

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima

**IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE REABILITAÇÃO
FÍSICA EM PERNAMBUCO: uma avaliação na perspectiva
da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por
Acidentes e Violência**

**RECIFE
2011**

MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM
PERNAMBUCO: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de
Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz,
para obtenção do grau de doutor em
Ciências.

Orientadora: Maria Luiza Carvalho de Lima

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732i Lima, Luiza Lopes Timóteo de.
Implantação da rede estadual de reabilitação física em Pernambuco: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência / Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima. - Recife: s.n, 2011.
188, ilus, graf, tab, 30 cm.

Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Maria Luiza Carvalho de Lima.

1. Acidentes de trânsito. 2. Violência. 3. Reabilitação. 4. Pessoas com deficiência. 5. Avaliação em saúde. I. Lima, Maria Luiza Carvalho de. II. Título.

CDU 614.8

MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA

**IMPLANTAÇÃO DA REDE ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA EM
PERNAMBUCO: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de Redução
da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas do Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Profa. Dra. Isabella Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - Imip

Profa. Dra. Cleide Fernandes Teixeira
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Profa. Dra. Wanilda Maria Alves Cavalcanti
Universidade Católica de Pernambuco - Unicap

Profa. Dra. Zulma Maria de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

*A Júlia e Artur, tão pequenos, e
já dividiram comigo as
alegrias e as preocupações
deste momento.*

*Aos meus pais, Aloizio e
Francisca, pelo incentivo ao
estudo e apoio incondicional
que sempre me deram.*

AGRADECIMENTOS

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM por me oportunizar uma formação em Saúde Coletiva desde a Especialização e agora viabilizar o Curso de Doutorado.

À professora Maria Luiza Carvalho de Lima, orientadora e amiga: com tamanha disponibilidade, abertura e sabedoria fez do decorrer deste trabalho uma atividade prazerosa.

À professora Maria Rejane Ferreira da Silva, pela pronta disponibilidade para co-orientação o trabalho desde o nascedouro, muito embora tenhamos mudado o rumo da proposta.

A Fabio Lessa (*in memoriam*) e a Zulma Medeiros, estimados amigos e mestres, referência e fontes de inspiração desde a minha iniciação na área da Saúde Coletiva.

Aos professores André Monteiro Costa e Isabella Chagas Samico, pelas valiosas contribuições no momento do exame de qualificação.

Às professoras Cleide Teixeira e Wanilda Cavalcanti, exemplos de compromisso profissional, seriedade e competência, pela participação e colaboração na banca de defesa.

À Universidade Católica de Pernambuco, pelo incentivo à busca da qualificação e todo o apoio dispensado no decorrer desta formação.

À Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, que autorizou e colaborou com a realização desta pesquisa.

Aos profissionais dos serviços de saúde e gestores dos municípios que colaboraram, com muita presteza, no momento da coleta de dados, viabilizando a proposta de investigação.

A todos os colegas do Laboratório de Estudos da Violência e Saúde (Leves), pela possibilidade de construção coletiva do próprio laboratório e cooperação na coleta e análise dos dados dessa pesquisa.

A Antônio Odael, Ana Beatriz Rigueira e Raquel Moura, colegas do Leves, que me colaboraram na operacionalização da pesquisa e na coleta de dados.

À colega do doutorado, Ana Claudia Figueiró, pela ajuda e orientação no campo da avaliação, ainda no momento de definição do objeto de estudo.

Aos colegas da turma de doutorado 2008, em especial Alice Barreira e Vanessa Lima, companheiras de muitos momentos.

Ao meu esposo, Valdemar, exemplo de companheirismo, sempre manifestou suas ideias e contribuiu com o que precisei para a conclusão deste trabalho.

Às minhas irmãs, Denise, Aline e Helenita, pela torcida e ajuda nos momentos de maior tensão e necessidade de apoio.

Às amigas Ana Izabel Andrade, Claudia Marina e Erika Mahon, pela companhia e reforço amigo nas horas necessárias.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

LIMA, M. L. L. T. Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma avaliação na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a implantação da Rede de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Foram estudados oito municípios com mais de 100 mil habitantes e 27 serviços de reabilitação física. O desenho da investigação foi um estudo de caso, com foco avaliativo do tipo análise de implantação. Foram entrevistados os coordenadores da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado e dos municípios; gerentes dos serviços de reabilitação física e de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e o presidente do Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência. Somaram 38 indicadores analisados, em três dimensões: gestão, atenção à saúde e controle social. Na análise das entrevistas utilizaram-se os princípios da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontam as seguintes características para organização da rede de reabilitação física: grande concentração dos serviços de reabilitação na Mesorregião Metropolitana do Recife (74,1%); Recife foi o único município que possui serviços de diagnóstico de eletromiografia, potenciais evocados e avaliação urodinâmica; nenhum município atende as normas de acessibilidade preconizadas; os profissionais com maior representatividade, foram Fisioterapeutas (35%), Assistentes Sociais (13%), Psicólogos (12,7%) e Fonoaudiólogos (10,8%). A implantação em Pernambuco foi classificada como Intermediária, considerando os critérios estabelecidos. Tanto o contexto político como o estrutural mostraram-se favoráveis para a implantação da rede em nível estadual, diferentemente do nível municipal, que apresentou contextos não favoráveis. Há um considerável empenho, por parte da gestão estadual, para avançar com a implantação da Rede de Reabilitação Física, porém, este propósito só se efetivará caso haja maior envolvimento e colaboração por parte dos municípios.

Descritores: acidentes de trânsito, violência, reabilitação, pessoas com deficiência, avaliação em saúde.

LIMA, M. L. L. T. Implementation of the Physical Rehabilitation Public System in Pernambuco: an assessment from the perspective of the National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence. 2011. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhaes, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

The objective of the study was to evaluate the implantation of the Public System of Physical Rehabilitation in Pernambuco in the perspective of the National Politics of Reduction of Morbidity and Mortality for Accidents and Violence. Eight municipal districts with more than 100 thousand inhabitants and 27 services of physical rehabilitation were studied. The drawing of the investigation was a case study with type implantation analysis. The coordinators of the National Politics of Health of the Person with Deficiency of the state were interviewed and also the coordinators of the municipal districts; managers of the services of physical rehabilitation; managers of dispensation of prostheses and auxiliary means of locomotion; and the president of Council of Rights of the Person with Deficiency. 38 indicators were analyzed, in three dimensions: administration, attention to the health and social control. In the analysis of the interviews the principles of the analysis of content of Bardin were used. The main results of the net of attendance were: great concentration of the rehabilitation services in the metropolitan area of Recife (74,1%); Recife was the only municipal district that possesses services of electromyography diagnosis, evoked potentials and evaluation urodynamic; no municipal district assists the accessibility norms foreseen; among the professionals with larger representativeness, after the doctor, they were the Physiotherapists (35%), Social worker, (13%) Psychologist (12,7%) and Audiologist (10,8%). The implantation in Pernambuco was classified as an Intermediate Implantation, considering the established criteria. Both the political context and the structural context were shown favorable for implantation in state level differently of the municipal level, that presented no favorable contexts. There is a considerable pledge, on the part of the state administration, to move forward with the implantation of the Public System of Physical Rehabilitation, however, that will only happen with the largest involvement and cooperation of the municipal districts.

KEYWORDS: traffic accidents, violence, rehabilitation, people with disabilities, health evaluation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Características contextuais que podem influenciar os efeitos e o grau de implantação segundo os diferentes modelos de análise de mudança.....	48
Quadro 2 -	Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2007.....	65
Quadro 3 -	Critérios, indicadores e parâmetros aplicados na avaliação do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco.....	74
Quadro 4 -	Pontuação distribuída para cada indicador estudado.....	80
Quadro 5 -	Matriz de categorias e subcategorias de análise para estudo do contexto político sob a perspectiva do Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência nos municípios e no Estado de Pernambuco.....	87
Quadro 6 -	Matriz de categorias e subcategorias de análise para estudo do contexto estrutural sob a perspectiva do Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência nos municípios e no Estado de Pernambuco.....	88
Quadro 7 -	Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2009.....	92
Quadro 8 -	Rede Estadual de Reabilitação Física, segundo a atenção à saúde, em municípios com mais de 100 mil habitantes em Pernambuco, 2009.....	104
Quadro 9 -	Rede Estadual de Reabilitação Física, segundo gestão e controle social, em municípios com mais de 100 mil	

habitantes, em Pernambuco, 2009.....	106
Quadro 10 - Resumo das atas de reunião do Coned em que foi abordado o tema saúde.....	134
Quadro 11 - Análise resumida dos fatores politico-estruturais que poderão influenciar na implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco.....	136
Quadro 12 - Análise resumida dos fatores político-estruturais das coordenações municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência que poderão influenciar a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco.....	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das deficiências, segundo as grandes regiões e as áreas urbana e rural do Brasil, 2000.....	29
Tabela 2 - Estabelecimentos de saúde no Estado de Pernambuco, 2011.....	51
Tabela 3 - Síntese dos indicadores socioeconômicos e demográficos dos municípios estudados.....	64
Tabela 4 - Peso atribuídos a cada município a partir do número de serviços.....	83
Tabela 5 - Distribuição da população vítima de acidentes e violências assistida nos serviços de reabilitação dos municípios com mais de 100 mil habitantes em Pernambuco, segundo os grupos e o sexo, 2009.....	94
Tabela 6 - Distribuição dos serviços de reabilitação, segundo as ações realizadas, em municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009.....	95
Tabela 7 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios em mais de 100 mil habitantes, segundo o tipo de atendimento, em Pernambuco, 2009.....	96
Tabela 8 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo os recursos tecnológicos oferecidos, em Pernambuco, 2009.....	97
Tabela 9 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo suporte e transferência, em Pernambuco, 2009.....	97
Tabela 10 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo regulação, ações e registro,	

	em Pernambuco, 2009.....	98
Tabela 11 -	Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo o turno de funcionamento, em Pernambuco, 2009.....	98
Tabela 12 -	Oferta de serviços de reabilitação em municípios de mais de 100 mil habitantes, segundo o atendimento às normas de acessibilidade, em Pernambuco, 2009.....	99
Tabela 13 -	Distribuição dos serviços de reabilitação com municípios de mais de 100 mil habitantes, segundo a provisão de recursos tais como: órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, em Pernambuco, 2009.....	100
Tabela 14 -	Notas médias para o atendimento, em reabilitação, às vítimas de acidentes e violências em municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009.....	101
Tabela 15 -	Distribuição dos profissionais disponíveis para assistência nos serviços hospitalares, às vítimas de acidentes e violências, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD – Associação de Assistência a Criança Deficiente

ATT – Acidentes de Transporte Terrestre

BDE – Banco de Dados do Estado

Celpe – Companhia Energética de Pernambuco

Cename – Centro Integrado de Assistência Médica e Apoio Social à Cida

CID-10 – 10ª Revisão da Lista de Classificação Internacional de Doenças

CIF – A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Compesa – Companhia Pernambucana de Saneamento

Conade – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência

Conede – Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência

Coorde - Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

Datasus – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

Detran - Departamento Estadual de Trânsito

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

Geres – Gerência Regional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil

Imip – Instituto de Medicina Integral Fernandes Figueira

Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira

Infopol – Sistema de Informações Criminais

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano

Leves – Laboratório de Estudos de Violência e Saúde

Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

Opas – Organização Pan-Americana da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

Sead – Superintendência de Atenção aos Direitos da Pessoa com Deficiência

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação da Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Sistema VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Apresentação do problema.....	18
1.2	Marco conceitual.....	22
1.2.1	Os acidentes e violência como causas dos traumas e incapacidades físicas na sociedade brasileira: epidemiologia e impactos.....	22
1.2.2	Deficiência e Reabilitação no Brasil: algumas considerações.....	27
1.2.3	A assistência na área de reabilitação física na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.....	36
1.2.4	Avaliação de Programas e/ou Serviços e Análise de Implantação...	41
2	OBJETIVOS.....	49
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
3.1	Local do estudo	50
3.2	Seleção dos municípios.....	51
3.3	Seleção das unidades de saúde.....	65
3.4	Desenho do estudo.....	67
3.5	Construção do modelo lógico.....	69
3.6	Composição dos critérios e indicadores.....	72
3.7	Coleta de dados e instrumentos.....	78
3.8	Análise dos dados.....	79
3.9	Considerações éticas.....	89
4	RESULTADOS	90
4.1	Caracterização da Rede de Serviços de Reabilitação Física em Pernambuco.....	90
4.2	Estimativa do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física, em Pernambuco, quanto aos aspectos da organização e estrutura.....	102
4.3	Análise do conteúdo das entrevistas.....	107

4.4	Análise dos fatores contextuais que influenciaram a implantação da Rede.....	129
4.4.1	Contexto Político da Coordenação Estadual.....	129
4.4.2	Contexto Estrutural da Coordenação Estadual.....	132
4.4.3	Contexto Político das Coordenações Municipais.....	137
4.4.4	Contexto Estrutural das Coordenações Municipais.....	138
5	DISCUSSÃO.....	142
6	CONCLUSÕES	158
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	161
8	RECOMENDAÇÕES	162
	REFERÊNCIAS.....	164
	APÊNDICES.....	174
	APÊNDICE A – Entrevista com a Coordenação Estadual da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.....	174
	APÊNDICE – B Entrevista com a Coordenação Municipal da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.....	176
	APÊNDICE C – Entrevista com a Coordenação do serviço de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção em PE.....	178
	APÊNDICE D – Entrevista com o Presidente do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência.....	180
	APÊNDICE E – Questionário para investigação da estrutura e processos desenvolvidos nos serviços de reabilitação física...	181
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – entrevista.....	186
	APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – questionário.....	187
	ANEXOS.....	188
	ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética	188

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do Problema

A literatura é unânime em considerar os acidentes e a violência como problema de saúde que comporta enorme desafio, uma vez que são muitas as especificidades que cercam o corpo causal, vítimas e as consequências relacionadas ao tema (SOUZA; MINAYO; MALAQUIAS, 2005). Além disso, os acidentes e a violência se caracterizam como uma questão que deve e precisa ser tratada por várias alas da sociedade, independente da área de conhecimento.

Os acidentes e violências ocupam a terceira causa de morte no Brasil, sendo a primeira causa nas faixas etárias de 5 a 39 anos. Em 2009, foram realizadas 883.472 internações no SUS por essas causas, representando cerca de 8,0% do total e ocupando o quinto lugar entre as causas de internação. Isso significou que, para cada morte, aproximadamente sete pessoas foram hospitalizadas no SUS. A Região Nordeste merece atenção especial; em 2009, as cinco capitais que apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios, foram Maceió (101,6 óbitos por 100 mil habitantes), Recife (61,2), Vitória (58,9), Salvador (57,1) e Belém (50,3) (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Os serviços de saúde, entre eles os serviços de reabilitação, têm sentido a mudança no perfil epidemiológico da saúde dos brasileiros. Estudo realizado em 171 pacientes atendidos no Ambulatório de Lesão Medular do Lar Escola São Francisco - EPM/UFSP, entre 1999 e 2001, identificou que 30,1% das pessoas tinham lesões causadas por arma de fogo e 17,5% em decorrência de quedas. Além disso, o tempo médio de internação foi de 54,5 dias e, entre a alta hospitalar e a reabilitação, de 22,4 meses (GASPAR et al., 2003).

Na tentativa de enfrentamento da questão, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

(PNRMAV), Portaria MS/GM nº737, de 16/05/01. Com isso, o tema passou a ser respaldado por uma política específica, que contempla desde ações de promoção da saúde até reestruturação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001a).

Objetivando acompanhar a implantação da Política, em 2006 foi realizada uma pesquisa em nível nacional, intitulada “Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências”, realizada pelo Centro Latino - Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves)¹.

A partir desse estudo, surgiram indicativos acerca do quanto ainda precisa avançar a organização dos serviços de saúde em todo o Brasil, em especial os de reabilitação. Os serviços de reabilitação, comparados aos de atenção pré-hospitalar e hospitalar, são os que mais evidenciam deficit de oferta, entre outros aspectos, em organização e estrutura, em todas as capitais estudadas, sendo, portanto, a área de maior fragilidade no processo de implantação da Política Nacional (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Os indicadores gerados por este estudo foram adaptados e aplicados em um estudo desenvolvido pelo Laboratório de Estudos de Violência em Saúde (Leves/CPqAM/Fiocruz)², em 2008, intitulado “Análise da Implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, no Estado de Pernambuco”, ao qual a presente pesquisa está vinculada.

Os dois estudos antecedentes apontaram a necessidade de um olhar mais aprofundado para a atenção em reabilitação, pelo fato desse tipo de assistência apresentar-se como um dos principais entraves na implantação da Política Nacional de Saúde de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Os serviços de reabilitação são organizados a partir dos tipos de deficiência, que podem ser deficiência física, auditiva, visual, intelectual, ou múltipla (BRASIL,

¹ O Claves é um centro de pesquisa, ensino e assessoria, com o objetivo de investigar o impacto da violência sobre a saúde da população brasileira e latino-americana. Realiza pesquisas interdisciplinares, interdepartamentais, interinstitucionais e intersetoriais.

² O Leves foi estruturado em 2008, no Departamento de Saúde Coletiva (Nesc) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, unidade da Fiocruz em Pernambuco. Tem como objetivo produzir conhecimentos na área da morbimortalidade por acidentes e violências.

2010c). As deficiências físicas estão mais associadas aos acidentes e violência por isso optou-se pela investigação dos serviços de reabilitação física.

A estruturação das Redes de Reabilitação Física é preconizada na portaria nº 818/01 MS/GM. Essa determina que as Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal organizem as suas respectivas Redes Estaduais de Reabilitação Física, integradas por serviços hierarquizados com diferentes níveis de complexidade, com as especificidades de cada nível, os recursos humanos e materiais necessários, bem como estabelece mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada ao usuário e o quantitativo máximo de serviços (BRASIL, 2001b).

Ao gestor estadual cabe apresentar ao Ministério da Saúde um projeto de Rede, elaborado segundo os critérios, normas e requisitos emanados pela portaria nº 818/01, o que inclui o Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (BRASIL, 2009).

Após a publicação das portarias MS/GM nº 818 e SAS/MS nº 185, todas de 2001, o Estado de Pernambuco credenciou dois serviços de reabilitação física, o Hospital Getúlio Vargas, como unidade de média complexidade, e a Associação de Assistência a Criança com Deficiência (AACD), como unidade de alta complexidade. Em 2010, obteve o credenciamento de outro serviço, o do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), que teve seu funcionamento iniciado em 2011.

A organização das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação Física tem seguido um percurso próprio em cada unidade federada. De certa forma os diferentes estágios de implantação da Rede revelam em que medida o atendimento às pessoas com deficiência vem sendo objeto de preocupação dos gestores locais (BRASIL, 2009).

Sabe-se que as inúmeras sequelas decorrentes dos acidentes e violência, por sua vez, irão demandar, cada vez mais, uma assistência, tanto na fase de internamento como na de reabilitação, o que requer uma avaliação dessa última

quanto à implantação das diretrizes que norteiam a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

Diante do apresentado, foi possível elencar algumas questões para investigação:

- 1) Como se organiza e se estrutura a Rede de Reabilitação Física em Pernambuco, considerando o que preconiza a Política Nacional de Saúde de Redução da Morbimortalidade dos Acidentes e Violências?
- 2) Qual o grau de implantação da Rede de Reabilitação Física no Estado de Pernambuco?
- 3) Que fatores contextuais influenciaram a implantação da assistência em reabilitação física em Pernambuco?

A partir dos resultados do estudo, pretende-se contribuir com:

- a) Informações de cunho avaliativo para nortear compromissos assumidos por Pernambuco nos planos estaduais de saúde, desde 2005.
- b) A definição de prioridades, facilitando e subsidiando a tomada de decisões sobre o destino de recursos financeiros e humanos, melhora na estrutura física e mudanças nos processos dos serviços de reabilitação física.
- c) Fortalecimento da gestão e implantação da Rede Estadual de Serviços de Reabilitação Física.
- d) Planejamento de ações não apenas concernentes os aspectos da assistência, mas também aos aspectos relacionados à prevenção.
- e) Melhora na qualidade dos serviços de reabilitação física, ampliação do acesso e garantia da continuidade da assistência.
- f) Preparação do sistema de saúde para o aumento da morbidade por causas externas, especificamente para a demanda voltada para os serviços de reabilitação.

1.2 Marco Conceitual

1.2.1 Os acidentes e a violência como causas dos traumas e incapacidades físicas na sociedade brasileira: epidemiologia e impactos

Em 1996, em sua 49ª Assembleia, a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da resolução WHA49.25 declara a violência como um importante problema de Saúde Pública, crescente em todo o mundo. Essa resolução ressalta, entre outros aspectos, as graves consequências da violência para os indivíduos, as famílias, as comunidades, e menciona os impactos da violência nos serviços de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A área de saúde especialmente, tem se esforçado para o entendimento dos seus determinantes e tentado se adequar para a assistência das suas consequências (MINAYO; DESLANDES, 2008).

São diversas as formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional. A Organização Mundial da Saúde (2003) ratifica a definição de violência como

[...] o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou que tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação.

Já o acidente é entendido como “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o da escola, o do esporte e do lazer” (BRASIL, 2001a, p.3).

Atualmente, há uma discussão em relação à adequação do termo “acidente”, muitos acidentes ocorrem com alguma intencionalidade. No presente estudo, optou-se por usar o termo acidente em vista de estar consagrado pelo uso, retirando, contudo, a conotação casual que lhe pode ser inferida (MINAYO, 2006).

Os acidentes e violências compõem um conjunto de agravos à saúde, no qual se incluem as causas ditas acidentais (devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamento, afogamentos e outros tipos de acidentes) e as intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sob a denominação de causas externas.

A magnitude que assumem as causas externas, no Brasil, é reconhecida desde a década de 80, quando mudou o perfil epidemiológico de sua população; as causas externas ocupam o segundo ou terceiro lugar nos índices de mortalidade, e têm distribuição heterogênea, dependendo da região ou estado do país. Quando se analisa a mortalidade proporcional por faixa etária, essas causas ocupam o primeiro lugar na faixa etária de 5 a 39 anos (SOUZA; LIMA, 2006).

No Brasil, os acidentes e violência, por sua magnitude e transcendência, configuram um problema de Saúde Pública que tem provocado forte impacto na morbimortalidade da população (BRASIL, 2005; MINAYO; SOUZA, 2003).

Em 2008, o total de mortes por todas as causas na população brasileira foi de 1.066.842, das quais 133.644 foram classificadas no grupo das causas externas, representando 12,5% do total de óbitos. Essas causas ocuparam o terceiro lugar na mortalidade brasileira, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, que ocuparam o primeiro e segundo lugares, respectivamente (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Entre os diferentes tipos de acidentes e violências destacam-se os homicídios e os acidentes de trânsito, considerados os principais subgrupos desses agravos, como a expressão mais grave da violência social.

No período que compreende os anos de 1998 a 2008, o número total de homicídios passou de 41.950 casos para 50.113, o que representa um aumento de 17,8%. Todas as regiões, salvo a Região Sudeste, evidenciam crescimento das taxas de mortalidade, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, onde vários estados, como Pará, Alagoas, Maranhão, Bahia, Rio Grande do Norte e Sergipe, quadruplicaram seu número de homicídios (WAISELFISZ, 2011).

Nos últimos anos, Pernambuco registra uma redução de 13,8% na taxa de homicídios; em 1998 ocupou o primeiro lugar no ranking entre os estados brasileiros (taxa de 58,9 em 100 mil), em 2008 passou para o 3º lugar (50,7 em 100 mil) no ranking, ultrapassado por Alagoas e Espírito Santo (WAISELFISZ, 2011).

Recife, capital de Pernambuco, tem sido considerada uma das capitais mais violentas do Brasil. Porém, houve uma redução no número de homicídios, que passou de 1.559 casos, registrados em 1998, para 1.321, em 2008; foi a única capital do Nordeste com redução no número de homicídios, em contraste com o aumento de 404,6% para Salvador. No entanto, continua sendo uma das capitais mais violentas do país, ocupando, em 2008, o segundo lugar no ranking das capitais, atrás apenas de Maceió (WAISELFISZ, 2011).

