda devem ser considerados ao se avaliar o acesso a serviços de saúde.

Apesar das limitações apresentadas, o presente estudo possibilitou assinalar subsídios importantes para a avaliação e direcionamentos das ações no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Contudo, sugere-se buscar, por meio de outras pesquisas, com metodologias e abordagens diferentes, compreender outros aspectos relacionados à oferta e ao acesso e utilização de serviços de reabilitação. Além disso, estudos futuros que possam avaliar os serviços de reabilitação, bem como o grau de implantação da Rede de Cuidados à pessoa

com deficiência podem ser úteis para fornecer novos subsídios para a avaliação e gestão desta política.

Por fim, pode-se afirmar que o propósito desse estudo foi alcançado e espera-se que proporcione uma reflexão frente aos avanços e desafios referentes à implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS nesses primeiros anos desde sua instituição, que podem ser projetar novas possibilidades daqui para frente. Nesse sentido, espera-se que os resultados ora apresentados possam subsidiar gestores e tomadores de decisão, a nível nacional e subnacional, possibilitando a identificação que não está sendo efetivo para que se possa redirecionar práticas para o alcance dos objetivos propostos pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Para tanto, este estudo será oportunamente ofertado à Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – CGSPCD/DAPES/SAS/MS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. Organização Mundial da Saúde. 2012. 334 p.
2. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Brown A, Carter A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1545–602.
3. Boccolini P de MM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(11):3537–46. Available from: [em:http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-sociais-nas-limitacoes-causadas-em-23/10/2017](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-sociais-nas-limitacoes-causadas-em-23/10/2017). Está disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-sociais-nas-limitacoes-causadas-por-doencas-cronicas-e-defic>
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2297–305. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro; 2010. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf
6. Marinho F, de Azeredo Passos VM, Carvalho Malta D, Barboza França E, Abreu DMX, Araújo VEM, et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* [Internet]. 2018;6736(18):1–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618312212>
7. World Health Organization. Who global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. Geneva; 2015.
8. World Health Organization. Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting report. Geneva; 2017.
9. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [Internet]. Brasil: Diário Oficial da União: Seção 1, 26/8/2009, Página 3; 2009. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6949-25-agosto-2009-590871-publicacaooriginal-115983-pe.html>
10. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasil; 1988.
11. PNS. Pesquisa nacional de saúde 2013: Ciclos de vida. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2015. 90 p.
12. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG de, et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(10):3253–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt
13. Bernardes LCG, Maior IMM de L, Spezia CH, Araujo TCCF de. Pessoas com

- deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Cien Saude Colet*. 2009;14(1):31–8.
14. Lobato L de VC, Giovanella L. Lobato, Giovanella - 2012 - Sistemas de saúde origens, componentes e dinâmica.PDF. In: Fiocruz, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed., re. Rio de Janeiro; 2014. p. 89–120.
 15. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro J da R, Cortizo CT, et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde e Soc* [Internet]. 2015;24(2):472–85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt
 16. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil; 1990.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 Estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2010;4279. Available from: portalms.saude.gov.br
 18. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015;39(spe):28–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en&nrm=iso
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012, Institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União Brasil: Diário Oficial da União: Seção 1, xx/xx/xxxx, Página xx*; 2012 p. 8–11.
 20. Campos MF, Souza LA de P, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface - Comun Saude Educ*. 2015;19(52):207–10.
 21. Bickenbach J, Rubinelli S, Stucki G. Being a person with disabilities or experiencing disability: Two perspectives on the social response to disability. *J Rehabil Med*. 2017;49(7):543–9.
 22. Aranha MSF. Paradigmas da Relação da Sociedade com as Pessoas com Deficiência. *Rev do Ministério Público do Trab* [Internet]. 2001;Ano XI(n.º 21):160–73. Available from: <http://www.adiron.com.br/arquivos/paradigmas.pdf>
 23. Pacheco KMDB, Alves VLR. A história da deficiência, da marginalização à inclusão: uma mudança de paradigma. *acta Fisiatr*. 2007;14(4):242–8.
 24. Bravo MIS, Pereira D de S, Menezes JSB de, Oliveira MM do N. Política De Saúde Na Atual Conjuntura : Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde. 2ª. 2008. 1-56 p.
 25. Aparecida de Souza L, Mancussi e Faro AC. Historia de la rehabilitación en Brasil, en el mundo y el papel de enfermería en este contexto: reflexiones y tendencias basadas en la revisión de literatura. *Enfermería Glob*. 2011;10(24):272–89.
 26. Fernandes LB, Schlesener A, Mosquera C. Breve Histórico Da Deficiência E Seus Paradigmas. *Rev Núcleo Estud e Pesqui Interdiscip em Musicoter* [Internet]. 2011;2:132–44. Available from: http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao/Arquivos2011/NEPIM/NEPIM_Volume_02/Art08_NEPIM_Vol02_BreveHistoricoDeficiencia.pdf
 27. Lanna Júnior MCM. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. 1ª Ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência; 2010. 443 p.
 28. Barros FBM De. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de

- fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. *Cien Saude Colet*. 2008;13(3):941–54.
29. Bernardes LCG, Araujo TCCF de. Deficiência no Brasil: delimitando conceitos básicos. In: Liber Livro, editor. *Psicologia da Reabilitação - Perspectivas teóricas, metodológicas e Práticas*. Brasília; 2015. p. 12–32.
 30. Diniz D. O que é deficiência. 2007. 96 p.
 31. Santos WR. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016;21(10):3007–15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003007&lng=pt&tlng=pt
 32. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007;23(10):2507–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 33. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med*. 2007;39(4):279–85.
 34. Gutenbrunner C, Bickenbach J, Kiekens C, Meyer T, Skempes D, Nugraha B, et al. ISPRM discussion paper: Proposing dimensions for an international classification system for service organization in health-related rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2015;47(9):809–15.
 35. Meyer T, Gutenbrunner C, Kiekens C, Skempes D, Melvin JL, Schedler K, et al. ISPRM discussion paper: Proposing a conceptual description of health-related rehabilitation services. *J Rehabil Med*. 2014;46(1):1–6.
 36. Chen JJ, Yang RK. The future of UIHC Rehabilitation Services: defining and measuring quality rehabilitation services. *IOWA Orthop J*. 2009;29(37):139–42.
 37. Araujo TCCF de. Apresentação. In: Liber Livro, editor. *Psicologia da Reabilitação - Perspectivas teóricas, metodológicas e Práticas*. Brasília; 2015. p. 9–12.
 38. Cabral Filho AV, Ferreira G. Movimentos Sociais e o Protagonismo das Pessoas com Deficiência. *Rev SER Soc* [Internet]. 2013;15(32):93–116. Available from: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/9599
 39. Crespo AM (Lia). Movimento social e político das pessoas com deficiência: da invisibilidade à construção da própria cidadania. *oraíldades*. 2012;6(11):199–219.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência. 2º ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2006. 346 p.
 41. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS Nº 1060, de 05 de junho de 2002. *Diario Oficial da União Brasília: Diário Oficial da União: Seção 1, 10/06/2002*, p. 21.
 42. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília: Diário Oficial da União: Seção 1, 18/11/2011.
 43. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(3):941–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300941&lng=pt&tlng=pt
 44. Brasil. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União: Seção 1, 7/7/2015*; 2015.
 45. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004;20(d):190–8. Available from:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

46. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(11):2865–75. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002
47. Barbiani R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: Avanços, limites e desafios. *Saúde e Soc.* 2014;23(3):855–68.
48. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira R da S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet.* 2012;17(4):921–34.
49. Oliveira EXG de, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):386–402.
50. Sousa K de M, Oliveira WIF de, Alves EA, Gama ZA da S. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. *Artig Orig Rev Saude Publica.* 2017;51(54):1–13.
51. Travassos C, Castro M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Fiocruz, editor. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2ª Ed rev. Rio de Janeiro; 2012. p. 183–208.
52. A D. *Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care.* Harvard University Press, editor. Cambridge; 1973.
53. Sanchez RM, Rozana E, Ciconelli M. ***2012_Conceitos de acesso à saúde.pdf.
54. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? 1995;36(1):1–10.
55. Cardoso M de O, Vieira-da-silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saude Publica.* 2012;28(7):1273–84.
56. Noronha JC De. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(5):847–9.
57. Silva LSG da, Gonçalves CG de O, Soares VMN. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva: um estudo avaliativo a partir da cobertura de serviços e procedimentos diagnósticos. *CoDAS.* 2014;26(3):241–7.
58. Fleury S, Overney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Fiocruz, editor. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2 ed. rev. Rio de Janeiro; 2012. p. 25–58.
59. Duarte CMR, Pedroso M de M, Bellido JG, Moreira R da S, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(6):1163–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt
60. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União: Seção 1, 06/11/1996; p. 34.
61. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2753–62.
62. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS De. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015;39(107):935–47. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000400935&lng=pt&tlng=pt
63. Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1291–310.