Lima et al. (2002), em estudo sobre a dinâmica temporal e espacial dos homicídios, em duas décadas dos séculos XX e XXI (décadas de 90 e 2000), em Pernambuco, identificaram um crescimento diferenciado na capital e no seu entorno. Nos anos entre 1980 e 1990 houve um crescimento mais elevado (390%) nas taxas de morte por essa causa, no Recife; já na década de 90, o maior incremento ocorreu na Região Metropolitana (68,5%), sugerindo um processo de interiorização e com determinantes diferenciados.

Outro grande grupo de causas externas é representado pelos acidentes de trânsito: o número de óbitos passou de 30.994, em 1998, para 39.211, em 2008, o que representa um aumento de 20,8%. A Região Nordeste é a que ostenta os maiores índices de crescimento, com um aumento de 56% (WAISELFISZ, 2011).

Entre os acidentes, destacam-se os de transporte terrestre (ATT) (27,4%), os demais acidentes (11,5%) e as quedas (6,3%). Nas mortes decorrentes de acidentes de transporte terrestre, particularmente, a maior parcela ocorreu entre os usuários mais vulneráveis do sistema viário (24,2% pedestres e 23,4% motociclistas), os ocupantes de veículos corresponderam a 24,4% do total (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Quanto à morbidade, os dados ainda são bastante subestimados, uma vez que só se dispõe sistematicamente das informações dos casos que foram internados nos serviços públicos por meio da guia de internação (AIH). No ano de 2009, foram realizadas 883.472 internações no SUS por causas externas, representando cerca de 8,0% do total de internações e ocupando o quinto lugar entre as causas de internação, excluído o grupo gravidez, parto e puerpério (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Semelhante à mortalidade, os jovens e adultos na faixa de 20 a 39 anos concentraram o maior número de hospitalizações (36,7%), estando em segundo lugar adultos com 40 a 59 anos (23%). Nas internações, preponderaram os acidentes (75,6%) e as violências (24,4%). Entre os acidentes, destacaram-se as quedas, respondendo por 36% do total de internações (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

No que diz respeito aos ATTs, os motociclistas ocuparam o primeiro lugar entre as internações (44%), seguindo-se os pedestres (29,8%) e ocupantes de veículos (10,2%). A análise do diferencial de risco masculino/feminino nesses acidentes mostrou que o risco de um homem vir a ser hospitalizado no SUS em decorrência de um acidente de motocicleta foi 5,0 vezes o de uma mulher, enquanto que o do homem pedestre e do homem ocupante do veículo foi 2,5 vezes o de uma mulher (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Foram registrados 39.610 atendimentos no Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (Viva) durante o inquérito realizado em 2009 em hospitais de 24 capitais brasileiras (exceto Cuiabá, Manaus e São Paulo) e Distrito Federal. Quanto à evolução dos casos após o atendimento de emergência inicial, 76,6% receberam alta, 9,6% foram encaminhados para internação hospitalar e 6,9% para acompanhamento ambulatorial. Cerca de 4% das vítimas foram encaminhadas para outro serviço de saúde. A proporção de internação (10,9%) e de óbitos (0,4%) foi maior entre os homens, sinalizando maior ocorrência de lesões mais graves entre eles (GAWRYSZEWSK et al., 2010).

Alguns estudos realizados a partir dos serviços de saúde, hospitais ou centros de reabilitação tem apontado as causas externas como a maior causa de traumas, lesões e sequelas.

Investigação realizada no Hospital das Clínicas da USP, com 69 vítimas de ATT, buscou caracterizar a gravidade das lesões, concluindo que 24 (34,7%) foram vítimas de lesões abdominais, de extremidade e cintura pélvica, consideradas graves (nível 4). Embora a maioria dos pacientes tivesse lesões consideradas leves (níveis 1, 2 e 3), é importante ressaltar que as lesões de nível 4 são lesões de maior comprometimento, havendo inclusive risco de vida (ORTIZ, 2010).

Uma análise epidemiológica de pacientes com fraturas da coluna torácica e lombar, atendidos na emergência do Hospital Getúlio Vargas, em Pernambuco, no período de novembro de 2007 a abril de 2008, identificou 42 pacientes. O mecanismo mais frequente foi acidente por queda de altura com 61,9% (26), seguido por ATTs 23,8% (10), e outros mecanismos, com 9,5% (4) (PEREIRA et al., 2009).

Estudos também registram que a incapacidade funcional aumenta em casos de acidentes automobilísticos e atropelamentos, quando comparados com a reabilitação por outras causas (ITAMI, 2008).

Por conseguinte, no sistema de saúde as consequências dos acidentes e violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, resultando em gastos mais onerosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. O custo médio de tratamento das pessoas feridas, traumatizadas ou lesionadas por acidentes e violências foi de R\$ 506,52, bem acima de R\$ 403,38, que corresponde ao custo médio das internações em geral (BRASIL, 2005).

Em Pernambuco, os traumatismos foram a principal causa das hospitalizações de crianças e adolescentes por acidentes e violência, correspondendo isoladamente, a 84,7% de todos os casos. Em relação aos custos, os traumatismos responderam por 77,9% do total, seguidos por queimaduras (15,2%) e complicações e sequelas de causas externas (5,2%). O custo médio, para as

internações por todos os diagnósticos, na faixa etária de 0 a 19 anos, foi de R\$ 306,49. Quando foram computadas apenas as causas externas, o custo médio passou para R\$ 396,91 (MENDONÇA; ALVES; CABRAL FILHO, 2002).

1.2.2 Deficiência e Reabilitação no Brasil: algumas considerações

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) (1993), na perspectiva da saúde, a reabilitação “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental, e/ou social funcional ótimo”. Desta forma, a assistência à saúde e as ações de reabilitação visam ao desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários para promover a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e necessidades (BRASIL, 2006a).

No sentido corrente, a palavra “reabilitação” remete à ideia de um processo de transformação. Pode ser empregada em relação a objeto ou pessoa e está articulada às noções de recuperação, reaquisição, reparação ou restituição de algum elemento perdido. Reabilitar, então, do ponto de vista semântico, pode ser entendido como a restituição ao estado anterior de algo que, por algum motivo, desviou-se do curso esperado ou modificou-se (ALMEIDA, 2000).

O Brasil fez parte da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tendo apoiado e construído a elaboração desse tratado. A convenção e seu protocolo facultativo garantem o monitoramento e o cumprimento das obrigações do Estado, e foram assinados em 30 de março de 2007, sem reserva, pelo governo brasileiro, representando uma conquista histórica da sociedade (MAIOR, 2007).

Nesse tratado, os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais foram contemplados em cinquenta artigos, revestidos com tudo que se faz indispensável

para a emancipação dos cidadãos com deficiência. Os artigos 25 e 26 tratam especialmente da saúde, habilitação e reabilitação (MAIOR, 2007).

No que diz respeito à saúde, o compromisso assumido foi de que “as pessoas com deficiência têm o direito de gozar o melhor estado de saúde possível, sem discriminação baseada na deficiência” (BRASIL, 2007, p. 29). Sobre habilitação e reabilitação foi definido que “os estados membros organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais” (BRASIL, 2007, p. 30).

A magnitude da deficiência foi estimada pela Organização Mundial da Saúde (1982) em 10% da população de qualquer país em tempo de paz. Tomando como base essa previsão, o Brasil teria, atualmente, cerca de 19 milhões de pessoas com deficiência.

O tema *pessoas com deficiência* foi pesquisado no Brasil, nos censos de 1872, 1890, 1900, 1920 e 1940. Depois de cerca de meio século ausente dos censos brasileiros, em 1991 o tema voltou a ser investigado, através de uma única questão sobre deficiência física e mental. A promulgação da Lei nº 7.853/1989 trouxe, entre outras garantias legais, a obrigatoriedade da inclusão, nos censos nacionais, de questões específicas sobre as pessoas com deficiência (BRASIL, 2010b). O censo, em 1991, indicou 1,14% de deficientes. Em 2000, o censo apontou 14,5% de deficientes. Os dados referentes a 2010 ainda não foram divulgados (IBGE, 1991, 2000).

Desta forma, em 2000, 168,3 milhões de pessoas, das quais 24,6 milhões com alguma deficiência. A deficiência visual era a mais significativa, acometendo 16,6 milhões de pessoas, ou o equivalente a 9,8% da população e 68% das deficiências. Em segundo lugar, a dificuldade de caminhar ou subir escadas incidia sobre 7,9 milhões de pessoas, correspondendo a 4,7% da população e 32% das deficiências. Seguiam-se a deficiência auditiva, a mental, as paralisias e a falta de membros (IBGE, 2000).

As deficiências concentram-se mais nas áreas rurais que nas urbanas, no Sul e no Sudeste. Nas demais regiões predominam as deficiências em áreas urbanas. Em número de pessoas, as regiões Sudeste e Nordeste, juntas, concentram 17,5 milhões de pessoas com deficiência, o que corresponde a 71% do total (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das deficiências, segundo as grandes regiões e as áreas urbana e rural do Brasil, 2000

Grandes Regiões	Pessoas com, pelo menos, uma deficiência	Total (%)	Urbana (%)	Rural (%)
Brasil	24 600 256	14,5	14,3	15,2
Norte	1 901 892	14,7	15,7	12,5
Nordeste	8 025 537	16,8	17,0	16,3
Sudeste	9 459 596	13,1	13,0	13,8
Sul	3 595 028	14,3	13,8	16,5
Centro-Oeste	1 618 204	13,9	14,0	13,1

Fonte: IBGE (2000).

Todos os estados do Nordeste apresentam proporções acima da média brasileira (14,5%), Paraíba é o que registra o maior número de casos de deficiência, com 18,8% da população declarando ser portadora de alguma incapacidade permanente. Pernambuco registrou 17,24% da população com alguma deficiência, seja ela visual, motora, física ou auditiva (IBGE, 2000).

No planejamento do censo de 2000, o IBGE trabalhou em parceria com a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), no desenho do questionário e nas análises dos resultados do censo. Desde então, o IBGE e a Corde vêm trabalhando juntos visando o aperfeiçoamento do levantamento de informações estatísticas sobre as pessoas com deficiência. Estas informações são importantes para subsidiar o planejamento de políticas públicas direcionadas a atender e facilitar a inclusão social desta população (BRASIL, 2010b).

O Estado de Pernambuco, em 2009, realizou um estudo inédito no Brasil, com um levantamento do perfil epidemiológico da pessoa com deficiência. A pesquisa foi conduzida pela Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e justificada, principalmente, pela: ausência de dados específicos levantados pelo

IBGE; necessidade de informações mais atualizadas; busca de subsídios para o fortalecimento da atenção básica; definição de planos de ações voltadas para a regionalização em cada região de saúde; necessidade de estabelecer políticas de atenção integral (PERNAMBUCO, 2009b).

A população em estudo consistiu em residentes nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários nas 11 Regionais de Saúde do Estado de Pernambuco. Foram aplicados 4.400 questionários, sendo 400 nas onze Gerências Regionais de Saúde (Geres). Das 17.391 pessoas encontradas nos 4.400 domicílios, 1.753 tinham algum tipo de deficiência. As Geres com maior percentual de pessoas com deficiência foram a Geres I (34,7%), a Geres II (15,6%), a Geres IV (14,3%) e a Geres IX (12,3%). As Geres X e VII apresentaram os menores percentuais (1,7% e 2,0% respectivamente). As deficiências com maior ocorrência foram a visual (32,1%), física (24,9%) e auditiva (24,8%) (PERNAMBUCO, 2009b).

Nessa pesquisa o tema acidente surge quando da investigação das principais causas das deficiências físicas nessa população: os acidentes apareceram como primeira ou segunda causa das deficiências, em quase todas as Geres, exceto a I, III e XI (PERNAMBUCO, 2009). Esses resultados corroboram com os dos censos realizados em 1991 e 2000, que revelaram as causas externas como uma das principais causas das deficiências no Brasil (BRASIL, 2006b).

Sabe-se que as deficiências de origem traumática culminam com a restrição das atividades, da participação social, e com perda de qualidade de vida, havendo preocupação, por parte dos profissionais da área de saúde, com a recuperação funcional, emocional e a inserção destas pessoas na comunidade (DE CARLO et al., 2007).

No que diz respeito às possibilidades de acesso aos serviços de assistência médica, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a população brasileira podia ser distribuída em três grupos: os que podiam pagar pelos serviços médicos privados; os trabalhadores segurados; e uma imensa quantidade de pessoas que não se enquadravam nesses grupos, ou seja, não

tinham direitos assegurados e pouco ou nenhum acesso a cuidados individuais de saúde (MENDES, 2001).

Havia uma divisão de competências no setor público: os atendimentos de urgência estavam sob a responsabilidade das secretarias municipais de saúde; as medidas preventivas coletivas e a atenção a doenças infecciosas ficavam a cargo da vigilância epidemiológica; o atendimento a gestantes e a puericultura eram de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde e do Ministério da Saúde. Por sua vez, as ações em reabilitação não eram de competência de nenhuma esfera governamental, à exceção de poucas instituições públicas, como os Centros de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (BRASIL, 1995).

A atenção aos deficientes, no Brasil, surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas. Depois evoluindo para o atendimento em reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista (MAIOR, 1997).

O campo assistencial voltado as pessoas com deficiência é marcado por diferentes abordagens. Muitas das entidades objetivam o abrigo e o suprimento de necessidades básicas desse segmento da população (alimentação e higiene), apresentando dificuldades para desenvolver o atendimento de reabilitação propriamente dito. Essas são entidades, na maioria das vezes, de origem filantrópica e geralmente atendem uma população de baixa renda (NALLIN, 1992).

Outros tipos de organização pública ou privada integram o panorama assistencial para pessoas com deficiência no que se refere à atenção à saúde e reabilitação. Em relação às pessoas com deficiência física e, mais especificamente, tomando-se as ações que incidem sobre a deficiência já adquirida, esses serviços têm, provavelmente, representatividade inferior aos já citados, considerando-se o volume dos atendimentos (ALMEIDA, 2000).

Os dados da Organização Pan-americana da Saúde (Opas), Organização Mundial da Saúde e O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), embora com carências e lacunas, constituíram-se nas principais informações que alimentam debates no campo do planejamento e organização de serviços de reabilitação nos países menos desenvolvidos economicamente. Muito do que se discutiu, nos últimos 20 anos, sobre reabilitação no Brasil, teve por base poucas informações sobre a realidade local, captadas de forma assistemática, além de avaliações, considerações e recomendações das instituições citadas (ALMEIDA, 2000).

Assim, a Organização Pan-americana da Saúde (1993), na década de 90, constatou que, decorridas praticamente duas décadas desde as primeiras discussões em que se buscou tratar a reabilitação como componente da atenção integral à saúde, ainda se verificava a predominância das concepções e ações de reabilitação enquanto serviço especializado incorporado exclusivamente ao setor terciário da assistência em saúde.

No Brasil, passados mais de 20 anos da promulgação da Constituição de 1988, na qual são reconhecidos os deveres do poder público em relação à saúde e reabilitação das pessoas com deficiência, não se alterou significativamente o quadro que mostra a concentração desses serviços no setor privado e em organizações filantrópicas. Bem como, as dificuldades de acesso que impedem que grande parte desse segmento da população tenha suas necessidades assistidas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996).

Comungam dessas ideias o próprio Ministério da Saúde, através da Coordenação da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, em que chama a atenção para a situação brasileira quanto à reabilitação: “a maioria dos municípios brasileiros não tem adequado atendimento de saúde da pessoa com deficiência. Há um hiato entre o momento da procura por serviço de saúde e o momento em que recebe o atendimento específico” (SILVA, 2006).

Sugerindo uma retomada à abordagem do tema, o Ministério da Saúde apresentou em 2001, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em conformidade com o artigo 23, Capítulo II da Constituição de 1988, que

determina: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 2002).

Os serviços de reabilitação brasileiros trabalham predominantemente com pacientes ambulatoriais e o acesso desses pacientes em geral ocorre em períodos tardios. Esse é um panorama diferente do de outros países, em que a reabilitação ocorre predominantemente na fase aguda e em ambiente hospitalar (RIBERTO et al., 2007). Lacuna semelhante é apontada para as pesquisas e financiamento na área da Funcionalidade Humana e Reabilitação (STUCKI et al., 2008).

O decreto nº 3.298, de 1999, que regulamenta a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, nas suas disposições gerais inclui as seguintes categorias de deficiência: deficiência física; deficiência auditiva; deficiência visual; deficiência mental e deficiência múltipla (BRASIL, 1999).

As necessidades específicas de reabilitação para o desenvolvimento pleno das capacidades e habilidades das pessoas com deficiência são acolhidas pelo SUS nas Redes de Serviços de Reabilitação (BRASIL, 2006a).

A deficiência física tem sido mais associada aos acidentes e violência do que os outros tipos de deficiência. Assim, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde, a deficiência física foi contemplada com uma portaria do Ministério da Saúde, a de nº 818, de 05 de junho de 2001, levando em consideração, principalmente, a necessidade de organizar a assistência à pessoa com deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações (BRASIL, 2001b).

Outro importante aliado do setor saúde é o controle social. Em consonância com as diretrizes organizativas do SUS, as políticas e instrumentos legais contemplam de forma ampla a participação social no planejamento, execução e controle das ações. Com isso, é possível afirmar que, quando o assunto envolve a pessoa com deficiência o controle social é condição fundamental. Este controle se realiza

tanto no âmbito dos Conselhos e Conferências, como por meio de diversas entidades da sociedade civil envolvidas com o tema.

No âmbito federal, instituiu-se, em 1999, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade), órgão de deliberação colegiada ligado inicialmente ao Ministério da Justiça, posteriormente vinculado à Secretaria Especial dos Direitos Humanos. O Conselho Nacional é responsável por acompanhar e avaliar o desenvolvimento da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, esporte, lazer e política urbana, dirigidas a este grupo social (BRASIL, 2011b).

Em paralelo à instituição do Conselho Nacional, criou-se a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), órgão de Assessoria da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, responsável pela gestão e implementação de políticas voltadas para a integração da pessoa com deficiência. Para tanto, responsabiliza-se pela regulação das ações desta área no âmbito federal e pela articulação de políticas públicas existentes, tanto na esfera federal como nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

De acordo com a Política Nacional foi criado em Pernambuco o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Coned), que é composto paritariamente por representantes do Governo e da Sociedade Civil, de deliberação colegiada, de natureza permanente, constituído através da Lei nº 12.657, de 08 de setembro de 2004 e alterado pela Lei nº 12.761, de 25 de janeiro de 2005 (PERNAMBUCO, 2005).

O Coned em Pernambuco tem as atribuições: I – formular diretrizes e elaborar planos, programas e políticas públicas; II – acompanhar o planejamento e efetuar o controle social, avaliando a execução das políticas setoriais de assistência social, educação, cultura, desporto, lazer, saúde, turismo, trabalho, transporte e urbanismo, dentre outras que objetivem a inclusão social; III – subsidiar e acompanhar a elaboração e a tramitação legislativa concernente a direitos específicos; IV – recomendar o cumprimento e a divulgação das Leis pertinentes

a direitos; V – propor a elaboração de estudos e pesquisas que objetivem a melhoria de qualidade de vida; VI – propor e incentivar a realização de campanhas visando a promoção de direitos e a prevenção da deficiência; VII – receber e encaminhar, aos órgãos competentes, petições, denúncias e reclamações; e VIII – convocar a Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência (PERNAMBUCO, 2005).

No Coned, as atribuições são desenvolvidas através do trabalho das Comissões Permanentes: Comissão de Administração; de Políticas Públicas; de Legislação e Normas; de Comunicação Social; e Articulação Institucional. Os assuntos relativos à saúde são acompanhados pela Comissão de Políticas Públicas (PERNAMBUCO, 2005).

Nem todos os municípios brasileiros possuem um Conselho específico para as pessoas com deficiência. Nestes casos, cabe recorrer aos Conselhos Tutelares, que possuem o mesmo papel normativo, zelando pela garantia dos direitos das pessoas, sejam quais forem as condições apresentadas; portanto, sua tutela se estende às pessoas com deficiência.

Nos últimos anos, a constituição de políticas públicas vem configurando diretrizes que apontam a necessidade de organização dos serviços de saúde em consonância com o perfil epidemiológico da população brasileira, no caso em questão: a organização dos serviços de reabilitação para vítimas de acidentes e violência.

Pelo apresentado, fica evidente que o setor saúde não pode ficar à parte da discussão e do enfrentamento dos acidentes e violências. Ao incorporar o tema como problema de saúde, o setor o faz, de um lado assumindo a sua participação na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde e de prevenção das doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2005).

1.2.3 A assistência na área de reabilitação física na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

Estudo da Organização Pan-Americana da Saúde congregou dados coletados pelos Ministérios da Saúde de países da América Latina e Caribe, sobre políticas, programas e serviços oferecidos, mostrando que, em 1995, não se dispunha das informações necessárias para conhecer a magnitude do problema das incapacidades e da assistência nessa região (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996).

Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas se dá por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade ambulatorial e hospitalar por estas causas. Os dados dos atendimentos realizados nas emergências hospitalares são ainda pouco estudados, devido ao volume de características desse tipo de atendimento (PENNA, 2009).

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho multiprofissional e intersetorial, para assessorá-lo na formulação de uma política nacional para redução de acidentes e violências. Em maio de 2001, foi promulgada a Portaria do MS/GM nº737, de 16/05/01, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) (MINAYO, 2006).

A PNRMAV é bastante ampla, inclusive no que diz respeito às definições e conceituações. O documento que a apresenta assume como violência o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.

Com isso, o tema passou a ser respaldado por uma política própria que é norteada por sete diretrizes, que orientam a estruturação e consolidação dos quatro níveis de atenção, desde o pré-hospitalar, hospitalar até o de reabilitação (BRASIL, 2005). A diretriz “Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação” menciona que, para sua operacionalização,

inicialmente, será necessário a elaboração de normas relativas à recuperação e à reabilitação, em nível nacional, ao lado do aparelhamento das unidades de saúde para o adequado atendimento aos pacientes nesta fase da atenção (BRASIL, 2001a).

O processo de reabilitação tem, nas suas ações, os objetivos voltados não apenas para o indivíduo como também para a sua família. Assim, os serviços de reabilitação devem prestar atendimento multiprofissional aos pacientes, a fim de evitar sequelas e incapacidades, além de propiciar condições para a sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral (BRASIL, 2001a).

Para favorecer o alcance da independência do paciente dentro da nova situação, procurar-se-á provê-lo dos vários recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses, cadeiras de rodas e auxílios de locomoção, como andadores, muletas, bengalas, meios de comunicação alternativos, entre outros (BRASIL, 2001a).

Deverão ser planejadas, pelos serviços de saúde ou outros setores, medidas essenciais que visem a reinserção do paciente à família e à sociedade. Dentre as medidas destaca-se: adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte; incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de sequelas; diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas; levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades (BRASIL, 2001a).

Paralelamente, promover-se-á a organização de uma rede coordenada de atendimento, incluindo equipes de reabilitação para atendimento na própria comunidade, mediante a sistematização e conjugação de esforços e de serviços existentes na região. A entrada do usuário nessa rede dar-se-á pela unidade básica de saúde ou pelo serviço de emergência ou pronto atendimento, a partir do qual será assistido, receberá orientação e/ou será encaminhado para um serviço compatível com as suas necessidades (BRASIL, 2001a).

Um dos documentos considerados referência para a organização dos serviços de reabilitação física é a portaria nº 818/2001, que cria mecanismos para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa

Portadora de Deficiência Física. A portaria indica a necessidade de: organizar a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados; garantir às pessoas com deficiência física assistência nos vários níveis de complexidade; subsidiar tecnicamente a implantação de serviços especializados; estabelecer mecanismos de avaliação, acompanhamento e controle da assistência à pessoa com deficiência; estabelecer critérios para concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2001b).

As redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física devem ser assim constituídas (BRASIL, 2001b):

- a) Serviços de reabilitação física – primeiro nível de referência municipal: unidades ambulatoriais, que disponham de instalações físicas apropriadas, equipamentos básicos para reabilitação e recursos humanos com especialização, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a pacientes com deficiências físicas que requerem cuidados de reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- b) Serviços de reabilitação física – nível Intermediário: unidades ambulatoriais de média complexidade, que disponham de instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais e/ou em grupo, acompanhamento médico e funcional e orientação familiar. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- c) Serviços de referência em medicina física e reabilitação: unidades ambulatoriais de alta complexidade, que disponham de instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada para o atendimento (diagnóstico, avaliação e tratamento) de pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação física (motora e sensório-motora). Inclui a prescrição, avaliação, adequação,

treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

- d) Leito de reabilitação em Hospital Geral ou Especializado: aquele destinado ao atendimento integral à pessoa portadora de deficiência física, quando o regime de internação hospitalar for o mais adequado ao paciente. Deve possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados para a realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos e de diagnóstico.

As Secretarias Estaduais de Saúde devem conduzir a organização das Redes Estaduais de Reabilitação Física. A distribuição geográfica dos serviços deve obedecer às necessidades epidemiológicas e de cobertura populacional. Os estados também devem, entre outros: aprovar normas para cadastramento dos serviços; estabelecer os fluxos e mecanismos de referência e contra referência; aprovar o Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (BRASIL, 2001b).

A implantação da Rede de Serviços de Reabilitação Física no Brasil atingiu 72% do previsto no ano de 2009. De acordo com os parâmetros estabelecidos na portaria nº 818/01, a implantação da Rede por todas as Unidades Federadas contemplaria 188 serviços; até 2009, já estavam habilitados pelo Ministério da Saúde 156 serviços dos 216 inicialmente previstos. Nas regiões Sul e Sudeste, a implantação da Rede atingiu respectivamente 89% e 79%; na Região Nordeste 53%, e nas regiões Norte e Centro-Oeste, ambos 50% (BRASIL, 2010a).

O Estado de Pernambuco iniciou a organização da assistência ao portador de deficiência antes da publicação da portaria nº 818/01, que preconiza a implantação das redes estaduais de reabilitação física. No entanto, foi no Plano Estadual de Saúde 2005-2007, que esse compromisso foi explicitado. O plano aponta eixos prioritários, como o desenvolvimento de Políticas de Saúde. Entre as diversas políticas de saúde especifica cinco metas a serem alcançadas para a Saúde da Pessoa com Deficiência, uma das quais: “executar o projeto ampliando a Rede de Reabilitação do SUS em Pernambuco, com implantação de 17 núcleos de Reabilitação Física” (PERNAMBUCO, 2006).

É importante destacar que também fazem parte da Rede de Serviços de Reabilitação, unidades denominadas Serviços Intermunicipais – primeiro nível de referência. Essas unidades não necessitam de habilitação por parte do Ministério da Saúde para funcionamento, sendo responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a sua inclusão na Rede de Reabilitação (BRASIL, 2009a).

Antes mesmo da instituição da PNRMAV o direito à reabilitação foi preconizado pela Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei nº 7.853, de 24/10/1989, e decreto nº 3298, de 20/12/1999), que estabelece, entre outras estratégias, a criação de rede de serviços voltados ao atendimento de saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1989). Acrescida a essa, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria nº 1.060/GM, de 05/06/02) prevê, entre os eixos estratégicos de trabalho, a organização da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2002).

Tanto na PNRMAV como na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde compromete-se com a assistência em reabilitação em suas diretrizes. Na primeira, “a estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação”; na segunda, “a organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência”. Ainda é possível identificar, nas duas políticas, outras diretrizes que se complementam, como: assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violência.

Existem indicativos acerca do quanto ainda se precisa avançar na organização dos serviços de reabilitação no Brasil. Estudo desenvolvido por Marriel, Deslandes e Minayo (2007), em cinco capitais brasileiras, a partir da análise diagnóstica da PNRMAV, apontou que os serviços de reabilitação, comparados aos de atenção pré-hospitalar e hospitalar, são, sem dúvida, os que mais evidenciam deficit de oferta, entre outros aspectos, em organização e estrutura, em todas as capitais estudadas, sendo, portanto, a área de maior fragilidade no processo de implantação da Política Nacional.

Recife foi uma das capitais estudadas, e foi identificado que a assistência em reabilitação não cumpre satisfatoriamente as diretrizes da PNRMAV. Os motivos apresentados foram: número reduzido de serviços e/ou programas, falta de equipe multidisciplinar, aporte tecnológico insuficiente e inadequado, deficiente articulação intra e intersetorial, débil integração entre a vítima, a reabilitação, a reinserção social e a família, no atendimento, e incipientes atividades de prevenção e promoção à saúde (MARRIEL; DESLANDES; MINAYO, 2007).

Além disso, estudos sobre assistência em reabilitação são raros; destacam-se os estudos realizados com uma proposta avaliativa sobre a Política de Saúde Auditiva em Pernambuco (TEIXEIRA, 2007), a atenção em Saúde Mental em São Paulo (FURTADO, 2001), e um terceiro enfocando a distribuição dos serviços de reabilitação no Rio de Janeiro (CARDOSO, 2004).

Ainda assim, são inexistentes investigações sobre assistência em reabilitação física que, por sua vez, é a área de reabilitação que deve congrega o maior número de vítimas de acidentes e violências. Com isso, propomos o uso da avaliação para nortear a presente investigação.

1.2.4 Avaliação de Programas e/ou Serviços e Análise de Implantação

Para compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantadas e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolver processos avaliativos (SAMICO et al., 2005). São muitas as possíveis definições para avaliação, porém, a avaliação precisa ser compreendida no contexto em que é pensada e a partir das perguntas avaliativas que se quer responder. Neste estudo, a avaliação será entendida como define Tanaka e Melo (2004): “julgamento de valor para tomada de decisão”. O ato de avaliar um dado objeto, sob a ótica do método científico, implica em medir e emitir um julgamento de valor sobre este objeto, com base em um modelo teórico (MATIDA; CAMACHO, 2004).

A avaliação é um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático, sobre as práticas e processos de trabalho dos serviços de saúde. Como formalização, capta parcialmente a realidade, uma vez que se explicita com maior frequência e relevância interpretativa no contexto estudado (BRASIL, 2004).

São várias as referências da ordem político-ideológica e teórico-metodológica na área de avaliação. Entre elas, destaca-se: avaliação tecnológica em saúde; avaliação de programas; avaliação, gestão e qualidade (NOVAES, 2000).

A partir deste referencial, a presente investigação pode ser incluída na área de avaliação de programas. Para Novaes (2000), a avaliação de um programa deve se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais envolvidos etc.

Segundo Patton (2008), a avaliação dos programas/serviços contribui para o entendimento sobre o motivo de serem bem sucedidos ou não. Os programas podem falhar por duas razões fundamentais: (1) por não atingirem os resultados desejados, que é chamada teoria falha, ou seja, a ideia não funcionou como o esperado, ou (2) falta de realmente implementar a ideia (ou teoria), que é a falha de execução, ou seja, a ideia nunca foi realmente testada visando a eficácia, o programa não foi implementado de forma adequada ou suficiente. É importante fazer a distinção entre esses dois aspectos, pois, para uma avaliação apoiar a tomada de decisões, é fundamental ser capaz de distinguir a insuficiência da teoria (ideias que não funcionam) e falha de execução (ideias que não tenham sido devidamente testadas).

A avaliação em serviços de saúde é, ou deveria ser, um procedimento habitual e cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Deve ser parte integrante do planejamento e essencial ao processo de tomada de decisão (TANAKA; MELO, 2004).

Nessa perspectiva, Donabedian (1980) traz uma contribuição que, ao longo dos anos, tem subsidiado as avaliações. Esse autor propõe, baseado nas etapas de

produção do cuidado médico, três dimensões para serem avaliadas: estrutura, processos e resultados.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o processo corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980). Donabedian (1992) acrescenta aos resultados as mudanças relacionadas ao conhecimento e comportamentos, bem como a satisfação do usuário.

De forma mais sintética e também norteando a presente pesquisa, Vieira-da-Silva e Formigli (1994) entendem estrutura como a estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional da rede de serviços; e processos como os processos de gestão da rede, além de alguns processos de trabalho.

Uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira diz respeito a busca dos componentes de uma intervenção e sua comparação com normas e critérios. A segunda, ocorre quando examina-se por um procedimento científico as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A pesquisa avaliativa é classificada em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise de produtividade; análise de rendimento; análise dos efeitos; análise de implantação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A análise da implantação centra-se em descobrir se o programa tem todas as suas partes, se as peças são funcionais e se ele funciona segundo suas diretrizes (PATTON, 2008). “A análise de implantação consiste justamente em especificar o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Na perspectiva da análise de implantação o foco está voltado para a avaliação de uma intervenção e esta pode ser uma política, programas, serviços ou ações (HARTZ; SILVA, 2005).

A avaliação da implantação compreende cinco tipos de procedimento (PATTON, 2008):

- 1) Avaliação do esforço: busca documentar a quantidade e qualidade das atividades que ocorrem e os recursos disponíveis para o programa. Identifica quão ativo o programa é e em que nível ele está sendo ou foi implementado (PATTON, 2008).
- 2) Monitoramento dos programas: objetiva acompanhar a execução do programa, sendo considerada uma função interna da gestão. Uma forma de monitoramento é através de um sistema de gestão da informação que fornece dados de rotina, como por exemplo, o número de casos assistidos, as características do cliente e os custos. Consiste em comparar as características da intervenção planejada com as da intervenção realmente implantada (PATTON, 2008).

A avaliação do esforço e o monitoramento se limitam a medir o grau de implantação de uma intervenção. Não é observada a relação entre as variações na implantação e os efeitos da intervenção, são explicadas as variações na implantação da intervenção. Esta abordagem pode anteceder a análise dos efeitos (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

- 3) Avaliação do processo: centra-se na dinâmica interna, nas operações reais de um programa e na tentativa de compreender seus pontos fortes e fracos. Esta abordagem dá ênfase ao modo como um produto ou resultado é produzido, ou seja, analisa os processos pelos quais um programa produz seus resultados. As avaliações do processo buscam explicações para os sucessos, fracassos e alterações em um programa, desvendar o que realmente está acontecendo no programa, que nuances são responsáveis pelo seu perfil. A avaliação requer sensibilidade para observar alterações qualitativas e quantitativas nos

programas, em todo o seu desenvolvimento. Deve observar as atividades formais e os resultados esperados, mas também investigar os padrões informais e as consequências imprevistas no contexto total da implementação do programa (PATTON, 2008).

A avaliação do processo tem por objetivo identificar como particularidades dos meios de implantação influenciam os resultados de uma intervenção, ou seja, procura relacionar as variáveis contextuais aos efeitos observados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

- 4) Avaliação dos componentes: envolve uma avaliação formal das partes distintas do programa. Os programas pode constituir um conjunto de esforços distintos, e cada um deles pode ser o foco de uma avaliação. Existem questões importantes sobre o funcionamento de qualquer componente particular que pode ser o foco da avaliação, seja para melhoria ou para decidir se esse componente deve permanecer no programa. Além disso, as ligações entre um ou mais componentes podem ser avaliadas (PATTON, 2008).
- 5) Especificação do tratamento: busca identificar e medir o que pode agir sobre um programa e produzir um efeito. Isso significa conceituar o programa como uma intervenção ou tratamento, ou pelo menos descobrir se há consistência suficiente na aplicação para permitir uma conceituação. Em termos técnicos, especificação de tratamento significa identificar variáveis independentes (as dimensões de intervenção) que deverão levar a resultados (variáveis dependentes). A especificação do tratamento revela os pressupostos causais com a atividade do programa (PATTON, 2008).

A influência dos componentes de um programa sobre os efeitos observados permite identificar os elementos críticos do sucesso da intervenção. Já a especificação do tratamento visa entender como variações no grau de implantação das intervenções poderiam influenciar os resultados obtidos (PATTON, 1986 *apud* DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Na tentativa de explicitar questões pouco claras na classificação anterior, Denis e Champagne (1997) propõem uma classificação que objetiva explicitar os diferentes alvos da avaliação de implantação, facilitando o uso desse tipo de avaliação. Assim, a análise de implantação se apoia conceitualmente na observação da influência sobre três componentes:

1. Componente 1: dos determinantes contextuais no grau de implantação;
2. Componente 2: das variações da eficácia da implantação;
3. Componente 3: da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados. Essa tipologia comporta essencialmente elementos analíticos que busquem explicar as variações na implantação e nos efeitos e não apenas descrevê-los.

A medição do grau de implantação de uma intervenção exige (adaptado de Leithwood e Montgomery, 1980): especificar inicialmente os componentes da intervenção; identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as práticas correntes nas áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

A análise de implantação tem como finalidade identificar os determinantes e a influência da variação na implantação implicados na produção dos efeitos de uma intervenção (que pode ser política, programas, serviços ou ações) e do contexto nos resultados da própria intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; HARTZ; SILVA, 2005).

A implantação de uma intervenção é sempre influenciada por características contextuais, ou seja, por atributos dos diferentes meios da implantação (por exemplo: adesão ao projeto, coerência entre o programa e as atividades habituais dos serviços). Uma análise dos determinantes contextuais da implantação poderá permitir a identificação dos meios pelos quais uma intervenção será plausível (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

No estudo do contexto o intuito é compreender as diversas injunções de natureza técnica, ética ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional.

Deve ser sempre analisado, principalmente em intervenções complexas, e contribuirá para explicar “o porquê e o como” essas ações se constituem (HARTZ; SILVA, 2005). Atualmente, há uma tendência de se considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos nas práticas de saúde (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Os modelos para estudo do contexto não são consenso entre os autores. Scheirer (1981) apresentou uma classificação que agrupa os modelos em cinco perspectivas: racional, desenvolvimento organizacional, psicológico, estrutural e político (*apud* DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Baseados em Scheirer (1981), Denis e Champagne (1997) formularam um modelo denominado político e contingente que se inspira nas abordagens política e estrutural, apresentadas anteriormente. Segundo esse modelo, a organização é uma arena política, no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes. O apoio dado pelos atores às características e aos objetivos associados à intervenção se traduz em um conjunto de estratégias de reação à intervenção que interagem dentro de uma distribuição particular do poder na organização (Quadro 1).

Modelo	Influência no grau de implantação	Influência nos efeitos observados
Político (atores, conflitos, poder estratégia)	<p>As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção?</p> <p>Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?</p> <p>Os atores que comportam as bases do poder na organização são favoráveis à implantação da organização?</p>	<p>Em que as estratégias dos atores favorecem ou se opõem ao alcance dos objetivos visados pela intervenção?</p> <p>Em que as estratégias dos atores que controlam as bases e poder na organização são favoráveis ao alcance dos objetivos visados pela intervenção?</p>
Estrutural (atributos organizacionais, atributos dos gestores, características do ambiente)	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a Implantação da Intervenção?	As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem o alcance dos objetivos visados pela Intervenção?

Quadro 1 - Características contextuais que podem influenciar os efeitos e o grau de implantação segundo os diferentes modelos de análise de mudança
 Fonte: Denis e Champagne (1997).

A partir dos referenciais e diretrizes das duas políticas apresentadas, se faz necessário identificar os obstáculos e sucessos envolvidos no acesso, qualidade e continuidade da assistência, a prevenção das incapacidades ao planejamento das ações e, conseqüentemente, à garantia e cumprimento do princípio da integralidade. Nesta perspectiva, será realizada uma pesquisa avaliativa, em maior profundidade, voltada à organização e à estrutura da assistência em reabilitação física, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, à luz da PNRMAV.

2 OBJETIVOS

Geral:

Avaliar a implantação da Rede de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Específicos:

- a) Identificar os serviços de reabilitação física por mesorregião e caracterizá-los segundo a portaria nº 818/01;
- b) Estimar o grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco, quanto à organização e estrutura;
- c) Analisar os determinantes contextuais que influenciaram a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Estado de Pernambuco que tem extensão territorial de 98.311,62 km² e situa-se na Região Nordeste, com uma população de 8.796.448. Limita-se, ao norte, com os Estados da Paraíba e Ceará, ao leste com o Oceano Atlântico, ao oeste e ao sul com os Estados do Piauí, Bahia e Alagoas (IBGE, 2010).

Pernambuco tem 184 municípios, mais a ilha de Fernando de Noronha. Dos 185 municípios do Estado, 153 (82,7%) são de pequeno porte (até 50.000 habitantes). Nos 10 municípios com mais de 100.000 habitantes concentra-se 46,7% da população pernambucana. Para apoiar os municípios, nos aspectos relacionados à saúde, foram criadas 11 Geres, distribuídas em todo o Estado (PERNAMBUCO, 2010).

Pernambuco possui uma das maiores redes públicas de saúde do país, apresentando uma distribuição heterogênea dos serviços de saúde, que estão mais concentrados na Região Metropolitana do Recife, contribuindo assim para uma maior dificuldade no acesso da população ao Sistema (PERNAMBUCO, 2010).

São 6.868 estabelecimentos de saúde, sendo 1.989 centros de saúde/unidades básicas, 1.753 consultórios isolados, 1.032 clínicas especializadas/ambulatórios de especialidades, 529 unidades de apoio diagnose e terapia, entre outros (Tabela 2). Do total, 3.384 são de administração direta da saúde (MS, SES e SMS), com 17.394 leitos disponíveis para a rede SUS e 3.443 são empresas privadas (BRASIL, 2011a).

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde no Estado de Pernambuco, 2011

<i>Descrição</i>	<i>Total</i>
Posto de Saúde	477
Centro de Saúde/Unidade Básica	1989
Policlínica	116
Hospital Geral	187
Hospital Especializado	59
Unidade Mista	120
Pronto Socorro Geral	5
Pronto Socorro Especializado	8
Consultório Isolado	1753
Clinica Especializada/Ambulatório de Especialidade	1032
Unidade De Apoio Diagnose e Terapia	529
Unidade Móvel Terrestre	65
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar - Urgência/Emergência	38
Farmácia	13
Unidade de Vigilância em Saúde	68
Cooperativa	25
Centro de Parto Normal – Isolado	1
Hospital/Dia – Isolado	5
Central de Regulação de Serviços de Saúde	22
Laboratório Central de Saúde Pública Lacen	2
Secretaria de Saúde	191
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	5
Centro de Atenção Psicossocial	73
Centro de Apoio a Saúde da Família	59
Unidade de Atenção a Saúde Indígena	6
Pronto Atendimento	17
Total	6865

Fonte: BRASIL (2011a)

Entre os serviços especializados, que podem dispor de serviços de reabilitação física, constam 10 serviços de assistência de alta complexidade e neurocirurgia, 90 serviços de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, 461 serviços de fisioterapia, 17 serviços de reabilitação e 17 serviços de traumatologia e ortopedia (BRASIL, 2011a).

3.2 Seleção dos municípios

Para o estudo, foram selecionados os municípios com população superior a 100 mil habitantes. A opção de trabalhar com municípios desse porte se deu por estes apresentarem as mais altas taxas de violência no Estado de Pernambuco, tomando como referência o diagnóstico realizado com os dados do Sistema de

Informações Policiais (Infopol), da Secretaria de Defesa Social, do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Departamento de Informática do SUS (Datasus), apresentados no diagnóstico do Plano Estadual de Segurança Pública, denominado “Pacto pela Vida”, do governo de PE (PERNAMBUCO, 2007).

Também Barata e Ribeiro (2000) relataram a importância das aglomerações urbanas como fator predisponente ou facilitador para a ocorrência de homicídios, a partir de análises de porte populacional. Além disso, esses municípios detêm uma rede de saúde pública mais expressiva em relação ao número de serviços disponíveis e complexidade.

Do total de cidades pernambucanas, apenas dez ultrapassam a população de 100.000 habitantes (IBGE, 2000). Seguindo uma lógica de ocupação do território, a qual se dirige do litoral para o interior do continente, é possível visualizar, no mapa a seguir (Figura 2), a concentração de sete dessas localidades na Zona da Mata do Estado, o que inclui a Região Metropolitana do Recife. Desse subconjunto, apenas a cidade de Vitória de Santo Antão não se encontra na faixa litorânea; mais precisamente, esta localizada a cerca de 46 quilômetros do mar. Das outras três cidades, duas estão no Agreste e uma no Sertão do Estado.

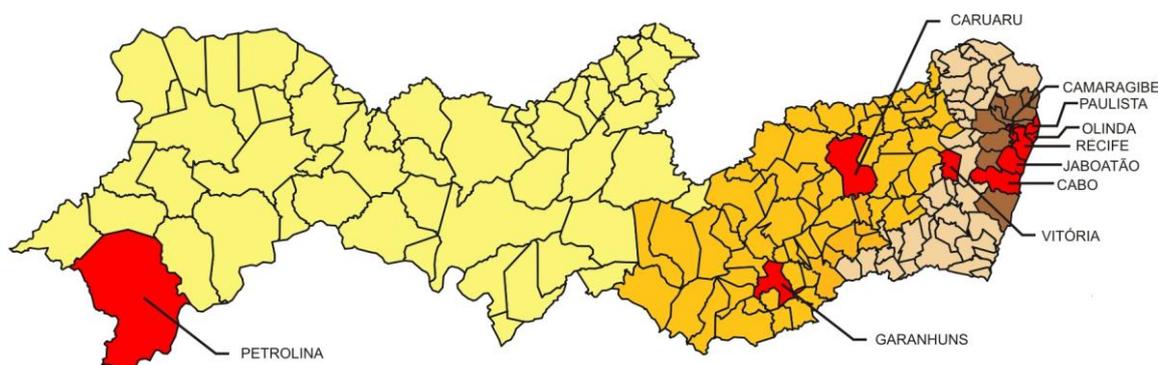


Figura 1 – Mapa de Pernambuco com indicação dos municípios estudados, 2007
Fonte: IBGE (2007)

Dos dez municípios de Pernambuco com população superior a 100 mil habitantes, foram excluídos do estudo dois municípios, pelo fato de não terem indicado, no

ano da investigação, serviços de reabilitação física que atendessem vítimas de acidentes e violências. Foram eles: Cabo de Santo Agostinho e Petrolina.

De fato fizeram parte do estudo oito municípios, dos quais se descreveu os aspectos sociais, demográficos e econômicos, e foi caracterizada a rede de saúde, conforme dados obtidos no:

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): por intermédio de dados do Censo Populacional (2000; 2010), Projeções Intercensitárias (2007), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2002; 2003);

- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (2000);

- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef): por ocasião do Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) (2004);

- Portais da Transparência do Governo Federal e do Governo do Estado de Pernambuco, em função dos dados relativos aos repasses governamentais (2010);

- Base de Dados do Estado/PE (BDE): congrega informações do Instituto de Pesquisa Aplicada; Inep; Datasus; Compesa; Celpe (2010).