64. Duarte CMR, Pedroso M de M, Bellido JG, Moreira R da S, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015;31(6):1163–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601163&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
65. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017;22(4):1055–64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401055&lng=pt&tlng=pt
66. Mendes Á, Marília L. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. *Saúde e Soc*. 2015;24(2014):393–7.
67. Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde ? SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p e dá outras providências. Presidência da República. Diário Oficial da União: Seção 1, 29/06/2011; 2011.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS N° 1.646 de 2 de outubro de 2015 Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasil: Diário Oficial da União, Seção 1 05/10/2015, p. 669.
69. PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. IDHM. 2013.
70. Mendes VLF. Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. *Divulg Em Saúde Para Debate*. 2014;52:146–52.
71. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Albuquerque MV de, Mota PH dos S, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Soc* [Internet]. 2015;24(2):413–22. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84931834683&partnerID=tZOtx3y1>
72. Castro AP de, Neves VR, Acirole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2011;30(5):469–76. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
73. Gutierrez MS. A oferta de tomógrafo Computadorizado para o tratamento do Acidente Vascular Cerebral Agudo, no Brasil, sob o ponto de vista das desigualdades sociais e geográficas (tese). 2009.
74. Xavier DR, Oliveira RAD de, Matos VP de, Viacava F, Carvalho C de C. Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016;40(110):20–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300020&lng=pt&tlng=pt
75. Hasue RH, Aizawa CYP, Genovesi FF. A síndrome congênita do vírus Zika: importância da abordagem multiprofissional. *Fisioter e Pesqui*. 2017;24(1):1–1.
76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico 22: monitoramento integrado das alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a semana epidemiológica 15 de 2018. Vol. 49. Brasília; 2018.
77. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Fiocruz, editor. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2º Ed rev. Rio de Janeiro; 2012. p. 547–76.

78. Travassos C, Oliveira EXG De, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):975–86.
79. Boccolini CS, De Souza Junior PRB. Inequities in Healthcare utilization: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3>
80. Cambota JN, Rocha FF. Determinantes das desigualdades em cuidados de saúde: uma análise para o Brasil e regiões brasileiras. 2011;1–19.
81. Garcia-subirats I, Vargas I, Mogollón-pérez AS, Paepe P De, Rejane M, Pierre J, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. 2015;28(6):480–8.
82. Franchi EF, Piber VD, Selau CM, Schmidt MH, Soares S, Quatrin LB, et al. Prevalência de pessoas com deficiência física e acesso ao serviço de reabilitação no Brasil Prevalence of people with disabilities and access to rehabilitation service in Brazil. 2017;18(3):169–73.
83. Aleluia ÍRS, Sodré N, Barretto A, Júnior EPP, Santos FC. Análise da Produção Ambulatorial de Fisioterapia no SUS , Bahia, 2008-2014. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2017;08(02):254–69.
84. Rocha DC, do Carmo D, Kielmann S. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a desfragmentação da atenção à saúde. In: Saúde BMi da SS de A à, editor. *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS* [Internet]. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 69–86. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf
85. Pereira JDS, Machado WCA. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. *Rev Ter Ocup da Univ São Paulo*. 2015;26(3):373–81.
86. Lima MLLT de, Lima MLC de, Deslandes SF, Souza ER de, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2012;17(1):33–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100006&lng=pt&tlng=pt
87. Bazzo LMF, Noronha CV. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *Cien Saude Colet*. 2009;14:1553–64.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279 MS/GM de 2010. Brasil: Diário Oficial da União: Seção 1, 31/12/2010, Página 88; 2010.

ANEXO I

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation

 [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2018-1750

Title

Perfil da oferta e cobertura regional de serviços especializados em reabilitação no Brasil entre 2012 e 2017

Authors

Aguilar, Diogo

Leão Tavares, Noemia

Date Submitted

21-Jun-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)