Município: Camaragibe

Aspectos Demográficos – situado na Região Metropolitana do Recife, com uma população de 144.466 habitantes. Desses, 69.212 são do sexo masculino e 75.254 do feminino, o que representa 47,9% e 52,1%, respectivamente. A população urbana representa 100% da população de todo o município. Conta com 38 bairros. Os residentes no município têm uma esperança de vida ao nascer de 70,66 anos. Camaragibe pode ser considerada uma cidade envelhecida, com 19,36% de sua população composta por idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos – possui um PIB de R\$ 554.785, um PIB per capita de R\$ 3.907,68 e renda per capita de R\$ 173,44 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 47,11% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS

PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,41 (IBGE, 2003). Dessa forma, 85,5% do PIB Municipal é originário dos serviços, 13,22% da indústria e 1,27% da agropecuária. A altíssima dependência de recursos advindos de outras esferas governamentais (76,99%) faz de Camaragibe a cidade com menos autonomia entre as pesquisadas. Quase todo esse repasse é de origem federal, concedido sob a rubrica do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e convênios que permitem a execução de atividades específicas em áreas como saúde, infraestrutura, saneamento, educação e outras. As receitas orçamentárias do ano de 2009 somaram um total de R\$ 134.270.393,91. Desse valor, R\$ 93.502.847,13, ou 69,64%, são de repasse federal e R\$ 9.877.776,35 ou 7,36%, estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - A cidade conta com um IDH de 0,747. Esse número deixa Camaragibe na 6ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. O IDH Infantil do município apresenta valor de 0,62. Com relação às condições de moradia, 1,4% da população habita domicílios subnormais; 77,12% usufruem do acesso à água encanada; 99,92% dispõem de energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 84,25% das residências. No aspecto educacional, Camaragibe conta com taxa de alfabetização de 84,26% e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 5,52 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde conta com quatro hospitais especializados, quatro estabelecimentos de internação/atendimento SUS, 39 clínicas/ambulatórios especializados e 19 outros serviços³. Quanto aos leitos, dos 1579 existentes, 669, ou 42,37%, estão ligados ao SUS. No ano de 2010, existiam 1,07

³ Outros: Central de Regulação de Serviços de Saúde, Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Apoio à Saúde da Família, Centro de Parto Normal, Consultório Isolado, Cooperativa, Farmácia Médica Excepcional e Programa Farmácia Popular, Hospital Dia, Laboratório Central de Saúde Pública - Lacen, Policlínica, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral, Secretaria de Saúde, Unidade de Atenção à Saúde Índigena, Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, Unidade de Vigilância em Saúde, Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência e Unidade Móvel Terrestre.

médicos para cada mil habitantes e as despesas com saúde comprometem 43,3% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Caruaru

Aspectos Demográficos – situado na região Agreste Central de Pernambuco, com uma população de 314.912 habitantes. Desses, 149.153 são do sexo masculino e 165.759 do feminino, o que representa 47,36% e 52,64% da população total, respectivamente. A população urbana corresponde a 88,78% do município. Conta com quatro distritos: Carapotós, Caruaru, Gonçalves Ferreira e Lajedo do Cedro, com 43 bairros. Os residentes do município têm uma esperança de vida ao nascer de 67,36 anos; a população é considerada envelhecida, com 20,09% de idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos – Possui um PIB de R\$ 2.195.251; o PIB per capita está em R\$ 7.452,70, e a renda per capita é de R\$ 209,76 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 46,79% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,44 (IBGE, 2003). Do PIB Municipal, 84,4% se destinam aos serviços, 14,57% à indústria e 1,03% à agropecuária. O município se encontra em uma posição intermediária com relação aos repasses provenientes das esferas estadual e federal. As receitas orçamentárias do ano de 2009 somaram um total de R\$ 260.853.325,59. Desse valor, R\$ 100.127.558,58, ou 38,38%, são de repasse federal e R\$ 54.411.978,73 ou 20,86%, estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - conta com um IDH de 0,713, o que deixa o município na 13ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. No IDH Infantil, o município obteve o valor de 0,66. Quando observadas as condições de moradia, verifica-se que 1,41% habita domicílios subnormais; 81,2% usufruem de acesso à água encanada; 99,15% contam com energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 89,76% das residências. No aspecto educacional, a taxa de alfabetização é de 77,41% e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 5,15 anos

(PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - A rede de saúde conta com sete hospitais gerais, dois hospitais especializados, nove estabelecimentos de internação/atendimento SUS, um posto de saúde, 64 clínicas/ambulatórios especializados, 48 centros de saúde/UBS, duas unidades mistas e 193 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 710 existentes, 566, ou 79,72%, estão ligados ao SUS. No ano de 2010, existiam 1,17 médicos para cada mil habitantes e as despesas em saúde comprometem 24,11% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Garanhuns

Aspectos Demográficos – situado na região do Agreste Meridional Pernambucano, possui uma população de 129.408 habitantes. Desses, 60.976 são do sexo masculino e 68.432 do feminino, o que representa 47,12% e 52,88%, respectivamente. A população urbana representa 89,14% da população do município. Conta com quatro distritos: Garanhuns, Iratama, Miracica e São Pedro. Incluído nesses, 12 bairros. Os residentes no município têm uma esperança de vida ao nascer de 65,84 anos. Trata-se de uma população envelhecida, com 21,61% de idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos – Possui um PIB de R\$ 831.823, um PIB *per capita* de R\$ 6.391,07 e renda per capita de R\$ 167,83 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 48,43% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O índice de Gini é da ordem de 0,43 (IBGE, 2003). Do PIB, 72,28% são oriundos dos serviços, 23,63% da indústria e 4,09% da agropecuária. A dependência do município das transferências governamentais é considerável. As receitas orçamentárias do ano de 2009 somaram um total de R\$ 107.021.567,43. Desse valor, R\$ 49.617.695,38, ou 46,36% são de repasse federal e R\$ 23.313.699,33, ou 21,78%, estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional – O IDH de 0,693 coloca o município na 22ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. O IDH Infantil do município é de 0,61. Com relação às condições de moradia, 9,42% habitam domicílios subnormais. Com relação ao acesso à água encanada, 81,61% usufruem desta condição; 98% da população possui energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 95,98% das residências. No aspecto educacional, a taxa de alfabetização é de 75,72% e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 5,07 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde conta com cinco hospitais gerais, dois hospitais especializados, cinco estabelecimentos de internação/atendimento SUS, dois postos de saúde, oito clínicas/ambulatórios especializados, 37 centros de saúde/UBS e 160 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 487 existentes, 408, ou 83,78%, estão ligados ao SUS. No ano de 2010, existiam 1,02 médicos para cada mil habitantes e as despesas com saúde comprometem 24,45% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Jaboatão dos Guararapes

Aspectos Demográficos - é o 2º município mais populoso do Estado, integra a Região Metropolitana do Recife e tem uma população de 644.620 habitantes. Desses, 304.850 são do sexo masculino e 339.770 do feminino, o que representa 42,3% e 52,7%, respectivamente. A população urbana corresponde a 97,8% da população do município. A taxa de crescimento, entre 2000 e 2010, foi de 1,03% ao ano. Conta com cinco distritos (Jaboatão dos Guararapes, Jaboatão, Cavaleiro, Curado e Jardim Jordão) e 27 bairros. Os residentes no município têm uma esperança de vida ao nascer de 72,8 anos. É considerada uma localidade envelhecida, uma vez que 18,07% de sua população é constituída de pessoas idosas (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos – possui um PIB de R\$ 6.389.842, um PIB per capita de R\$ 9.419,74, e renda per capita de R\$ 235,53 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 54,11% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS

PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,45 (IBGE, 2003). Do PIB Municipal, 71,97% são oriundos de serviços, 27,69% da indústria e 0,34% da agropecuária. As receitas orçamentárias do ano de 2009 somaram um total de R\$ 492.355.744,3; desse valor, R\$ 125.482.925,26, ou 25,49%, são de repasse federal e R\$ 187.090.720,71, ou 38%, estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - a cidade está entre as consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8), na 5ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. Quanto ao IDH Infantil, o município obteve um valor de 0,70. Quando observadas as condições de moradia, 9,42% habitam domicílios subnormais. Com relação ao acesso à água encanada, 77,8% usufruem dessa condição; 99,7% contam com energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 72,2% das residências. A taxa de alfabetização é de 86,8%, e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 6,45 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde conta com sete hospitais gerais, quatro estabelecimentos de internação/atendimento SUS, 26 clínicas/ambulatórios especializados, 101 centros de saúde/ Unidade Básica de Saúde (UBS), e 107 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 615 existentes, 416, ou 67,64% estão ligados ao SUS. No ano de 2010, identificou-se que existem 0,85 médicos para cada mil habitantes e as despesas em saúde comprometem 22,46% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Olinda

Aspectos Demográficos – é a 3ª maior cidade de Pernambuco, faz parte da Região Metropolitana do Recife e sua população é de 377.779 habitantes. Desses, 174.724 são do sexo masculino e 203.055 do feminino, o que representa 46,3% e 53,7%, respectivamente. A esperança de vida ao nascer é de 72,3 anos. Pode ser considerada uma localidade envelhecida, por ter 23,6 % de pessoas idosas em sua população (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos - possui um PIB (Produto Interno Bruto) de R\$ 2.383,898, um PIB per capita de R\$ 6.037,48 e uma renda *per capita* de R\$ 257,41 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 47,73% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O índice de Gini é da ordem de 0,46 (IBGE, 2003). Do PIB Municipal, 81,34% são oriundos de serviços, 18,52% da indústria e apenas 0,14% da agropecuária. A dependência do repasse governamental estadual e federal é alta, as receitas orçamentárias do ano de 2009 somaram um total de R\$ 251.086.834,62; desse valor, R\$ 61.043.116,19, ou 24,31%, são de repasse federal, e R\$ 54.760.753,05, ou 21,81%, estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8), o que o coloca, em relação aos outros municípios do Estado de Pernambuco, na 4ª posição. O IDH Infantil apresenta o valor de 0,74. Quanto às condições de moradia, 2,38% habitam domicílios subnormais; 87,29% usufruem de água encanada; 99,95% de energia elétrica e 87,7% de coleta de lixo. No aspecto educacional, Olinda conta com taxa de alfabetização de 90,07%; e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 7,26 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Aspectos da saúde - a rede de saúde conta com quatro hospitais gerais, um hospital especializado, dois estabelecimentos de internação/atendimento SUS, 30 clínicas/ ambulatorios especializados, 46 centros de saúde/ Unidade Básica de Saúde (UBS) e 112 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 447 existentes, 285, ou 63,76% estão ligados ao SUS. Em 2010, identificou-se que existem 0,68 médicos para cada mil habitantes e as despesas com saúde comprometem 17,51% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Paulista

Aspectos Demográficos – situado na Região Metropolitana do Recife, conta com 300.466 habitantes. Desses, 141.630 são do sexo masculino e 158.836 do

feminino, o que representa 47,14% e 52,86%, respectivamente. Conta com dez distritos, nos quais estão incluídos 23 bairros. A esperança de vida ao nascer é de 74,75 anos. Paulista pode ser considerada uma localidade envelhecida, tendo especificamente 19,84% de idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos - possui um PIB de R\$ 1.612.924. O PIB per capita está em R\$ 5.131,77, enquanto a renda per capita fica em R\$ 213,38 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 40,57% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,43 (IBGE, 2003). Do PIB Municipal, 0,35% é originário da agropecuária, 74,6% dos serviços e 25,04% da indústria. As receitas orçamentárias do ano de 2008 somaram um total de R\$ 222.964.153,65 e a dependência do município em relação a repasses governamentais em níveis estadual e federal foi de, respectivamente, R\$ 37.934.287,51 (17%) e R\$ 101.315.456,99 (45,4%) (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - conta com um IDH de 0,799, que o coloca na 2ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. O IDH Infantil do município apresenta valor de 0,82. Com relação às condições de moradia, 5,66% habitam domicílios subnormais; 93,64% das residências têm água encanada, 99,97% possuem energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 80,25% das residências. No aspecto educacional, a taxa de alfabetização é de 91,57%, e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 7,25 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde de Paulista conta com quatro hospitais gerais, um hospital especializado, quatro estabelecimentos de internação/atendimento SUS, 13 clínicas/ambulatórios especializados, 56 centros de saúde/UBS, uma unidade mista e 44 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 562 existentes, 482, ou 85,77% estão ligados ao SUS. No ano de 2010, existiam 0,79 médicos para cada mil habitantes e as despesas com saúde comprometem 25,74% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Recife

Aspectos Demográficos - Recife é a capital do Estado de Pernambuco e foco da Região Metropolitana, cuja população, corresponde a 1.537.704 habitantes. Desses, 709.819 são do sexo masculino e 827.885 do feminino, o que representa 46,16% e 53,84% da população total, respectivamente. A população urbana representa 100% de todo o município. A cidade do Recife conta com seis regiões Político-Administrativas, nas quais estão incluídos 128 bairros, 29 dos quais ainda são reconhecidos como bairro na estrutura geopolítica da cidade. Os residentes no município contam com uma esperança de vida ao nascer de 68,62 anos. O Recife pode ser considerado uma localidade envelhecida, com 23,64% de sua população constituída por idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos – possui um PIB de R\$ 22.452.492. O PIB per capita está em R\$ 14.485,67 e a renda per capita em R\$ 392,46 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 55,07% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,49 (IBGE, 2003). Quanto ao PIB Municipal, 82,53% são originários de serviços, 17,42% da indústria e 0,05% da agropecuária. Apenas 52,36% da receita do Recife advêm de repasses provenientes de outras esferas. Isso é possível pelo fato de a capital do Estado possuir uma política de recolhimento de insumos de rubricas como o IPTU (Imposto Sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana) e o ISS (Imposto sobre os Serviços), transferidos diretamente aos cofres municipais, sem escalas nas contas de outras esferas de governo. As receitas orçamentárias do ano de 2008 somaram um total de R\$ 2.271.840.099,61, a dependência do município em relação a repasses governamentais em níveis estadual e federal foi respectivamente, R\$ 669.251.847,99 (29,46%) e R\$ 542.587.665,91 (23,88%) (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional - a cidade contou com um IDH, no ano de 2000, de 0,797, o que deixa o Recife na 3ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. O IDH Infantil foi de 0,76. Com relação às condições de moradia, 9,56% habitam domicílios subnormais. Com relação aos serviços ofertados, o acesso à água encanada é garantido a 87,7% da população; 99,92%

da população possui energia elétrica em seus domicílios e o serviço de coleta de lixo chega a 96,04% das residências. No aspecto educacional, o Recife conta com taxa de alfabetização de 89,45% e a média de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais é de 7,64 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde do Recife conta com 36 hospitais gerais, 36 hospitais especializados, 45 estabelecimentos de internação/atendimento SUS, 514 clínicas/ambulatórios especializados, 166 centros de saúde/UBS, três unidades mistas e 1.122 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 9.187 existentes, 6.684, ou 72,75% estão ligados ao SUS. No ano de 2010, existiam 2,48 médicos para cada mil habitantes e as despesas em saúde comprometem 24,27% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

Município: Vitória de Santo Antão

Aspectos Demográficos – situado na Região da Mata Sul de Pernambuco, com uma população de 129.974 habitantes. Desses, 62.409 são do sexo masculino e 67.565 do feminino, representando 48,02% e 51,98% respectivamente. A população urbana representa 87,27% da população do município. Conta com dois distritos: Pirituba e Vitória de Santo Antão, onde se localizam 25 bairros. Os residentes do município têm uma esperança de vida ao nascer de 66,53 anos; pode ser considerado um município envelhecido, com 21,29 % da população constituída por idosos (IBGE, 2010).

Aspectos Econômicos - possui um PIB de R\$ 866.885, um PIB per capita de R\$ 6.897,50 e renda per capita de R\$ 129,29 (IBGE, 2008). Os 10% mais ricos concentram 43,92% da renda municipal (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000). O Índice de Gini é da ordem de 0,42 (IBGE, 2003). Do PIB Municipal, 67,06% são oriundos dos serviços, 28,29% da indústria e apenas 4,66% da agropecuária. A dependência do município em relação a repasses governamentais é intermediária. As verbas orçamentárias do ano de 2008 somaram um total de R\$ 96.614.163,76. Desse valor, R\$

43.393.631,25, ou 44,91%, são de repasse federal e R\$ 18.537.363,79, ou 19,19% estadual (IBGE, 2008, 2009).

Aspectos do Desenvolvimento Social e Educacional – o município conta com um IDH de 0,663, número que o coloca na 41ª posição entre os 184 municípios pernambucanos. Já em relação ao IDH Infantil, o município tinha valor de 0,64. Com relação ao acesso à água encanada, 73,79% usufruem dessa condição e 97,06% contam com energia elétrica em seus domicílios; o serviço de coleta de lixo chega a 92,84% das residências. No aspecto educacional, a taxa de alfabetização é de 72,46% e o tempo, em média, de anos de estudos das pessoas com 25 anos ou mais, é de 4,34 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004).

Rede de Saúde - a rede de saúde conta com cinco hospitais gerais, cinco estabelecimentos de internação/atendimento SUS, um posto de saúde, oito clínicas/ ambulatórios especializados, 30 centros de saúde/UBS e 32 outros serviços. Quanto aos leitos, dos 499 existentes, 462, ou 92,59%, estão ligados ao SUS. No ano de 2010 existiam 0,47 médicos para cada mil habitantes e as despesas com saúde comprometem 18,27% do orçamento do município (IBGE, 2010; PERNAMBUCO, 2010).

As principais informações foram resumidas na tabela 3.

Tabela 3 - Síntese dos indicadores socioeconômicos e demográficos dos municípios estudados

	População	Renda per capta (R\$)	% de domicílios com água encanada	PIB (em milhões de reais)	Taxa de alfabetização	Índice de Gini	IDH	Nº estabelecimentos de saúde
Camaragibe	144.466	173,44	77,12	554.785	84,26	0,41	0,747	66
Caruaru	314.912	209,76	81,17	2.195.251	77,41	0,44	0,713	326
Garanhuns	129.408	167,83	81,61	831.823	75,72	0,43	0,693	219
Jaboatão dos Guararapes	644.620	235,53	77,8	6.389.842	86,8	0,45	0,777	245
Olinda	377.779	257,41	87,29	2.383.898	90,07	0,46	0,792	195
Paulista	300.466	213,38	93,64	1.612.924	91,57	0,43	0,799	123
Recife	1.537.704	392,46	87,77	22.452.492	89,45	0,49	0,797	1.886
Vitória de Santo Antão	129.974	129,29	73,79	866.885	72,46	0,42	0,663	81

Fonte: (IBGE, 2003, 2008, 2009, 2010; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000; UNICEF, 2004)

3.3 Seleção das unidades de saúde

Após a seleção dos municípios, procedeu-se à seleção das unidades de saúde. Em cada cidade, as Secretarias de Saúde indicaram os serviços de reabilitação, da rede própria ou conveniada, que oferecem serviços de reabilitação física de forma regular e rotineiramente, para vítimas de acidentes e violências. Além dos serviços indicados pelas Secretarias de Saúde Municipais, foram incluídos no estudo os serviços indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação da Política da Pessoa com Deficiência (Quadro 2).

Município	População/hab*	Serviços de reabilitação indicados
1ª Geres		
Mesorregião Metropolitana		
Recife	1.533.580	Rede própria Municipal - Centro de Reabilitação Antônio Nogueira de Amorim - Centro de Saúde Mário Ramos - Centro Social Urbano Bidu Krause - Policlínica Agamenon Magalhães - Policlínica Lessa de Andrade - Policlínica Amaury Coutinho Rede própria Estadual - Hospital Getúlio Vargas - Hospital da Restauração - Hospital Geral de Areias Rede conveniada - Casa de Saúde Maria Lucinda - Clínica Luiz Borges - Centro de Reabilitação Motora do Recife - Associação de Apoio à Criança Deficiente – AACD
Paulista	307.284	Rede própria Estadual - Hospital da Mirueira
Olinda	391.433	Rede própria Municipal - Centro de Reabilitação de Olinda
Camaraçibe	136.381	Rede própria Municipal - Núcleo de Reabilitação

Quadro 2 - Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2007

*Fonte: IBGE (2007).

(continua)

Município	População/hab*	Serviços de reabilitação indicados
Jaboatão dos Guararapes	665.387	Rede própria Municipal - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Prosad/Casa - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Francisco Loureiro - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Antônio Caldas de Sá Barreto - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Distrito I - Centro de Reabilitação e Fisioterapia Distrito V Regional Rede conveniada - Cename Saúde
Iª Geres Mesorregião Mata		
Vitória de Santo Antão	121.233	Rede própria Estadual - Hospital João Murilo Rede conveniada - Hospital Santa Maria
IVª Geres Mesorregião Agreste		
Caruaru	289.086	Rede própria Municipal - Policlínica da 3ª Idade Rede própria Estadual - Hospital Regional do Agreste Rede conveniada - Casa Henrique
Vª Geres Mesorregião Agreste		
Garanhuns	124.996	Rede própria Municipal - Centro de Reabilitação de Garanhuns Rede própria Estadual - Hospital Regional Dom Moura

Quadro 2 - Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2007

*Fonte: IBGE (2007).

(conclusão)

Ao todo, foram estudados 27 serviços de saúde, sendo sete estaduais, seis conveniados e 14 municipais. Dentre os serviços, 20 estão localizados na Mesorregião Metropolitana, dois na Mesorregião da Mata, e cinco na Mesorregião do Agreste. A Mesorregião do Sertão e de São Francisco não tiveram representação no estudo.

No Recife, a AACD foi incluída apenas para aplicação da entrevista, objetivando a investigação da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. O questionário não foi aplicado ao serviço porque no Recife as clínicas em atividade são: Paralisia Cerebral, Lesão Medular, Lesão Encefálica Adquirida Infantil, Mielomeningocele, Malformações Congênitas, Doenças Neuromusculares e Poliomielite para crianças e adultos amputados e não atendem vítimas de acidentes e violência, no que diz respeito à reabilitação física.

3.4 Desenho do estudo

A investigação contou com um desenho de estudo do tipo estudo de caso único com níveis de análise imbricados, ou seja, diferentes níveis de análise, assim considerados: gestão, atenção à saúde e controle social.

Para Yin (2005), os estudos de caso são apropriados quando o objeto de investigação tem grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando de informações de ambos.

O estudo de caso foi o tipo de estudo que melhor se adequou à proposta de pesquisa, pois, investiga fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Os estudos de caso têm ocupado um lugar de destaque na pesquisa de avaliação. Entre as aplicações está a descrição de uma intervenção e o contexto de vida real em que se situa (YIN, 2005).

Na perspectiva dos estudos avaliativos o modelo adotado foi a análise de implantação, com recorte no componente um (Figura 2), que corresponde, na

tipologia proposta por Denis e Champagne (1997), à análise da influência dos determinantes contextuais no grau de implantação da intervenção.

A escolha do componente um da análise de implantação se justifica quando uma intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais. A utilidade desse tipo de análise é procurar entender melhor que fatores interferem nas variações observadas em nível de implantação de uma intervenção, supondo que influenciam fortemente os efeitos da intervenção.

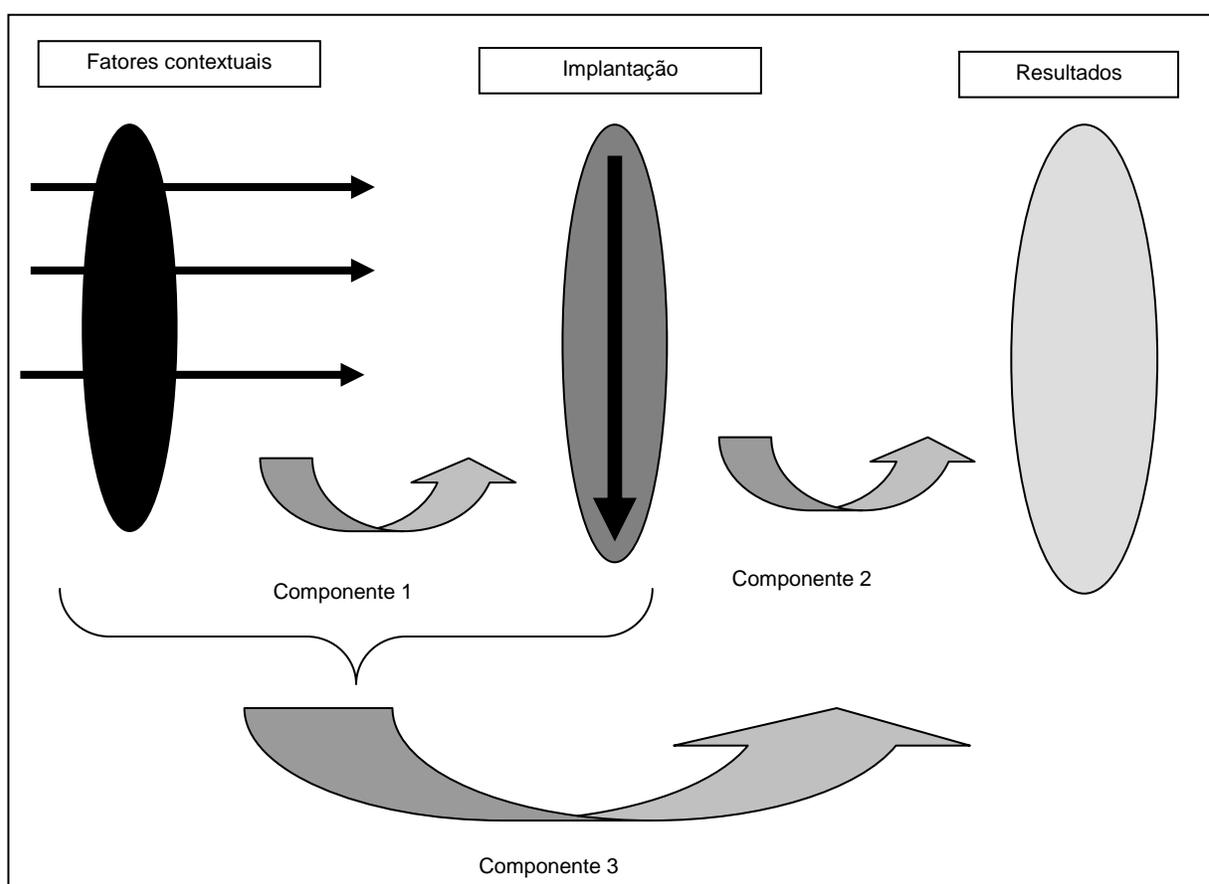


Figura 2 – Análise da implantação da assistência em reabilitação em Pernambuco com foco no componente 1

Fonte: Denis e Champagne (1997)

3.5 Construção do modelo lógico

Para explicar a organização da Rede de Reabilitação Física no Estado de Pernambuco foi realizada a construção de um modelo lógico.

O modelo lógico explicitará como se espera que um programa exerça sua influência, contemplando a contextualização organizacional e a existência de dispositivos institucionais que regulamentem a avaliação (HARTZ, 1999).

Os modelos são ferramentas metodológicas capazes de representar uma teoria subjacente a uma questão de pesquisa. Explicitam, por meio de um esquema visual, o modo pelo qual uma política ou um programa será implantado, e quais os resultados esperados (MEDINA et al., 2005). Servem de parâmetro para a comparação dos eventos observados com os eventos teoricamente previstos (OLIVEIRA; NATAL, 2007).

Na elaboração do modelo, devem ser levados em conta não apenas a documentação normativa e a revisão da literatura disponível, mas também a percepção dos diferentes atores implicados, possibilitando estimar “o grau de implantação” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para Chen (2005 *apud* FELISBERTO et al., 2008), a teoria do programa busca identificar recursos, atividades, e possíveis resultados desejados e a especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos.

Para este estudo, o modelo lógico foi construído tomando como referência os seguintes documentos:

- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002).

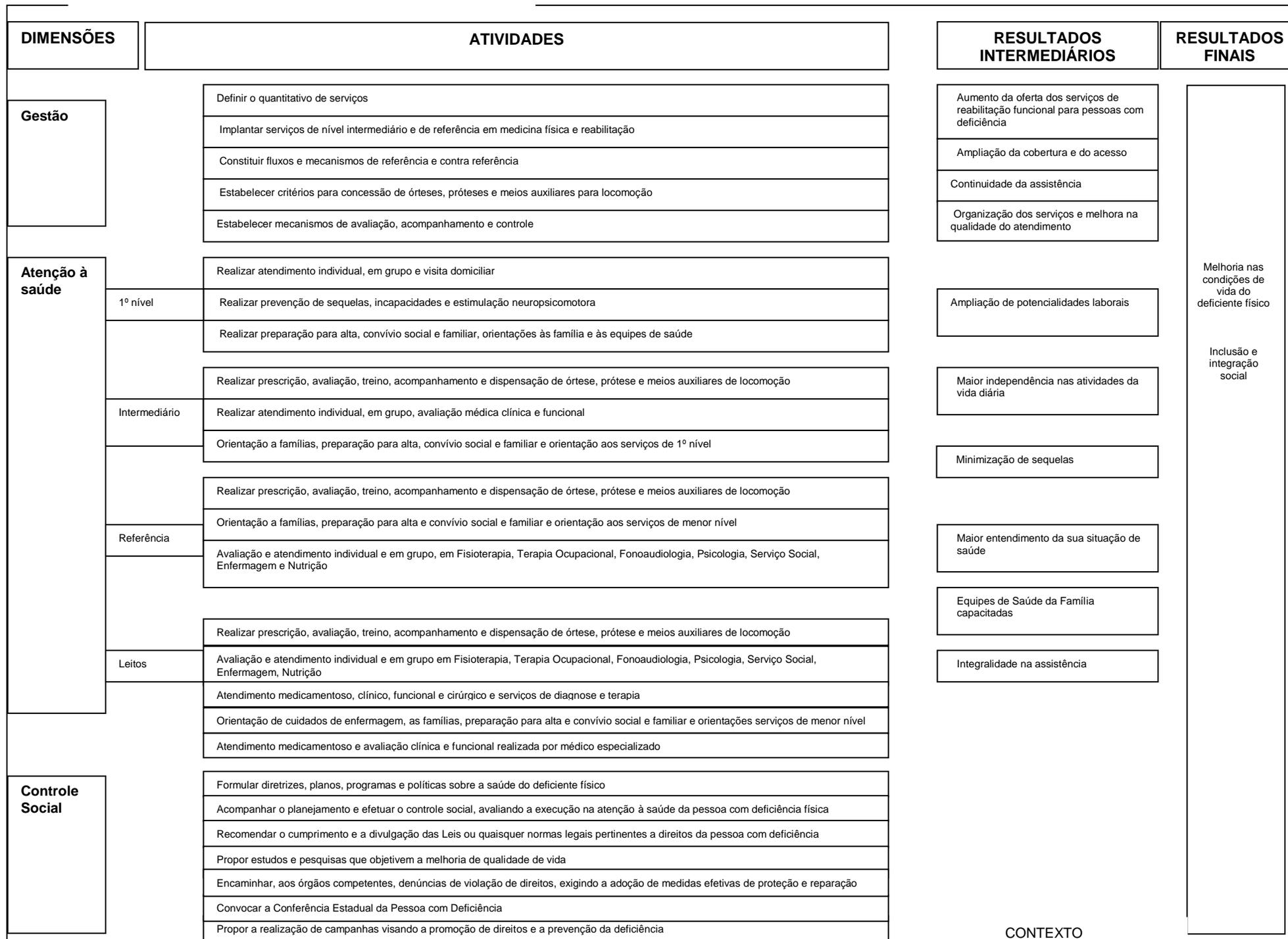
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a).
- Portaria do Ministério da Saúde nº 818, que cria mecanismos para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (BRASIL, 2001b).
- Regimento Interno do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Coned) da Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania (2005).

Após as consultas, o modelo lógico da Rede Estadual de Reabilitação Física foi construído, composto por três dimensões principais: a gestão, a atenção à saúde e o controle social. Além disso, os componentes apresentam atividades e possíveis resultados intermediários e finais (Figura 3).

A dimensão que engloba a gestão comportou as atividades ligadas à organização da rede estadual que extrapolam as competências dos serviços de saúde. Na dimensão atenção à saúde foram agrupadas as principais atividades que devem ser realizadas pelos serviços de saúde, respeitando o seu nível de complexidade. O controle social foi considerado como a terceira dimensão e congregou as principais atividades que devem ser desenvolvidas por uma instância de controle social na forma de Conselho de Direitos.

Além disso, foi levado em consideração o contexto político e estrutural em que a Rede foi implantada.

Figura 3 – Modelo lógico da Rede Estadual de Reabilitação Física



3.6 Composição dos critérios e indicadores

A partir das atividades preconizadas no modelo lógico, foram identificados os critérios que nortearam a composição dos indicadores.

O critério, que alguns autores referem também como variável, é um atributo, aspecto de estrutura, processo ou resultado utilizado para mensurar o programa ou algum de seus componentes. É através do critério estabelecido que os conceitos gerais apresentados nos objetivos do programa serão traduzidos em termos quantificáveis (DONABEDIAN, 2003 *apud* FIGUEIRÓ; CAZARIN, [200-]). Os critérios também podem ser qualitativos e, neste caso, a sua tradução não se dará em termos numéricos, mas, interpretativos.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar, desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas, índices mais sofisticados até aqueles de expressão qualitativa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2002).

Para esse estudo, foram utilizadas os indicadores desenvolvidas pelo Centro Latino-Americano de Estudo em Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/ENSP/Fiocruz) em pesquisa de 2006, intitulada “Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências”, realizada em cinco capitais brasileiras, dentre elas o Recife. Teve por base as orientações da quinta diretriz da PNRMAV e a Portaria nº 818/2001, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Alguns indicadores foram utilizados na íntegra, outros foram revisados ou incluídos após oficina realizada com o grupo que compõe o Laboratório de Estudos da Violência e Saúde (Leves) com a assessoria do Claves/Ensp/Fiocruz (Quadro 3).

Os indicadores relacionados ao controle social foram definidos pelos pesquisadores tomando como base as principais atribuições previstas para um conselho de Direitos, conforme consta no Regimento Interno da Coned (Quadro 3).

Para cada indicador foram estabelecidos critérios de adequação, alguns tomaram como base a referência anteriormente mencionada, o Claves/Ensp/Fiocruz, outros foram estabelecidos a partir de documentos que norteiam a organização dos serviços de reabilitação física, como, por exemplo, a Portaria nº 818, de 2001.

Dimensões	Abordagem	Crítérios	Indicadores	Parâmetro de Adequação para o serviço/município	Parâmetro de Adequação para o Estado
Gestão	Estrutura	Quantidade e classificação dos serviços	Nº de serviços em cada nível de complexidade	----	5 de nível intermediário e 3 de referência
		Leitos exclusivos para reabilitação	Nº de leitos exclusivos para reabilitação	----	Mínimo de 20 leitos
		Comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Existência da comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Considerar 100%	Considerar 100%
		Manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Existência do manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	----	Considerar 100%
	Processos	Articulação entre serviços e intersetorial	Proporção de municípios que referem articulação entre seus serviços e intersetorial nas ações para vítimas de acidentes e violências	----	A partir de 50%
		Vistoria anual dos serviços	Nº de visitas anuais para avaliação e vistoria dos serviços habilitados para oferecer serviços de reabilitação física	----	Mínimo de 01 por serviço
		Regulação e integração da rede	Existência de mecanismos de regulação e integração da rede em nível estadual	----	Considerar 100%
		Definição de ações para cada serviço	Proporção de municípios com clara definição das atribuições dos serviços por níveis de complexidade	----	A partir de 50%
		Organização dos serviços e práticas	Proporção de serviços habilitados para oferecer reabilitação física que elaboram o relatório de avaliação, acompanhamento e alta	----	Considerar 100%
		Atuação da comissão técnica para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses	Realização, por parte da comissão técnica, de atividades para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nos serviços habilitados	-----	Considerar 100%
		Uso do Manual Operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Realização da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção seguindo orientação do manual operativo	Considerar 100%	Considerar 100%

Quadro 3 – Critérios, indicadores e parâmetros aplicados na avaliação do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física – Pernambuco

(continua)

Dimensões	Abordagem	Critérios	Indicadores	Parâmetro de Adequação para o serviço/município	Parâmetro de Adequação para o Estado
		Fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Proporção de serviços habilitados que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	Desenvolver todas as ações	A partir de 50%
		Mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação dos serviços de reabilitação	Existência de três ações das quatro previstas: acompanhamento, controle, supervisão e avaliação	----	Considerar 100%
Atenção à saúde	Estrutura	Recursos humanos, instalações físicas e funcionamento	Proporção de serviços do nível primário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento.	Possuir fisioterapeuta ou profissional de nível superior com formação, especialização ou capacitação na área de reabilitação, médico e assistente social vinculado ao serviço; profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação	Considerar 100%
			Proporção de serviços do nível intermediário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Possuir médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro e profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação	Considerar 100%

Quadro 3 – Critérios, indicadores e parâmetros aplicados na avaliação do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física - Pernambuco

(continuação)

Dimensões	Abordagem	Critérios	Indicadores	Parâmetro de Adequação para o serviço/município	Parâmetro de Adequação para o Estado
			Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	Possuir médico fisiatra, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nutricionista e técnico/auxiliar de Enfermagem	Considerar 100%
			Proporção de serviços que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências	Possuir 3 dos 4 itens: Análise clínica/laboratorial, radiologia, ultrassonografia	Considerar 100%
			Proporção de serviços com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação	A partir de 50%	A partir de 50%
			Proporção de serviços adaptados segundo as normas da ABNT 9050/04, para acessibilidade	A partir de 50%	Considerar 100%
			Proporção de serviços que dispõem de dois turnos de funcionamento	Considerar 100%	Considerar 100%
	Processos	Ações desenvolvidas pelos serviços	Proporção de serviços que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional	Desenvolver todas as atividades	Considerar 100%
			Proporção de serviços que oferecem, de forma adequada e suficiente, preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informação sobre direitos das pessoas portadoras de deficiência	Oferecer 2 dos 3 itens	A partir de 50%
			Proporção de serviços que realizam registro do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violência	A partir de 50%	A partir de 50%
			Proporção de serviços que fazem análise sistemática dos registros do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências	A partir de 50%	A partir de 50%
			Proporção de serviços que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes e violências sistematicamente	A partir de 50%	A partir de 50%
			Proporção de serviços que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão usando CID10 e/ou CIF	A partir de 50%	A partir de 50%

Quadro 3 – Critérios, indicadores e parâmetros aplicados na avaliação do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física - Pernambuco

(continuação)

Dimensões	Abordagem	Critérios	Indicadores	Parâmetro de Adequação para o serviço/município	Parâmetro de Adequação para o Estado
			Proporção de serviços intermediários que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	Realizar 10 das 18 atividades propostas	Considerar 100%
			Proporção de serviços de referência que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	Realizar 10 das 18 atividades propostas	Considerar 100%
		Mecanismos de referência e contra-referência	Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	A partir de 50%	A partir de 50%
			Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	A partir de 50%	A partir de 50%
		Controle de frequência individual	Proporção de unidades que realizam o controle da frequência individual	Considerar 100%	Considerar 100%
Controle Social		Formular diretrizes, planos, programas e políticas sobre saúde da pessoa com deficiência física	Formulação de diretrizes, planos, programas e políticas sobre a saúde da pessoa com deficiência física	----	Considerar 100%
		Acompanhar o planejamento e avaliar a atenção à saúde da pessoa com deficiência física	Ações de planejamento e avaliação da atenção à saúde da pessoa com deficiência física	----	Considerar 100%
		Recomendar o cumprimento e a divulgação das Leis ou quaisquer normas legais pertinentes a direitos da pessoa com deficiência	Divulgação de leis e normas pertinentes aos direitos da pessoa com deficiência	----	Considerar 100%
		Propor estudos e pesquisas que objetivem a melhoria de qualidade de vida	Participação em estudos e pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida do deficiente	----	Considerar 100%
		Encaminhar, aos órgãos competentes, denúncias de violação de direitos, exigindo a adoção de medidas efetivas de proteção e reparação	Participação em denúncias sobre violação dos direitos da pessoa com deficiência	----	Considerar 100%
		Convocar a Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência	Convocação no período regular da Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência	----	Considerar 100%
		Propor a realização de campanhas visando a promoção de direitos e a prevenção da deficiência	Participação na realização de campanhas visando à promoção de direitos e prevenção das deficiências	----	Considerar 100%

Quadro 3 – Critérios, indicadores e parâmetros aplicados na avaliação do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física – Pernambuco

Fonte: autora do trabalho

(conclusão)

3.7 Coleta de dados e instrumentos

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista. Minayo (2002) considera a entrevista o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Não significa uma conversa sem pretensão e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos de uma determinada realidade que esta sendo focalizada.

Os informantes-chaves da pesquisa foram divididos em cinco grupos:

- 1) O coordenador estadual da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;
- 2) Quatro coordenadores municipais da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência;
- 3) Dois gerentes dos serviços de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- 4) Vinte e sete gerentes dos serviços de reabilitação física que assistem vítimas de acidentes e violências.
- 5) O presidente do Coned.

Para os informantes dos grupos 1, 2, 3 e 5 foram aplicadas entrevistas estruturadas (APÊNDICES A, B, C, D), ou seja, o pesquisado foi estimulado a produzir livremente sua fala, seguindo, contudo, um roteiro com algumas questões atreladas aos objetivos da pesquisa. As entrevistas abordaram os seguintes núcleos: organização e funcionamento dos serviços de reabilitação física; avaliação do acesso, oferta e continuidade da assistência em reabilitação física; conhecimento sobre as políticas da pessoa com deficiência e de redução da morbimortalidade por acidentes e violência; sugestões para funcionamento da rede de reabilitação física.

Para os informantes da categoria 4 foi realizada uma entrevista com aplicação de um questionário (APÊNDICE E). As questões investigadas abordaram os aspectos

relacionados à estrutura e aos processos desenvolvidos nos serviços de reabilitação física.

Para complementar as informações obtidas sobre o controle social foi realizada uma pesquisa nas atas das reuniões do Coned/PE, desde 2008, buscando identificar a frequência das discussões sobre o tema saúde nos encontros, bem como os aspectos abordados quando as discussões se centraram no tema saúde.

Os instrumentos para coleta dos dados geraram informações quantitativas e qualitativas.

3.8 Análise dos dados

A análise seguiu os princípios da triangulação de métodos, que visa: (a) a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; (b) a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; (c) a visão de vários informantes e (d) o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação (MINAYO; SANCHEZ, 1993).

A avaliação por triangulação de métodos conjuga: a presença do avaliador externo; as abordagens quantitativas e qualitativas; a análise do contexto, da história, das relações, das representações e da participação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Expressa uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre o projeto (SCHUTZ, 1982 *apud* MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Análise do grau de implantação

A análise dos indicadores foi realizada a partir de uma análise exploratória usando as medidas estatísticas descritivas.

O grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física é um indicador sintético que foi definido a partir de três dimensões (gestão, atenção à saúde e controle social), as duas primeiras abordando a estrutura e os processos envolvidos.

Foram analisados 38 indicadores, sendo 13 relacionados à gestão, 18 à atenção à saúde e sete ao controle social; e destes, 11 eram ligados à estrutura da rede e 20 aos processos envolvidos na gestão e atenção à saúde.

A pontuação máxima prevista foi de 100 pontos, distribuídos entre as três dimensões estudadas: 40 pontos para a dimensão “gestão”, 50 pontos para “atenção à saúde” e 10 pontos para a dimensão “controle social”. As maiores pontuações foram destinadas às duas primeiras dimensões, “gestão” e “atenção à saúde”, pelo fato de serem consideradas essenciais a implantação da rede e por comportarem o maior número de indicadores. Em cada dimensão a pontuação foi distribuída com igual valor para cada indicador (Quadro 4).

Dimensões	Indicadores	Pontuação por indicador adequado	Pontuação total por dimensão
Gestão	Nº de serviços em cada nível de complexidade	3,1	40 pontos
	Nº de leitos exclusivos para reabilitação	3,1	
	Existência da comissão técnica nos serviços habilitados para oferecer serviço de reabilitação física para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3,1	
	Existência do manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3,1	
	Proporção de municípios que referem articulação entre seus serviços e intersetorial nas ações para vítimas de acidentes e violência	3,1	

Quadro 4 – Pontuação distribuída para cada indicador estudado

(continua)

Dimensões	Indicadores	Pontuação por indicador adequado	Pontuação total por dimensão
	Nº de visitas anuais para avaliação e vistoria dos serviços habilitados para oferecer serviços de reabilitação física	3,1	
	Existência de mecanismos de regulação e integração da rede em nível estadual	3,1	
	Proporção de municípios com clara definição das suas atribuições, considerando o nível de complexidade	3,1	
	Proporção de serviços habilitados para oferecer reabilitação física que elaboram relatório de avaliação, acompanhamento e alta	3,1	
	Realização, por parte da comissão técnica, de atividades de apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nos serviços habilitados	3,1	
	Realização da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, seguindo orientações do manual operativo	3,1	
	Proporção de serviços que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3,1	
	Existência de, pelo menos, dois mecanismos por parte da gestão estadual: acompanhamento, supervisão e avaliação	3,1	
Atenção à saúde	Proporção de serviços de nível primário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento.	2,8	50 pontos
	Proporção de serviços de nível intermediário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	2,8	
	Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	2,8	
	Proporção de serviços que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências	2,8	
	Proporção de serviços com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação	2,8	
	Proporção de serviços adaptadas segundo as normas da ABNT 9050/04, para acessibilidade	2,8	
	Proporção de serviços que dispõe de dois turnos de funcionamento	2,8	
	Proporção de serviços que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional	2,8	
	Proporção de serviços que oferecem preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informação sobre direitos das pessoas portadoras de deficiência	2,8	

Quadro 4 – Pontuação distribuída para cada indicador estudado

(continuação)

Dimensões	Indicadores	Pontuação por indicador adequado	Pontuação total por dimensão
	Proporção de serviços que realizam registro do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violência	2,8	
	Proporção de serviços que fazem análise sistemática dos registros de atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências	2,8	
	Proporção de serviços que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes e violências	2,8	
	Proporção de serviços que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão usando CID10 e/ou CIF	2,8	
	Proporção de serviços intermediários que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	2,8	
	Proporção de serviços de referência que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	2,8	
	Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	2,8	
	Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	2,8	
	Proporção de serviços que realizam o controle da frequência individual dos pacientes	2,8	
Controle Social	Formulação de diretrizes, planos, programas e políticas sobre a saúde da pessoa com deficiência física	1,4	10 pontos
	Ações de planejamento e avaliação da atenção à saúde da pessoa com deficiência física	1,4	
	Divulgação de leis e normas pertinentes aos direitos da pessoa com deficiência	1,4	
	Participação em estudos e pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida do deficiente	1,4	
	Participação em denúncias sobre violação dos direitos da pessoa com deficiência	1,4	
	Convocação no período regular da Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência	1,4	
	Participação na realização de campanhas visando à promoção de direitos e prevenção das deficiências	1,4	

Quadro 4 – Pontuação distribuída para cada indicador estudado

(conclusão)

Especificamente para a dimensão “atenção á saúde” foi realizado, para cada município, um levantamento da pontuação dos indicadores considerados adequados. Como existiu grande diferença no quantitativo de serviços por municípios, três

municípios com apenas um serviço de reabilitação física e outro com doze, foi adotado um peso para cada município, tomando como base a representação deste serviço no total. Por exemplo, caso o município obtenha 20 pontos e participa da rede com apenas um serviço, dos 27, ele terá um peso 3,7.

Os pesos para cada município podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 – Peso atribuídos a cada município a partir do número de serviços

Município	Número de serviços	Peso
M1- Olinda	1	3,7
M2 – Paulista	1	3,7
M3 - Camaragibe	1	3,7
M4 – Caruaru	3	11,1
M5 – Vitória de Santo Antão	2	7,4
M6 – Jaboatão	5	18,5
M7 - Garanhuns	2	7,4
M8 – Recife	12	44,4
Total	27	100

Média ponderada para a categoria “atenção à saúde = $(PM1*3,7+PM2*3,7+PM3*3,7+PM4*11,1+PM5*7,4+PM6*18,5+PM7*7,4+PM8*44,4)/100$

P = pontuação
M = município

Após o cálculo da média ponderada foi obtido um valor que representou a dimensão “atenção à saúde” na análise do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física.

Para cada indicador analisado foi atribuída uma pontuação, anteriormente apresentada. Quando o indicador atingiu o parâmetro estipulado foi considerado Adequado (A) e recebeu a pontuação total; quando não atingiu o parâmetro estipulado foi considerado Inadequado (I) e não recebeu pontuação; quando o indicador foi considerado Não se aplica (NSA) para um determinado município ou serviço, a pontuação foi computada como total.

O grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física resultou na proporção da pontuação obtida em relação à pontuação máxima alcançada por cada

dimensão. Para determinação do grau de implantação foram estabelecidos os seguintes pontos de corte: 0 a 50 pontos - implantação incipiente; 51 a 75 pontos - implantação intermediária; 76 a 100 pontos - implantação avançada.

Análise das entrevistas

As entrevistas foram transcritas por um técnico, tendo sido revisadas pelo pesquisador.

Para a análise dos depoimentos provenientes das entrevistas foram utilizados, para interpretação, os princípios da análise de conteúdo, a partir de sua modalidade temática (BARDIN, 2004). Com esta técnica, pode-se caminhar, também, na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado.

A análise de conteúdo foi conduzida basicamente por um recorte interpretativo, priorizando os aspectos hermenêuticos. A partir desses princípios, foram percorridos os seguintes passos de análise: (a) leitura de todos os materiais; (b) identificação e comparação das diferentes ideias e sentidos contidos em cada resposta; (c) descrição dos principais significados atribuídos pelos sujeitos (núcleos de sentido) nas respostas; (d) criação de hipóteses interpretativas.

Os principais núcleos temáticos investigados foram:

- 1) Organização dos serviços de reabilitação e implantação da Rede de Reabilitação Física
- 2) Assistência às vítimas de acidentes e violência
- 3) Dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares para locomoção
- 4) Conhecimento da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência
- 5) Conhecimento da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e Portaria nº 818/01
- 6) Capacitação na área de atendimento de acidentes e violência

- 7) Parceria com outras secretarias
- 8) Sugestões para melhoria da Rede de Reabilitação Física em Pernambuco

Ao todo, foram realizadas sete entrevistas, quatro com os coordenadores municipais da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência ou gerentes da área de reabilitação no município; uma com a coordenação estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência; e duas com os coordenadores dos serviços que atendem o Programa Dispensação de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção, no Estado. Em quatro municípios não foram realizadas entrevistas, uma vez que no município não existia tal cargo ou função. Os questionários foram aplicados nos 27 serviços estudados.

Os recortes das entrevistas obedeceram a seguinte identificação:

COM1- Entrevista com a coordenação do município 1.

COM2 – Entrevista com a coordenação do município 2.

COM3 – Entrevista com a coordenação do município 3.

COM4 – Entrevista com a coordenação do município 4.

COE – Entrevista com a coordenação estadual.

Coned – Entrevista com o presidente do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência

CDI 1- Entrevista com a coordenação do serviço de dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção 1.

CDI 2- Entrevista com a coordenação do serviço de dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção 2.

Análise do contexto:

Buscou-se em Denis e Champagne (1997), um modelo de análise de contexto que pudesse servir de base às discussões de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física.

Um contexto favorável à implantação de uma intervenção depende da abordagem política de três fatores: a) suporte dado à intervenção pelos agentes de implantação; b) controle suficiente para operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; c) coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que dão à intervenção e os objetivos ali associados (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Considerou-se pertinente a utilização do modelo político e contingente sugerido pelos autores (p.67), que se inspiram nas abordagens política e estrutural. Para tal modelo, “a organização é uma arena política no interior da qual os atores perseguem estratégias diferentes”.

A organização e análise do contexto político e estrutural foram baseadas nas subcategorias e critérios propostos por Quinino (2009), adaptados para o presente estudo (Quadros 5 e 6).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	ORIGEM DOS DADOS	JULGAMENTO
Contexto Político	Suporte dado à implantação da intervenção	Existência de ações dentro da governabilidade da coordenação que contribuam para a implantação das ações	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência. Análise das atas de reunião da Coned	Existência de ações ↓ Gerência dá suporte ↓ Contexto favorece a implantação
	Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Coordenador conhece os principais documentos que orientam a implantação da rede estadual de reabilitação física (portaria nº 818, Política Nacional da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências). Coordenador conhece indicadores da área de deficiência: - % de deficientes no estado/município - nº de doações de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - localidades com maior número de deficientes	Entrevista com o coordenador estadual e aos coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	Coordenador conhece os documentos e conhece os indicadores ↓ Exerce controle na organização ↓ Contexto favorece a implantação
		Coordenador planeja as ações na área, reúne-se com a equipe e participa da construção do plano estadual/municipal de saúde	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência Plano Estadual de Saúde	Coordenador participa do planejamento e reúne-se com equipe ↓ Exerce controle na organização ↓ Contexto favorece a implantação
	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados	Coordenador considera que a pessoa com deficiência é uma prioridade no Estado/município	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência Análise das atas de reunião da Coned	Coordenador considera a pessoa com deficiência como prioridade ↓ Coerência nos motivos ↓ Contexto favorece a implantação

Quadro 5 – Matriz de categorias e subcategorias de análise para estudo do contexto político sob a perspectiva do Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência nos municípios e no Estado de Pernambuco

Fonte: Adaptado de Quinino (2009)

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CRITÉRIOS	COLETA DE DADOS	JULGAMENTO	
Contexto Estrutural	Atributos dos coordenadores da Política Nacional da Pessoa com Deficiência	Perfil do coordenador	Coordenador tem formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós-graduação em planejamento e gestão	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	Perfil do coordenador favorável à implantação ↓ Contexto favorece a implantação
		Atenção prestada à inovação	Procura trazer novas ações para a área	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	Coordenador com perfil inovador ↓ Contexto favorece a implantação
		Orientação cosmopolita ou local	Busca parcerias com outras secretarias para desenvolver ações na área de reabilitação	Entrevista com o coordenador estadual e os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	Coordenador com orientação cosmopolita ↓ Contexto favorece a implantação

Quadro 6 – Matriz de categorias e subcategorias de análise para estudo do contexto estrutural sob a perspectiva do Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência nos municípios e no Estado de Pernambuco

Fonte: Adaptado de Quinino (2009)

3.9 Considerações Éticas

Para cumprir os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa intitulado “Análise da Implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências nos Municípios com mais 100 mil Habitantes no Estado de Pernambuco” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz/PE e obteve a aprovação sob o parecer nº 042/2008.

Para execução do subprojeto intitulado “Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, houve a necessidade de acréscimos, como a inclusão de serviços da rede estadual e da rede conveniada ao SUS. Com isso, o subprojeto foi novamente submetido ao Comitê de Ética para nova análise, tendo sido aprovado sob o parecer nº 72/2010, com validade até 01 de dezembro de 2013 (ANEXO A).

Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES F e G), no qual deram o consentimento para sua inclusão na pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados, objetivando responder aos objetivos do estudo, em quatro blocos: 1 – Caracterização da Rede de Serviços de Reabilitação Física em Pernambuco; 2 - Estimativa do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco; 3 – Análise do conteúdo das entrevistas e 4 – Análise dos fatores contextuais que influenciaram a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física.

4.1 Caracterização da Rede de Serviços de Reabilitação Física em Pernambuco

Os 27 serviços analisados foram classificados, por suas gerências, da seguinte forma: sete classificados como de primeiro nível, sete como de nível intermediário e 13 como de referência. Tomando como base a classificação da Portaria nº 818/01, que define os níveis de assistência segundo a sua complexidade, boa parte dos serviços se intitula como de referência, sem, no entanto, gozar dessa habilitação junto ao Ministério da Saúde. Ao que parece, por serem poucos serviços, consideram-se de referência para determinada área ou localidade (Quadro 7).

Há um descompasso entre a classificação dos serviços, indicada pelos gerentes, com as habilitações e também o nível de atenção em que se enquadram os serviços, ou seja, serviços que se intitularam como de referência ou mesmo como primário, estão classificados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como de média complexidade.

Os dois serviços habilitados para funcionar como serviço de reabilitação, pelo Ministério da Saúde, AACD⁴ e Hospital Getúlio Vargas⁵, demonstraram pleno conhecimento dessa situação. Muito embora o Hospital Getúlio Vargas se considere

⁴ Habilitado como Centro de Referência de Reabilitação e Medicina Física, desde março de 2002, segundo a portaria nº 180, da Secretaria de Atenção à Saúde, de 15/03/2002.

⁵ Habilitado como serviço de Reabilitação Física – Nível intermediário, desde março de 2002, segundo a portaria nº 180, da Secretaria de Atenção à Saúde, de 15/03/2002.

de referência, quando na verdade é habilitado como serviço intermediário. O Hospital Getúlio Vargas também detem os únicos leitos habilitados no Estado pelo SUS, exclusivos para reabilitação, num total de 20.

Vale lembrar que as habilitações são necessárias para os níveis intermediários, de referência e leitos de reabilitação, podendo o Estado de Pernambuco ter um quantitativo máximo de cinco serviços de nível intermediário, três de referência e um mínimo de 20 leitos exclusivos para reabilitação. Para o primeiro nível intermunicipal não há necessidade de habilitação, deve ser oferecido pelos municípios de maneira isolada ou em parceria, podendo fazer parte da rede de reabilitação física, porém, sem receber incentivo financeiro.

Registra-se também grande concentração dos serviços de reabilitação na Mesorregião Metropolitana do Recife, 74,1%, seguido da Mesorregião do Agreste, com 18,5%, e da Mesorregião da Mata, com 7,4%. Até o momento da finalização da coleta de dados, a Mesorregião do São Francisco não tinha representação deste serviço, muito embora seja necessário registrar que Petrolina estava em vias de iniciar o funcionamento em reabilitação do Hospital de Traumas. Além disso, a Mesorregião do Sertão não foi incluída, por não ter municípios com mais de 100 mil habitantes.

Município	Mesorregião	Gestão	Unidade de Saúde	Classificação autoreferida	Classificação CNES*
Recife (12)	Metropolitana	Municipal	Centro de Reabilitação Antônio Nogueira de Amorim	Referência	Não habilitado Média complexidade
			Centro de Saúde Mário Ramos	Referência	Não habilitado Básica e média complexidade
			Centro Social Urbano Bidu Krause	Referência	Não habilitado Média complexidade
			Policlínica Agamenon Magalhães	Referência	Não habilitado Básica e média complexidade
			Policlínica Lessa de Andrade	Referência	Não habilitado Básica e média complexidade
			Policlínica Amaury Coutinho	Referência	Não habilitado Básica e média complexidade
		Estadual	Hospital Getúlio Vargas	Referência	Habilitado como nível Intermediário Comporta 20 leitos exclusivos para reabilitação
			Hospital da Restauração	Intermediário	Não habilitado Média e alta complexidade
			Hospital Geral de Areias	Referência	Não habilitado Média e alta complexidade
		Conveniada	Casa de Saúde Maria Lucinda	Referência	Não habilitado Média complexidade
			Clínica de Fisioterapia do Recife	Primário	Não habilitado Básica e média complexidade
			Centro de Reabilitação Motora do Recife	Referência	Não habilitado Média complexidade
			Associação de Apoio a Criança Deficiente	Referência	Habilitado como Referência em Medicina Física
Paulista (1)	Metropolitana	Estadual	Hospital da Mirueira	Referência	Não habilitado Média e alta complexidade
Camaragibe (1)	Metropolitana	Municipal	Núcleo de Reabilitação de Camaragibe	Intermediário	Não habilitado Média complexidade
Olinda (1)	Metropolitana	Municipal	Centro de Reabilitação de Olinda	Primário	Não habilitado Média complexidade
Jaboatão dos Guararapes (5)	Metropolitana	Municipal	Centro de Reabilitação e Fisioterapia Francisco Loureiro	Intermediário	Não habilitado Média complexidade
			Centro de Reabilitação e Fisioterapia Antônio Caldas de Sá Barreto	Intermediário	Não habilitado Média complexidade
			Centro de Reabilitação e Fisioterapia Distrito I	Primário	Não habilitado Média complexidade

Quadro 7 - Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2009

*Fonte: Brasil (2011)

(continua)

Município	Mesorregião	Gestão	Unidade de Saúde	Classificação autoreferida	Classificação CNES
			Centro de Reabilitação e Fisioterapia Distrito V Regional	Primário	Não habilitado Média complexidade
		Conveniada	Cename Saúde	Intermediário	Não habilitado Média complexidade
Vitória de Santo Antão (2)	Mata	Estadual	Hospital João Murilo	Primário	Não habilitado Média complexidade
		Conveniada	Hospital Santa Maria	Intermediário	Não habilitado Média complexidade
Caruaru (3)	Agreste	Municipal	Policlínica da 3ª Idade	Referência	Não habilitado Média complexidade
		Estadual	Hospital Regional do Agreste	Intermediário	Não habilitado Média e alta complexidade
		Conveniada	Casa Henrique	Referência	Não habilitado Média complexidade
Garanhuns (2)	Agreste	Municipal	Centro de Reabilitação de Garanhuns	Primário	Não habilitado Média complexidade
		Estadual	Hospital Regional Dom Moura	Primário	Não habilitado Média complexidade

Quadro 7 - Municípios do Estado de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes e serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violência, 2009

(conclusão)

No que diz respeito ao público atendido nestes serviços, por faixa etária e sexo, praticamente todos os serviços atendem crianças, adolescentes, jovens e idosos de ambos os sexos. As exceções são os municípios de Olinda, que não atende crianças e adolescentes, e Recife, em que menos da metade dos serviços atendem crianças de 0 a 9 anos. Os serviços praticamente não fazem distinção de atendimento por sexo (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da população vítima de acidentes e violências assistida nos serviços de reabilitação dos municípios com mais de 100 mil habitantes em Pernambuco, segundo os grupos e o sexo, 2009

População	Paulista		Olinda		Caruaru		Camaragibe		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n*(1)	%	n(1)	%	n(3)	%	n(1)	%	n(2)	%	n(5)	%	n(2)	%	n(12)	%
Faixa etária																
Crianças (0 a 9 anos)	1	100	0	-	3	100	1	100	2	100	4	80	2	100	6	50
Adolescente (10 a 19 anos)	1	100	0	-	3	100	1	100	2	100	4	80	2	100	10	83,3
Jovens (20 a 24 anos)	1	100	1	100	3	100	1	100	2	100	3	60	2	100	11	91,6
Idosos (60 anos +)	1	100	1	100	3	100	1	100	2	100	3	60	2	100	11	91,6
Sexo															11	91,6
Homens	1	100	1	100	3	100	1	100	2	100	4	80	2	100	11	91,6
Mulheres	1	100	1	100	3	100	1	100	2	100	4	80	2	100	11	91,6

Nota: * n = número de serviços em cada município

Com relação ao tipo de atendimento prestado, destaca-se que os atendimentos em grupo são praticados por pouco mais da metade das unidades de saúde, e em duas cidades esse atendimento não é realizado, Caruaru e Vitória de Santo Antão. A prevenção de sequelas é uma atividade realizada por todos os serviços, exceto em Jaboatão dos Guararapes em que nenhum serviço a realiza; no Recife, 66,6% dos serviços realizam esta atividade.

A estimulação neuropsicomotora, atividade muito importante em reabilitação, é realizada por 70% dos serviços, exceto em Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão.

Em quatro municípios, Recife, Caruaru, Vitória de Santo Antão e Garanhuns, alguns serviços não realizam ações de orientação à família. Recife é o único município que possui serviços que realizam avaliação funcional e diagnóstico de

eletromiografia e potenciais evocados e avaliação urodinâmica, porém em metade dos seus serviços não existe avaliação e atendimento em Serviço Social (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos serviços de reabilitação, segundo as ações realizadas, em municípios com mais de 100 mil habitantes em Pernambuco, 2009

Ações realizadas	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n (1)	%	n (1)	%	n (1)	%	n (3)	%	n (2)	%	n (5)	%	n (2)	%	n (12)	%
Atendimento em grupo	1	100	1	100	1	100	0	-	0	-	5	100	1	50	8	66,6
Prevenção de sequelas e incapacidades secundárias	1	100	1	100	1	100	3	100	2	100	0	-	2	100	8	66,6
Estimulação neuropsicomotora	1	100	1	100	1	100	2	66,7	0	-	2	40	2	100	8	66,6
Orientação familiar	1	100	1	100	1	100	2	66,7	1	50	5	100	1	50	11	91,6
Avaliação médica, clínica e funcional	1	100	1	100	0	-	2	66,7	2	100	2	40	1	50	8	66,6
Avaliação clínica especializada	1	100	1	100	1	100	3	100,0	2	100	3	60	2	100	9	75
Avaliação e atendimento em Fisioterapia	1	100	1	100	1	100	3	100,0	2	100	4	80	2	100	12	100
Avaliação e atendimento em Terapia Ocupacional	1	100	0	-	1	100	0	-	0	-	3	60	0	-	6	50
Avaliação e atendimento em Fonoaudiologia	1	100	1	100	1	100	2	66,7	0	-	5	100	2	100	9	75
Avaliação e atendimento em Psicologia	1	100	1	100	1	100	1	33,3	1	50	4	80	1	50	7	58,3
Avaliação e atendimento em Serviço Social	1	100	0	-	1	100	1	33,3	1	50	3	60	1	50	6	50
Avaliação e atendimento em Enfermagem	1	100	0	-	0	-	2	66,7	2	100	1	20	0	-	8	66,6
Avaliação e atendimento em Nutrição	0	-	0	-	0	-	2	66,7	1	50	0	-	0	-	6	50
Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios	1	100	0	-	1	100	1	33,3	1	50	0	-	0	-	7	58,3
Avaliação funcional e diagnóstico de eletromiografia e potenciais evocados	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,6
Avaliação urodinâmica	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,6
Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas	1	100	0	-	0	-	2	66,7	1	50	1	20	1	50	5	41,6
Atendimento cirúrgico	0	-	0	-	0	-	1	33,3	2	100	0	-	0	-	4	33,3

Algumas especificidades nos atendimentos em reabilitação estão explicitados na tabela 7. Os atendimentos domiciliares e o acompanhamento pós-alta são realizados apenas nos municípios do Recife e Jaboatão dos Guararapes, de forma muito limitada, e constituem práticas inexistentes nos demais municípios.

A preparação para a alta, o suporte para o convívio familiar e as informações sobre os direitos das pessoas deficientes são práticas realizadas por quase todos os municípios, porém em poucos serviços. No Recife, apenas um serviço informa que realiza acompanhamento pós-alta, atividade importante na área de reabilitação.

Os serviços foram questionados sobre a adequação e suficiência de suas ações, o que acarretou um descompasso: muitas vezes, quando existia o tipo de atendimento, o mesmo não atendia a adequação e suficiência desejáveis, principalmente para os serviços do município do Recife.

Tabela 7 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios em mais de 100 mil habitantes, segundo o tipo de atendimento em Pernambuco, 2009

Tipo de atendimento	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	A/S*	n(1)	A/S	n(1)	A/S	n(3)	A/S	n(2)	A/S	n(5)	A/S	n(2)	A/S	n(12)	A/S
Atendimento domiciliar	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0/2	0	-	2	1/0
Preparação para alta	1	0/0	1	1/1	1	1/1	2	2/2	1	1/0	5	5/4	2	1/1	9	6/6
Suporte para convívio social e familiar	1	0/0	0	-	1	1/1	2	2/2	1	0/0	3	3/2	0	-	10	7/7
Acompanhamento pós-alta	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	3	3/1	0	-	1	0/0
Informações sobre direitos das pessoas deficientes	0	-	0	-	1	1/1	2	2/2	1	0/0	3	2/2	1	1/1	8	3/2

*Número de serviços que consideram o atendimento adequado/suficiente – A/S

Os recursos tecnológicos, como análise clínica e laboratorial, radiologia convencional, medicina nuclear, urodinâmica e ultrassonografia são escassos, principalmente os três últimos. A radiologia convencional é executada em todos os municípios, exceto em Olinda. Chama a atenção o fato da medicina nuclear só existir em um serviço do município do Recife e o de urodinâmica em dois serviços, sendo considerados insuficientes (Tabela 8).

Tabela 8 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo os recursos tecnológicos oferecidos em Pernambuco, 2009

Recursos tecnológicos oferecidos	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	A/S	n(1)	A/S	n(1)	A/S	n(3)	A/S	n(2)	A/S	n(5)	A/S	n(2)	A/S	n(12)	A/S
Análise clínico/Laboratorial	1	0/0	0	-	0	-	1	0/0	2	2/2	0	-	1	1/1	5	3/3
Medicina nuclear	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	1/0
Radiologia convencional	1	1/1	0	-	0	-	1	1/1	2	2/1	1	0/0	1	0/0	6	4/4
Urodinâmica	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	1/1
Ultrassonografia	1	1/1	0	-	0	-	1	1/1	0	-	0	-	1	0/0	4	3/2

De forma geral, o suporte oferecido pelos serviços para transferência para outros serviços: transporte, laboratório de radiologia e patologia clínica está relacionado à articulação com outros serviços, sendo poucos os serviços com a presença de mecanismos próprios. Os municípios com maior dependência de outros serviços são Paulista, Olinda e Jaboatão (Tabela 9).

Tabela 9 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo suporte e transferência em Pernambuco, 2009

Suporte e transferência Articulação com outros serviços	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	%	n(1)	%	n(1)	%	n(3)	%	n(2)	%	n(5)	%	n(2)	%	n(12)	%
Transferência e transporte de pacientes	1	100	1	100	1	100	3	100	2	100	3	60	2	100	7	58,3
Suporte para laboratório de radiologia	1	100	1	100	1	100	2	66,6	0	0	5	100	2	100	7	58,3
Suporte para laboratório de patologia clínica	1	100	0	0	1	100	3	100	0	0	4	80	2	100	6	50
Mecanismos próprios																
Transferência e transporte de pacientes	0	0	0	0	1	100	1	33,3	1	50	0	0	1	50	4	33,3
Suporte para laboratório de radiologia	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	100	0	0	0	0	5	41,6
Suporte para laboratório de patologia clínica	0	0	0	0	0	0	1	33,3	2	100	0	0	1	50	4	33,3

As ações e registro da central de regulação existem em quase todos os municípios, exceto em Olinda. Recife e Garanhuns atingiram 100% desses serviços. Destaca-se o fato de praticamente não existirem, nos serviços de todos

os municípios, ações para prevenção dos acidentes e violência. Olinda é o município com o menor número de ações, assumindo apenas o registro de pessoas vítimas de acidentes e violência. A análise sistemática dos registros é realizada por menos da metade dos serviços, no Recife e em Jaboatão, e não é realizada por nenhum outro município (Tabela 10).

Tabela 10 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo regulação, ações e registro em Pernambuco, 2009

Serviços oferecidos	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	%	n(1)	%	n(1)	%	n(3)	%	n(2)	%	n(5)	%	n(2)	%	n(12)	%
Central de Regulação ou com rede pactuada	1	100	0	0	0	0	1	33,3	1	50	2	40	2	100	12	100
Registra atendimento às pessoas em situação de violência	0	0	1	100	1	100	2	66,6	1	50	3	60	1	50	6	50
Faz análise sistemática dos registros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	0	0	4	33,3
Pessoal para registro e sistematização da informação	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	60	0	0	3	25
Ação de prevenção aos acidentes e violência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	0	0	0	0
Classificação de acordo com CID10 e CIF	1	100	0	0	1	100	2	66,6	2	100	2	40	1	50	7	58,3

Todos os serviços investigados funcionam em dois turnos, manhã e tarde. Nenhum serviço funciona à noite, muito embora tenha sido mencionado que no Recife funciona o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Emergência, em dois dos seus serviços, atendendo na área de reabilitação (Tabela 11).

Tabela 11 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios com mais de 100 mil habitantes, segundo o turno de funcionamento em Pernambuco, 2009

Turnos de funcionamento	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	%	n(1)	%	n(1)	%	n(3)	%	n(2)	%	n(5)	%	n(2)	%	n(12)	%
Manhã	1	100	1	100	1	100	3	100	2	100	5	100	2	100	12	100
Tarde	1	100	1	100	1	100	3	100	2	100	5	100	2	100	12	100
Noite	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	2*	16,6
Três turnos*	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	2*	16,6

*SPA e Emergência

O atendimento às normas de acessibilidade foi investigado nos serviços estudados, sendo possível observar que nenhum município tem todos os seus serviços de reabilitação atendendo essas normas determinadas. Dentre as normas, a existência de rampas é a que existe em maior número. As vagas na garagem para pessoas com deficiência é a que tem menos presença. Especialmente no município do Recife a norma menos cumprida é a existência de corrimão em corredores, escadas e rampas (Tabela 12).

Tabela 12 - Oferta de serviços de reabilitação em municípios de mais de 100 mil habitantes, segundo o atendimento às normas de acessibilidade em Pernambuco, 2009

Normas de acessibilidade	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n(1)	%	n(1)	%	n(1)	%	n(3)	%	n(2)	%	n(5)	%	n(2)	%	n(12)	%
Presença de rampas	1	100	1	100	1	100	2	66,6	1	50	3	60	1	50	11	91,6
Sanitários adaptados	1	100	1	100	0	0	1	33,3	1	50	2	40	1	50	9	75
Calçadas com superfície regular	1	100	0	0	0	0	1	33,3	0	0	1	20	0	0	8	66,6
Corrimão em corredores, escadas e rampas	1	100	1	100	1	100	1	33,3	1	50	2	40	1	50	6	50
Piso antiderrapante	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	2	40	0	0	8	66,6
Área física para giro da cadeira de rodas	1	100	0	0	1	100	1	33,3	1	50	3	60	1	50	9	75
Largura das portas (mínimo 80cm)	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	50	3	60	1	50	10	83,3
Vagas na garagem para pessoa com deficiência	1	100	0	0	0	0	2	66,6	1	50	2	40	1	50	8	66,6

Dentre os serviços, mais de 80% realizam ações de avaliação, prescrição, treino e acompanhamento para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, exceto Jaboatão dos Guararapes e Vitória de Santo Antão. De forma geral, o município que realiza menos ações relacionadas a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção é Jaboatão dos Guararapes. A situação da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção parece ser crítica: o único município que oferece este serviço para auxiliar a locomoção é o Recife, em dois serviços (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição dos serviços de reabilitação com municípios de mais de 100 mil habitantes, segundo a provisão de recursos tais como: órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, em Pernambuco, 2009

Tipo de Atendimento	Paulista		Olinda		Camaragibe		Caruaru		Vitória		Jaboatão		Garanhuns		Recife	
	n (1)	%	n (1)	%	n (1)	%	n (3)	%	n (2)	%	n (5)	%	n (2)	%	n (12)	%
Órtese																
Avalia indicação	1	100	1	100	1	100	3	100	1	50	2	40	2	100	9	75
Prescreve utilização	1	100	1	100	1	100	2	66,7	1	50	2	40	2	100	9	75
Treina para o uso	1	100	1	100	1	100	3	100	1	50	4	80	2	100	11	91,6
Faz acompanhamento	1	100	1	100	0	100	3	100	1	50	3	60	2	100	11	91,6
Faz dispensação	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,6
Próteses																
Avalia indicação	1	100	1	100	1	100	3	100	1	50	2	40	2	100	9	75
Prescreve utilização	0	0	1	100	1	100	2	33,3	0	-	2	40	2	100	9	75
Treina para o uso	0	0	0	-	1	100	3	100	2	100	3	60	2	100	10	83,3
Faz acompanhamento	0	0	1	100	0	-	3	100	1	50	3	60	2	100	11	91,6
Faz dispensação	0	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,6
Meios auxiliares de locomoção																
Avalia indicação	1	100	1	100	1	100	3	100	2	100	2	40	1	50	11	91,6
Prescreve utilização	0	0	1	100	1	100	2	33,3	1	50	2	40	1	50	9	75
Treina para o uso	0		1	100	1	100	3	100	2	100	4	80	1	50	11	91,6
Faz acompanhamento	0		1	100	0	-	3	100	2	100	3	60	1	50	11	91,6
Faz dispensação	0		0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	16,6

Os serviços foram convidados a atribuir uma nota para alguns itens relativos à assistência a vítimas de acidentes e violência. Os resultados apresentam fortes discrepâncias. A maior nota (9,0), obtida no município de Jaboatão e Garanhuns, foi para a manutenção dos equipamentos de reabilitação, que por sua vez obteve a menor média, no município de Olinda (2,0). A menor média (5,0), obtida no Recife, foi para quantidade e continuidade e abastecimento de órteses, próteses e meio de locomoção e a maior foi para medicamentos (continuidade e abastecimento) (Tabela 14).

Tabela 14 - Notas médias para o atendimento, em reabilitação, às vítimas de acidentes e violências em municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009

Nota atendimento às vítimas de acidentes/violências	Paulista	Olinda	Camaragibe	Caruaru	Vitória	Jaboatão	Garanhuns	Recife
Órteses, próteses e meios de locomoção (variedade da oferta)	8	7,0	4,5	-	-	-	-	6,5
Órteses, próteses e meios de locomoção (qualidade do material)	8	7,0	5,5	-	-	-	-	7,5
Órteses, próteses e meios de locomoção (quantidade disponível)	5	5,0	4,5	-	-	-	-	5,0
Órteses, próteses e meios de locomoção (continuidade de abastecimento)	4	6,0	3,5	-	-	-	-	5,0
Medicamentos (variedade de oferta)	6	-	7,0	2,0	-	-	-	8,2
Medicamentos (continuidade de abastecimento)	6	-	7,0	2,0	-	-	-	8,6
Número de profissionais para o atendimento	5	9,0	7,0	6,0	6,8	8,0	8,0	7,4
Insumos básicos (variedade da oferta)	8	6,0	8,0	7,5	6,4	7,5	7,5	8,2
Insumos básicos (continuidade de abastecimento)	8	6,0	8,3	6,5	6,6	8,5	7,5	8,3
Equipamentos para apoio de reabilitação (variedade da oferta)	7	6,0	8,0	6,5	5,3	8,5	8,5	7,2
Equipamentos para apoio de reabilitação (manutenção)	4	2,0	7,0	5,5	4,3	9,0	9,0	7,2

Nos oito municípios estudados, 416 profissionais foram registrados como trabalhando nos serviços de reabilitação. Contudo, vale lembrar que alguns serviços funcionam em grandes centros de saúde ou em hospitais e os profissionais registrados, não são específicos para atendimento de reabilitação.

As categorias profissionais com maior representatividade nos serviços foram os Fisioterapeutas (35,1%), Assistentes Sociais (13%), Psicólogos (12,2%) e Fonoaudiólogos (10,8%). O Fisiatra é um profissional praticamente inexistente nos serviços do Estado de Pernambuco e os Farmacêuticos e Nutricionistas têm pequeníssima participação nas equipes. Destaca-se ainda a inexistência de Assistente Social nos serviços de Olinda e Caruaru, sendo considerado um profissional essencial mesmo para os serviços de primeiro nível (Tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos profissionais disponíveis para assistência nos serviços hospitalares, às vítimas de acidentes e violências, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009

Profissionais	Paulista n	Olinda N	Camaraçibe n	Caruaru n	Vitória n	Jaboatão n	Garanhuns n	Recife n	Total n	%
Médico Fisiatra	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0,9
Fisioterapeuta	2	8	5	13	5	17	9	87	146	35,1
Fonoaudiólogo	1	3	2	3	0	10	2	24	45	10,8
Assistente Social*	2	0	1	0	2	5	1	43	54	13,0
Psicólogo*	4	1	2	1	2	16	3	24	53	12,7
Terapeuta Ocupacional	1	0	2	0	0	5	0	18	26	6,2
Nutricionista*	0	0	0	1	2	0	1	33	37	8,9
Farmacêutico*	1	0	0	0	0	0	1	10	12	2,9
Responsável técnico	4	1	1	3	2	8	1	19	39	9,4
Total	15	13	13	21	13	61	18	262	416	100,0

*Nota: no caso dos hospitais, foram incluídos profissionais que trabalham em outros setores das unidades de saúde; porém, são profissionais alcançáveis para os usuários dos serviços de reabilitação.

4.2 Estimativa do grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física, em Pernambuco, quanto aos aspectos da organização e estrutura

Como já mencionado, a dimensão “atenção à saúde” foi analisada em separado das outras duas dimensões, tendo em vista o fato de ser composta por vários municípios e vários serviços. Assim, foi verificada a implantação dos serviços de reabilitação em cada município e, posteriormente, foi feita uma síntese dos indicadores da dimensão para obter a respectiva pontuação.

De forma geral, os municípios apresentaram um desempenho semelhante quanto à estrutura e organização da rede de atenção à reabilitação. Contudo, houve uma discrepância nas pontuações, entre os municípios do Recife (19,6 pontos) e Paulista (33,6 pontos), em torno de 14 pontos. Esse resultado repercutiu na pontuação obtida para a dimensão “atenção à saúde”, uma vez que o Recife, com 12 serviços estudados, teve forte influência na média final (Quadro 8).

O município de Paulista obteve os melhores resultados, com 33,6 pontos. No entanto, ainda está distante da pontuação máxima (50 pontos) para essa dimensão. Faz-se importante registrar que cada um dos municípios participou com apenas um serviço e, no caso de Paulista, o serviço analisado pertence à rede estadual de saúde.

Entre os indicadores relacionados à estrutura, o mais deficitário foi “proporção de unidades que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências”: apenas um município foi considerado adequado e recebeu a pontuação correspondente, Paulista.

Quanto à dimensão atenção à saúde, na pontuação relativa a processo apenas um dos indicadores não foi considerado adequado (proporção de unidades que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes e violências sistematicamente), na maioria dos municípios. Apenas o município de Jabotão dos Guararapes, em dois dos seus cinco serviços, realiza essa atividade.

Por sua vez, os indicadores considerados adequados em todos os municípios foram: proporção de unidades que dispõem de dois turnos de funcionamento e proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes.

Os indicadores de processo e estrutura não foram aplicados quando as unidades de saúde não possuíam a sua classificação, considerando a pontuação para a variável Não se aplica (NSA). A equipe mínima para funcionamento dos serviços foi analisada, tomando como base a classificação do serviço. Conforme os parâmetros considerados para esses indicadores, a equipe tinha que estar 100% completa para ser considerada adequada; com isso alguns serviços e municípios foram considerados Inadequados, muitas vezes pela ausência de um profissional médico ou assistente social na equipe (Quadro 8).

Indicador de estrutura	Camaraigibe	Caruaru	Garanhuns	Jaboatão	Olinda	Paulista	Recife	Vitória
Proporção de serviços de nível primário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento.	NSA 2,8	NSA 2,8	0	0	0	NSA 2,8	0	2,8
Proporção de serviços de nível intermediário que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	2,8	0	NSA 2,8	0	NSA 2,8	NSA 2,8	0	0
Proporção de serviços de referência que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento	2,8	0	NSA 2,8	NSA 2,8	NSA 2,8	2,8	0	NSA 2,8
Proporção de serviços que possuem recursos tecnológicos adequados para o atendimento em reabilitação às vítimas de acidentes e violências	0	0	0	0	0	2,8	0	0
Proporção de serviços com pessoal capacitado para registro e sistematização da informação	0	2,8	0	2,8	2,8	0	0	0
Proporção de serviços adaptadas segundo as normas da ABNT 9050/04, para acessibilidade	0	0	0	0	0	2,8	2,8	0
Proporção de serviços que dispõem de dois turnos de funcionamento	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Indicador de processo								
Proporção de serviços que realizam atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional	0	0	0	0	2,8	2,8	0	0
Proporção de serviços que oferecem preparação para alta, suporte para convívio social e familiar, informação sobre direitos das pessoas portadoras de deficiência	2,8	2,8	2,8	2,8	0	0	2,8	2,8
Proporção de serviços que realizam registro do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violência	2,8	2,8	2,8	2,8	0	0	0	2,8
Proporção de serviços que fazem análise sistemática dos registros do atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências	0	0	0	2,8	0	0	0	0
Proporção de serviços que realizam alguma ação de prevenção aos acidentes e violências	0	0	0	0	0	0	0	0
Proporção de serviços que registram o atendimento segundo a causa de agravo/lesão usando CID10 e/ou CIF	2,8	2,8	2,8	0	0	2,8	2,8	2,8
Proporção de serviços intermediários que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	2,8	2,8	NSA 2,8	0	NSA 2,8	NSA 2,8	2,8	0
Proporção de serviços de referência que realizam as principais atividades propostas para seu nível de complexidade	NSA 2,8	0	NSA 2,8	NSA 2,8	NSA 2,8	2,8	0	NSA 2,8
Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para transferência e transporte de pacientes	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Proporção de serviços que possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica	0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Pontuação total	28	25,2	28	25,2	25,2	33,6	19,6	25,2
Média Ponderada/100	28*3,7	25,2*11,1	28*7,4	25,2*12,5	25,2*3,7	33,6*3,7	19,6*44,4	25,2*7,4
	103,6	279,7	207,2	315	93,2	124,3	870,2	186,4
Resultado final	21,7 pontos							

Quadro 8 – Rede Estadual de Reabilitação Física, segundo a atenção à saúde, em municípios com mais de 100 mil habitantes em Pernambuco, 2009

Fonte: autora do trabalho

A dimensão gestão obteve uma pontuação total de 21,7 pontos, tomando como base uma pontuação máxima de 40 pontos. Dos 11 indicadores, apenas sete foram considerados adequados (Quadro 9).

Os inadequados corresponderam ao número de serviços em cada nível de complexidade; número de visitas anuais para avaliação e vistoria dos serviços habilitados para oferecer serviços de reabilitação física; existência de mecanismos de regulação e integração da rede em nível estadual; proporção de municípios com clara definição das suas atribuições considerando o nível de complexidade; realização da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção seguindo orientações do manual operativo; proporção de serviços que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensam órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (Quadro 9).

A dimensão controle social foi a que obteve melhor resultado, quase todos os indicadores foram considerados Adequados, exceto a participação em estudos e pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida do deficiente. O Conade não registra nenhuma participação em pesquisas e estudos com tais objetivos, anteriormente à nossa investigação.

Dimensões	Abordagem	Indicadores	Pernambuco		
Gestão	Estrutura	Nº de serviços em cada nível de complexidade	0		
		Nº de leitos exclusivos para reabilitação	3,1		
		Existência da comissão técnica nos serviços habilitados para oferecer serviço de reabilitação física para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3,1		
		Existência do manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	3,1		
	Processos	Proporção de municípios que referem articulação entre seus serviços e intersetorial nas ações para vítimas de acidentes e violência	3,1		
		Nº de visitas anuais para avaliação e vistoria dos serviços habilitados para oferecer serviços de reabilitação física	0		
		Existência de mecanismos de regulação e integração da rede em nível estadual	0		
		Proporção de municípios com clara definição das suas atribuições considerando o nível de complexidade	0		
		Proporção de serviços habilitados para oferecer reabilitação física que elaboram relatório de avaliação, acompanhamento e alta	3,1		
		Realização, por parte da comissão técnica, de atividades de apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nos serviços habilitados	3,1		
		Realização da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção seguindo orientações do manual operativo	0		
		Proporção de serviços que avaliam, prescrevem, treinam, acompanham e dispensa órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	0		
		Existência de, pelo menos, dois mecanismos, por parte da gestão estadual: acompanhamento, supervisão e avaliação	3,1		
		Total de pontos			21,7
		Controle Social	Formulação de diretrizes, planos, programas e políticas sobre a saúde da pessoa com deficiência física	1,4	
Ações de planejamento e avaliação da atenção à saúde da pessoa com deficiência física	1,4				
Divulgação de leis e normas pertinentes aos direitos da pessoa com deficiência	1,4				
Participação em estudos e pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida do deficiente	0				
Participação em denúncias sobre violação dos direitos da pessoa com deficiência	1,4				
Convocação no período regular da Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência	1,4				
Participação na realização de campanhas visando à promoção de direitos e prevenção das deficiências	1,4				
Total de pontos			8,4		

Quadro 9 – Rede Estadual de Reabilitação Física, segundo gestão e controle social, em municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco, 2009

Fonte: autora do trabalho

Ao final da análise das dimensões, considerando a pontuação gerada em cada uma delas, foi obtida uma pontuação final que indica a situação do Estado de Pernambuco quanto ao grau de implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física. Diante dos pontos de corte estabelecidos é possível localizar a implantação da rede de reabilitação física em Pernambuco como uma **“IMPLANTAÇÃO INTERMEDIÁRIA”** com **51,8 pontos**.

Dimensão	Pontuação obtida
Gestão	21,7
Atenção à Saúde	21,7
Controle Social	8,4
Total	51,8

A Implantação intermediária aponta para o significado de média, entre dois outros patamares.

4.3 Análise do conteúdo das entrevistas

Os recortes das entrevistas serão apresentados seguindo a descrição temática já mencionada.

Quando os coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência foram indagados sobre a organização dos serviços de reabilitação física e a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física, trouxeram mais questões relacionadas aos serviços do que à estruturação da Rede propriamente dita. De forma geral, acham que os serviços estão organizados, porém, apontam alguns problemas, os mais frequentes relacionados à falta de recursos humanos e equipamentos.

Algumas respostas foram muito vagas, sem necessariamente responder a questão solicitada, como, por exemplo, o COM1. Outro entrevistado usa o termo bom no diminutivo “bonzinho”, o que levanta logo a dúvida quanto à veracidade do adjetivo empregado (COM4).

Foi comum a referência aos Núcleos de Saúde da Família, nessa parte e em outros momentos da entrevista, como uma novidade que tem apoiado e até desafogado os serviços de reabilitação (COM2 e COM3).

A Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência parece ter uma visão mais abrangente do sistema de saúde, foi a única a mencionar a relação com os municípios na estruturação da rede. Destaca a dificuldade em conseguir a contrapartida do município, a busca por financiamento junto ao Ministério da Saúde, a nova habilitação de um serviço de reabilitação física para o Estado, no caso o serviço do Imip e a construção da oficina de órtese e prótese na Mesorregião Região Agreste (COE).

As colocações mais críticas partiram justamente do controle social ou da representação dos usuários, que usam a terminologia “péssima” para descrever a rede estadual de reabilitação física e ainda enaltecem o serviço da AACD, em detrimento dos serviços públicos.

Recortes dos depoimentos sobre a organização dos serviços e implantação da Rede de Reabilitação Física:

“Bom..ééé...nós temos uma estrutura né! Né, na nossa rede e distritos, nós temos distrito que peca em alguns em atendimentos em alguns, mas, onde por exemplo o distrito 6 que a gente tem apenas um centro com referência de fono né? Mais o distrito 1 quando você coloca junto a rede municipal de reabilitação, seja própria ou seja complementar, ela é extremamente é é...satisfatória cobre muito bem o distrito e outros distritos também são usuários e outros distritos são atendidos no distrito sanitário 1 então a gente tem esse déficit no distrito 6 mas todos os distritos têm

referência na área de reabilitação, houve como eu já disse, teve um acréscimo profissionais né? No concurso feito em 2003 né. E a partir de 2004 foram chamando éé..em torno de 20 (25?) terapeutas né, por que eu não queria falar antes da terapia ocupacional por que todos esses profissionais foram locados diretamente na saúde mental eee..em..too...torno de 12 consideram fonoaudiólogo de assistencial” (Informação verbal)⁶.

“A rede é própria, hoje a gente tem uma estrutura de um serviço de média complexidade em reabilitação, a demanda ainda é maior que a oferta dos serviços, mas evoluímos bastante nos dois últimos anos, quando aumentamos não só a rede de média complexidade, mas atenção básica iniciou com os núcleos de apoio à saúde da família, onde inclui a fisioterapia, a psicologia, fonoaudiologia e inclui a reabilitação como um todo, então eu considero ela boa, pela estrutura do serviço de reabilitação que a gente tem, referente à aparelhagem, agora ainda precisamos melhorar os recursos humanos, em especial a fisioterapia, fisioterapia e fonoaudiologia, são as nossas maiores deficiências hoje, mas eu ainda a considero boa, tomando como referência a rede estadual, eu considero boa” (Informação verbal)⁷.

“A rede no município é própria e os principais problemas dizem respeito à estrutura física, que a nossa é bem deficiente ainda, apesar de mesmo com essa deficiência a gente conseguir atender um número grande de pacientes, mas a estrutura é deficiente, só há um centro de reabilitação, que conta com o apoio dos Nasfs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), que tem conseguido atender de alguma forma descentralizada nos bairros mais necessitados” (Informação verbal)⁸.

“Eu acho que é bonzinho, poderia ser melhor com mais profissionais porque a demanda é grande e a gente não dá conta, assim, eu dou prioridade como coordenadora, aos acidentados, pós fratura, pós cirúrgico, porque quanto mais cedo a gente começa a reabilitação, diminui o tempo de tratamento e o resultado é melhor.

⁶ Depoimento do Coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Município 1 - COM1

⁷ Depoimento do Coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Município 2 – COM2

⁸ Depoimento do Coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Município 3 – COM3

Então, assim, a demanda é grande porque não só é acidentado, o município atende todo tipo de reabilitação, neurológica, traumatológica, trauma ortopedia, então assim, eu acho que tinha que ter mais profissionais, mas dos interiores, aqui é bonzinho. Aqui tem quatro serviços, apesar de serem particulares, atendem pelo SUS e dá pra dividir, agora eu acho que falta profissional em quantidade e qualidade” (Informação verbal)⁹.

“Os problemas que a gente identifica na implantação da rede no que diz respeito as parcerias com os municípios: aí tem a questão do tempo que os municípios têm e disponibilizam também pra se adequar, a adequação física, a contratação de recursos humanos, ta entendendo? Pra receberem esses equipamentos, né! O que ainda não está estruturado está preste a, né! A gente é é! Teve todo um trabalho mesmo de tentar conseguir recursos do Tesouro. Porque também tem isso, né! A gente tem o recurso do convênio com o Ministério, que é um recurso pra equipar e o Tesouro Estadual também entra nesse caso para adequação física e recursos humanos, né! E a gente tem tentado cada vez mais ampliar isso aí. Como é o caso do que a gente ta fazendo agora que é no Hospital Regional do Agreste implantar oficina ortopédica na rede estadual. A gente conseguiu recurso do convênio com o Ministério pra equipar a oficina ortopédica e o Estado já tá caminhando com as obras dentro do Estado de Pernambuco e.... e.... a contratação de recursos humanos pra essa oficina trabalhar junto com o núcleo de reabilitação dessa unidade hospitalar, né! E aí pra se tornar de alta complexidade também e descentralizar essa questão... que uma das coisas que também tem na alta complexidade e na média complexidade , na reabilitação física é a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, né! E a gente estava com todos esses serviços. A gente tá ainda com os concessionares ainda no âmbito da Região Metropolitana do Recife. Então todo o usuário do Estado ele tem que vir pra cá para poder fazer... Então a gente implantando essa oficina no Regional do Agreste já começa a descentralizar esses serviços. A gente também tá com uma nova... é porque não tá constatado ainda dos nossos... é porque o Imip ele também foi habilitado como núcleo de reabilitação de alta complexidade, né! Pela rede

⁹ Depoimento do Coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Município 4 – COM4

estadual. Então hoje nós temos mais o Imip com um serviço bem completo também” (Informação verbal)¹⁰.

“É para ser bem honesto né? A rede do Estado de Pernambuco ela é péssima, pelo pouco que eu conheço é de uma péssima qualidade. A única coisa que nós temos aqui de reabilitação é a AACD, mas a rede pública não vale nada.... a rede é muito pequena, em Recife temos alguma coisa, mas quando vai para o interior raramente a gente vê alguma coisa (Informação verbal)¹¹”.

No momento em que a abordagem versou sobre a assistência para vítimas de acidentes e violência às respostas foram vagas, inespecíficas, e alguns entrevistados não responderam. É possível inferir que não existe um olhar com foco nessas vítimas, nem estrutura ou preparação profissional voltada para esse público. Apesar da COM2 mencionar que o município “tem um perfil forte em relação aos acidentes e violências” e mencionar uma capacitação do pessoal da saúde, não fica esclarecido por que tem um perfil forte, nem que tipo de capacitação está sendo feita.

A Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência também assume que especificar o que acontece na assistência para vítimas de acidentes e violência não é fácil. Porém, relata que em uma investigação sobre o grau de satisfação quanto às órteses e próteses recebidas, de maneira empírica verificou a alta incidência dos acidentados, especificamente de moto, entre os usuários desses recursos (COE).

Recortes dos depoimentos sobre a assistência às vítimas de acidentes e violência:

“Não, veja bem essa questão sobre fluxo específico ééé..o que nós fizemos na gestão...e eu não tenho...certeza...acredito que foi em 2007, nós definimos com todos os distritos sanitários. Então o fluxo, ééé..encami...como é que faz? Cada distrito sanitário tem uma cota de...tem uma cota por distrito para encaminhamento para a

¹⁰ Depoimento do Coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado – COE

¹¹ Depoimento do Presidente do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência – CONED

rede caso o distrito não tem essa cobertura toda ...a gente ...foi discutido nesse fluxo que fosse dividido em outras unidades, como eu já falei antes, o distrito sanitário 1 ele cobre todos os distritos sanitários porque tem uma estrutura muito maior e melhor de todo município, e então foi isso nessa composição de que alguns distritos que tenham muito déficit foram cobertos pelo distrito 1” (COM1) .

“Eu acho que temos um perfil forte em relação a acidentes e violência no município, temos alguns bairros estratégicos, eu tive a oportunidade de melhorar essa leitura referente a essa política, eu estou fazendo um curso pela Fiocruz, curso de aperfeiçoamento em violência em saúde, e no segundo capítulo a gente fala sobre a política, eu acho que o município tem que se preparar melhor em relação a isso, nós temos um quadro, um perfil, agora mesmo, temos algumas evoluções, porque agora mesmo está tendo uma capacitação de redução referente a questão de acidentes e violência, é redução de danos, que a gente tem um convênio, aquele convênio com o Detran, onde a gente tá capacitando toda rede de saúde, esse convênio transporte e saúde” (COM2).

“Como eu disse a você, especificar pras vítimas de acidentes e violências é uma coisa muito difícil pra gente, porque a coordenação de atenção à saúde da pessoa com deficiência e eu acho que isso inclui... eu não sei se acontece nacionalmente, mas no Estado de Pernambuco, também não, a gente não tem um sistema de notificação, entendeu?! Específico para a coordenação fazer essa avaliação e saber se aquela pessoa que tá sendo atendida ela é vítima de um acidente ou de outra coisa... Então a gente pra estabelecer isso é muito complicado; tá entendendo? A gente sabe porque vê os registros mesmos da quantidade de pessoas... eles estão acontecendo...e muitos estão sendo encaminhados para... né! A gente no ano de 2008 e no começo do ano de 2009 a gente fez algumas visitas aos usuários aos quais foram concedidos, né! A gente fez umas visitas pra avaliar, justamente, o grau de satisfação, né! A respeito do aparelho, do equipamento que ele recebeu, se ele foi bem atendido. Então a gente começou a fazer... a gente fazia de forma aleatória. Fez uma amostragem no estado, né! Fez algumas e a gente tirou daí um resultado que a gente pôde ver, né! Se os

serviços eles estavam concedendo de uma maneira adequada, se essas pessoas estavam sendo bem orientadas quando recebiam, então! E nessas visitas a gente pôde constatar que algum desses foi vítima de acidentes e violências. Algumas vezes muita... muitas vezes eu diria acidente de moto, por exemplo, que tem crescido muito. Mas tem muito acidente de moto, acidente com arma, mesmo não sendo a tentativa de, de... mas assim acidente, acidente mesmo. Então assim, né! A gente viu uma incidência grande. Mas como a gente não estava avaliando nesse momento a causa... a gente estava avaliando o grau de satisfação” (COE).

Na abordagem sobre o funcionamento dos serviços de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção houve consenso quanto à referência ser estadual e no município do Recife, estando o restante do Estado sem cobertura para tal serviço. Muito embora a coordenadora estadual tenha mencionado a construção da oficina para fabricação de órtese e prótese junto ao Hospital Regional do Agreste, o que favorecerá a descentralização.

A coordenação estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência reconhece as limitações nos programas de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, apontando como principal fator a dependência dos trâmites burocráticos das licitações, faz uso do termo no diminutivo “empancadinho”, para caracterizar o processo de dispensação no Estado (COE).

O coordenador de um dos serviços de dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção chama a atenção para a necessidade de se conceder não só o equipamento ou instrumento, mas, sim, todo o processo que envolve a reabilitação, preparação do paciente, treinamento, avaliação e reavaliação, atuação da fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional (CDI2).

Outra coordenadora chama a atenção para os valores pagos pelo SUS, dando a entender que os equipamentos não têm a devida qualidade (CDI1). Um dos

coordenadores municipais chega a mencionar que em algumas situações o município paga para adquirir as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, porque o SUS não tem (COM4).

Recortes dos depoimentos sobre a Dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares para locomoção:

“Quando se refere à órtese e prótese a referência é estadual, em toda rede a referência é estadual, então, com essa nova gestão, eu acho que essa última gestão deu uma melhorada, mas ainda precisa evoluir bastante porque ainda tem muitos processos emperrados, tivemos um aumento na rede estadual, descentralizando os serviços para o Agreste e Sertão, mas ainda existe um grande fluxo aqui na Região Metropolitana, de lá para cá ainda, isso dificulta muito a concessão, ela acontece mas em passos muito lentos” (COM2).

“A oferta de órteses e próteses realmente não há no município especificamente, a gente pega no município vizinho, através do convênio com o Estado ou com o Recife mesmo” (COM3).

“Não temos, porque quem faz essa parte normalmente é o terapeuta ocupacional e como a gente não tem, não tem e quando o médico precisa encaminha para Recife, normalmente é pago, só tem a AACD que fornece pelo SUS, a gente tem que esperar, porque tem que ser avaliado por lá e aí depois esperar pelo SUS, então assim, não existe esse tipo de atendimento no município, da fabricação e oferecimento de órteses e próteses, não existe, que é importante e necessário” (COM4).

“A oferta é contínua, né! É contínua sim. Na rede do Estado houve um momento... porque como os estado ele pra adquirir ele tem que fazer licitação, né! Então tem todo um trâmite burocrático aí de licitação que às vezes entrava um pouco e fica um período aquela unidade concessora sem poder é! É! Conceder, porque ainda não terminou o processo de licitação e ainda não se sabe quem são os fornecedores que ganharam o processo pra poder reiniciar isso, né! A gente passou um tempo com o

Getúlio Vargas num processo meio empancadinho, mas, depois a gente conseguiu né! é agilizar e deslanchar e hoje eles tão trabalhando até com uma situação que é mais interessante, que tem mais de um fornecedor pra poder a coisa ser mais ágil mesmo...”. (COE).

“O hospital é referência estadual, não é? Também a dispensação hoje está aqui no Getúlio Vargas, no Imip e na AACD. Aqui no programa é assim: o médico que acompanha o paciente, ele solicita o equipamento, ou seja, a muleta, a cadeira de rodas, próteses pra o paciente, e aqui eles vêm e a gente procura saber se, se é prótese ou amputação, se ele já fez, se já está reabilitado pra poder usar a prótese, né? Senão, o médico faz o processo da solicitação, mas esse paciente é encaminhado pra fisioterapia, pra reabilitação, pra quando terminar, quando o médico lá disser que ele já pode, está apto, ele volta pra gente. Agora qualquer pessoa tem acesso, independente, de vida econômica, de qualquer coisa. O médico prescreveu, é. Aí só a documentação básica é que ele precisa trazer, é: identidade, CPF, cartão do SUS. É um serviço assim que é um direito do paciente né? Que é garantido na constituição, mas ainda existe muita preocupação com recursos, são poucos os recursos. É assim, o que a gente oferece a gente tem certa limitação de equipamentos, porque a gente só pode trabalhar com a tabela do SUS, né? O que o SUS paga e tem alguns equipamentos que não entram nessa tabela, e a questão mesma do próprio limite do valor que vem, porque hoje com esses acidentes, a gente tá recebendo muitos pacientes, muito mesmo, assim, a solicitação por muletas, por próteses, por cadeiras de rodas tem aumentado muito e o recurso não aumenta” (Informação verbal)¹².

“Em relação à utilização de órteses e próteses, nós temos dois trabalhos, um direcionado aos nossos pacientes, são aqueles pacientes que são inscritos na instituição, pacientes que tá tendo um atendimento em terapias, consultas médicas, é nossos pacientes em educação. Então esse paciente nessas consultas, nessas terapias os próprios terapeutas, nossos próprios médicos prescrevem nossas órteses

¹² Depoimento do Coordenador do Serviço 1 de Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - CDI1

nossas próteses nesses atendimentos dependendo do caso tá, mas também temos na ortopedia tá..também aqui na ortopedia um fisiatra..2 fisiatras tá, uma terapeuta ocupacional que faz o trabalho para todo esse publico tá, como só trabalhamos com crianças de 0 a 16 anos e ambos amputados então um paciente com sequela de poli ou uma sequela de paralisia, um acidente ou alguma outra coisa pode nos procurar com algum laudo de algum profissional da rede publica tá, nós procurando o médico da rede pública solicitando uma cadeira, um meio de auxiliar, uma prótese com laudo médico, esse paciente pode ser reavaliado pelo nosso médico que é para avaliar, e ver se realmente condiz se precisa dessa órtese, dessa prótese, caso sim ele prescreve novamente o que foi prescrito pelo outro profissional e é feita a confecção na instituição. Então teremos esses dois caminhos tá, para o paciente conseguir essa órtese aqui na instituição. É... Nós não concedemos órteses e próteses, nós concedemos a reabilitação tá. Então o que se tem que mudar é esse foco. Órteses e próteses não é um objeto como um calçado, como uma calça, como uma roupa que você faz e entrega ao paciente. O paciente que pega uma prótese ele não pode pegar uma prótese e ele vai sair andando sabe. Ele precisa de um treinamento, ele precisa de uma reabilitação, ele precisa de um acompanhamento tanto psicológico, como implantar esse paciente novamente no trabalho. Todo esse trabalho nós desenvolvemos tá, encaminha paciente para um centro de treinamento, encaminha esse paciente para uma reabilitação, aquele que é não é da família dele, acompanha pela psicologia, a psicóloga trabalha, acompanha aí, então quer dizer, aqui não é só órteses e próteses, assim aqui seria a reabilitação que é importante para esse paciente conseguir se desenvolver” (Informação verbal)¹³.

Quando os coordenadores foram questionados acerca do conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, todos afirmaram conhecê-la. No entanto, em sua maioria as respostas foram muito breves, apenas um “sim”; outros trouxeram informações vagas “[...]já participei, há dois anos, de seminários” (COM1), ou argumentos gerais “vem se adaptando, está tentando enfrentar, está tentando

¹³ Depoimento do Coordenador do Serviço 2 de Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – CDI2

corrigir, aparar as arestas que tem que dificultem esse tipo de atendimento específico” (COM3).

A Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência menciona ter lido e fazer uso rotineiro desse material, inclusive, usou a política como referência para construção de uma proposta da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência. Parece haver o entendimento de que esta é uma política com bom detalhamento, respaldada por outras normatizações, como a portaria nº 818, o que, de certa forma, facilita a implantação (COE).

Também a coordenação de um dos serviços de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção ratifica a utilidade da política “quando você pega a política e entra a concessão de prótese ele tem toda uma sensibilidade um monte de coisa aqui pra comentar” (CDI1)

Recortes dos depoimentos sobre o conhecimento da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência:

“Aaa... a política nacional ela foi... apresentada ela foi... ééé... em 2002 ham... e a nível nacional... todos os estados... que eu saiba tem... todos têm essa política... os municípios agora... de uns quatro a cinco anos prá cá que os... as capitais estão fazendo... implementando essa política né! Eu particularmente já participei há dois anos atrás... anualmente nos últimos dois anos a gente participava de seminários de avaliação da política né... da pessoa com deficiência porque realmente é uma política que não tem... tem... é oito anos de imple.mentação no ministério... então assim muuuita coisa ainda pra entra... fazer” (COM1).

“Sim!” (COM2).

“Sim. Ele vem se adaptando, está tentando enfrentar, está tentando corrigir, aparar as arestas que tem que dificultem esse tipo de atendimento específico” (COM3).

“Eu faço parte do primeiro núcleo no hospital. É o primeiro núcleo de atendimento ao deficiente físico, então já é a segunda que eu faço, porque eu sou do núcleo. Teve há um mês a ORTOBOUTH... Fez de órteses, agora a gente fez com pacientes de hanseníase, que são sequelas que ficam. E isto, tentativas de melhorar em relação à capacitação, melhorar os núcleos em relação ao material humano, estrutura física e aparelhos, inclusive a gente escreveu o que estava bom e que precisava. É porque eu sou do Estado, e quem não é? Não tem essa oportunidade. E eu pessoalmente não sei se vou continuar, mas independente disso, vou colocar isso para os próximos, para que eles façam parcerias com o Estado, o núcleo de reabilitação é tão receptivo a isso, então eu acho que parceria sempre é bom, sempre é uma troca, sempre é lucro” (COM4).

“Olhe! A gente tem tido é claro a oportunidade de ler, inclusive quando eu falei pra você da nossa construção da política estadual, né! Óbvio que a gente tá pautado na política nacional. Então, até pra conseguir construir esse documento que vai ser tornar, eu tenho fé em Deus que vai ser tornar, a nossa política estadual de atenção à pessoa com deficiência, né! A gente teve conhecimento da política nacional. A gente sempre divulga, também, essa política nacional. Dificuldade pra implementar eu acho assim que a gente tem algumas dificuldades pra implantar quando as portarias não tão bem amarradas, quando a gente não tem a questão da legislação especificada, isso de uma forma geral, tá! A gente tem a 818 e a gente tem outras que dão suporte à 818. A gente teve em 2008 uma portaria que trouxe um subsídio maior pra atendimento da demanda reprimida em órteses, prótese e meios auxiliares de locomoção na parte ortopédica que foi pra o Brasil inteiro e Pernambuco também foi contemplado, então a gente teve o fomento de recurso pra melhorar também isso, né! Então eu acho que quando há esse, esse, essa amarração, a gente consegue caminhar também é, é, bem no nível estadual, bem melhor no nível estadual. Quando a gente tem algumas coisas que legalmente elas ainda não estão amarradas aí há uma dificuldade maior, né!” (COE).

“Já li. Conheço bem. A política é muito boa, agora... resta a gente colocar na prática, porque se a gente cumprir o que tem na política seria perfeito. Agora, infelizmente não é cumprido, infelizmente não é?” (CONED)

“A gente leu.. porque é assim...a gente cobra muito aqui das coisas, e assim é uma coisa que quando você pega a política e entra a concessão de prótese ele tem toda uma sensibilidade um monte de coisa aqui pra comentar” (CDI1).

Por outro lado, quando a questão abordada foi o conhecimento sobre a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, verificou-se maior distanciamento por parte dos coordenadores. Pelo menos três deles assumiram não conhecer ou ter lido o documento. Apesar disso, uma coordenadora municipal mencionou estar realizando um curso à distância sobre Acidentes e Violência¹⁴ e o coordenador estadual responde de forma positiva e enfática, usando uma hipérbole¹⁵ “Eu tive que... como é que vou vou dizer? DEVORAR a portaria 818” (COE).

Recortes dos depoimentos sobre o conhecimento da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e Portaria nº 818/01

“Não! eu...eu...num... veja bem a gente num...num... tem muita...muita...aproximação” (COM1).

“Sim, eu estou fazendo o curso de aperfeiçoamento de acidentes e violência (COM2).

Ler propriamente não, eu participei de alguns seminários, dois, que aconteceram aqui no município e tive acesso a alguns tópicos, porque não li totalmente” (COM3).

¹⁴ Curso de Aperfeiçoamento de Impactos da Violência na Saúde, à distância, oferecido pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, cujo objetivo é propiciar o desenvolvimento de competências conceituais, comunicativas, interpessoais, técnicas e políticas dos participantes em relação ao impacto da violência sobre a saúde.

¹⁵ Trata-se de exagerar uma ideia com finalidade enfática.

“Não” (COM4).

“Li. Eu tive que... como é que vou vou dizer? Devorar a portaria 818, porque toda nossa rede foi construída em cima da portaria 818” (COE).

“Não! essa portaria eu não conheço não!” (CONED).

“Tem..tem né? Tem a gente tem aqui!” (CDI1).

Existiu unanimidade, por parte dos coordenadores, quanto à ausência de capacitação para atuação na área de acidentes e violência. Destacamos a menção de que existe capacitação em outras áreas, porém, para acidentes e violência, não. As pesquisadoras e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, enquanto instituição de pesquisa e com forte potencial na geração de conhecimento, foram convocadas a proporcionar algum tipo de capacitação (COM2).

Existe menção a iniciativas individuais, “a capacitação ocorre quando o profissional busca por isso” (COM4). E se observa até certo rancor, ao mencionarem que, muitas vezes, a capacitação se transforma em um seminário em que irão informar mudanças, novidades ou fazer cobranças (CDI1).

A Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência inicialmente também afirmou não haver capacitação específica sobre acidentes e violência. Depois voltou atrás e relatou que na atenção básica está ocorrendo uma capacitação, iniciada na Região do Sertão, que será estendida para outras regiões e outros profissionais, porque inicialmente foram contemplados apenas os Agentes Comunitários de Saúde. A coordenação não apresenta maiores detalhes sobre a capacitação e ainda menciona a Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC¹⁶, tendo ficado a dúvida sobre de que trata realmente a capacitação.

¹⁶ A RBC é uma estratégia para ampliar e viabilizar a cobertura de atenção às pessoas com deficiência, a partir das necessidades identificadas pela comunidade (MAIOR, 1996).

Recortes dos depoimentos sobre capacitação na área de acidentes e violência:

“Não! Não houve especificamente não! foi feita capacitação de outras áreas, principalmente na questão de Hansen... mas na área de violência não foi feita nenhuma... nenhuma capacitação...” (COM1).

“Acidentes e violência especificamente não. Fica o convite a vocês envolvidos no processo, como uma contribuição de vocês a nos ajudar” (COM2).

“Não houve capacitação para esse atendimento, especificamente, não” (COM3).

“Não, cada um faz a sua capacitação, por exemplo, eu fiz uma especialização em traumatologia ortopedia, tem outra fisioterapeuta do município que fez também, agora isso aí não é capacitação promovida pelo município ou pelo Estado não, é particular, pessoal, mas não existe isso” (COM4).

“Especificamente para vítimas de acidentes e violências ... não. É! Na verdade a gente tá fazendo uma capacitação pra o atendimento na atenção primária. Por que? Porque a gente também não pode entender a rede se a gente não tá indo lá no início, na porta de entrada da saúde que é a atenção primária, né! Então, nós... é... fizemos... estamos fazendo uma capacitação, que tá começando também do Sertão ao litoral, né! Ao contrário do que vinha acontecendo... tudo começa aqui pra depois ser levado pra lá. Então a gente iniciou no Sertão a capacitação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de reabilitação dos municípios da oitava, nona e sexta Geres. Começamos por aí, né! E aí... é... porque só dessas Geres? Bom! Esse é um convênio que a gente tem com o Ministério da Saúde, né! Essa capacitação é em reabilitação baseada na comunidade, certo! A gente iniciou com os ... com as Geres que mostraram pra gente os piores indicadores de saúde. Então a gente... É aquela história da equidade na saúde, né! A gente ir contemplar quem precisa mais. Então a gente iniciou por isso; a gente já fez a primeira parte dessa capacitação, em reabilitação baseada na comunidade, com os agentes comunitários de saúde, que aconteceu em setembro e outubro do ano passado. E agora no começo desse ano a

gente vai capacitar os profissionais de reabilitação, os coordenadores de atenção primária desses municípios, de todos esses municípios dessas regionais de saúde, também, pra esse tipo de coisa. Agora na média e alta complexidade a gente ainda não tem as capacitações. E como agora, também, a Secretaria agora ela tá mudando também a forma de capacitação, né! A gente tá tendo agora a inserção de escola de saúde pública do Estado de uma maneira muito maior. E aí todas as nossas capacitações, dentro de políticas de saúde, elas vão ter que ser construídas junto com a escola de saúde pública; e isso aí vai ser um ganho maravilhoso. E a gente vai ter muito mais suporte, e a gente vai adquirindo "how" também, né, pra poder fazer isso de uma forma muito mais planejada” (COE).

“Não.. Não tem não..a gente às vezes tem um seminário quando eles lembram, vem, ligam pra gente e avisam, sabe! mas a gente não tem capacitação não. Capacitação no sentido de..ééé de informar uma mudança, alguma outra forma de procedimento (de cobrança!) que tinham enviado esse tipo de coisa não tem não! As coisas chegam de boca, aí dizem, vai ter que fazer assim, aí pronto mas...” (CDI1).

A parceria com outras secretarias para o enfrentamento dos acidentes e violência foi confirmada por todos os entrevistados. A Secretaria de Educação aparece como parceira em todos os depoimentos, seguida da Secretaria de Assistência Social, também recorrente em alguns depoimentos.

Sobre esse aspecto, destacamos que em algumas falas houve inclusive o registro de um exemplo que foi recorrente nas falas: a busca para inclusão e melhores condições de educação para crianças deficientes. Por sua vez, parecem exemplos distantes da questão abordada: parcerias para o enfrentamento dos acidentes e violência.

Para uma das coordenações, é possível identificar uma contradição. Inicialmente confirma as parcerias em alguns encontros promovidos pelo Estado, nos quais é possível conhecer pessoas e estabelecer parcerias. No entanto, no final da fala traz à tona um isolamento enquanto serviço, restrito a um hospital “cada um que faça o se... a gente aqui só trabalha com o hospital” (CDI1).

Recortes dos depoimentos sobre parceria com outras secretarias:

“Sim! sim! sem dúvida não acreditamos que seja política essa sem ter envolvimento com secretarias que são principalmente assistência social, educação, direitos humanos. São fundamentais pra trabalhar com essa política da pessoa com deficiência” (COM1).

“Sim, a assistência tem algumas ligações, não sei se tem nada fechado de convênios, a gente tem da parte da saúde, de geração de renda, que aí começou com a parceria com a educação, com obras, do fórum, todas as secretarias são convidadas para participar, do transporte, planejamento, controle urbano, saúde, educação, desenvolvimento social, assistência social, o pessoal está sendo convidado e está participando. A gente está trabalhando a questão da lei da acessibilidade, fazendo algumas adaptações, porque tem a lei federal e estadual, mas não existem penalidades para essas pessoas que não se adequem naquele prazo, àquelas determinadas medidas, então está sendo trabalhado isso também. Então assim, é uma parceria, tanto a saúde como a educação, todas as secretarias estão integradas nessa construção” (COM2).

“Há, sim, políticas sociais e educação, a gente tem tentado manter uma parceria para ver a questão das crianças que são portadoras de alguma deficiência, para tentar a inserção delas em escolas, tanto também nas políticas sociais, algumas diretorias específicas tentando fazer essa parceria para viabilizar a inserção do portador de deficiência” (COM3).

“Atualmente nesse município eu tenho isso, elas me chamam para a ação social, como eu as chamo para a parte de previdência, que como eu não entendo para ajudar aquela família, elas me chamam para avaliar um paciente que esteja acamado para orientar, para ver se o traz para o serviço ou se tem algum meio de orientar a família. Então existe isso nas secretarias internas, a gente não precisa da ajuda de outros municípios, a gente recebe dentro do município, de outras secretarias, inclusive, na

educação quando eu vejo que a criança precisa de condições diferentes daquela escola, eu procuro pra que ela não deixe de estar na escola, a família também às vezes fica acomodada, não querendo levar, eu insisto com a família. Então assim, eu procuro e existe dentro do município, não intermunicipal” (COM4).

“O tempo todo. Mais articulação a gente tem com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos através da Superintendência de Atenção aos Direitos da Pessoa com Deficiência que é a Sead, né! E na de Educação também né! A questão da educação especial. E aí dentro também existem programas governamentais... é do Governo Federal dos quais as secretarias fazem parte do comitê gestor. Como é, por exemplo: o Olhar Brasil, o Programa Saúde na Escola. Então a gente sempre tem que tá funcionando dessa maneira intersetorial pra poder assistir a esse segmento, né!” (COE).

“É é assim... a gente tem, a gente conhece os profissionais... a gente agora foi chamado pra um encontro... que iam ter uma parceria ai com o pessoal da educação... o DPC pra pessoas com deficiência... era o DPC ? não ! é um nome de um programa que eles tavam... vendo lá... mas a gente não tem assim por parte dááá... da coordenação não é cada um que faça o seu, entendeu, a gente só se reúne quando é assim, quando tem que repassar alguma coisa que como eles são também vinculado ao governo federal todo recurso tudo que vem tem que ser distribuído por igual tudo né..então a gente é chamado..mas não é essa preocupação não. Os municípios a gente não tem parceria, a gente tem contato porque a gente vai atrás do paciente, a gente liga pro serviço social pra ir procurar paciente, porque eles se perdem né, não tem telefone mas não tem nenhuma parceria com ninguém não. A gente aqui só trabalha com o hospital” (CDI1).

As sugestões trazidas pelos coordenadores foram de diversas ordens, a mais comum foi a ampliação da estrutura física e de recursos humanos, com referência aos profissionais das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional,

Nutrição, Serviço Social e Psicologia, e ênfase na importância do trabalho multiprofissional nestes serviços.

Com a questão da ampliação do número de profissionais, veio associada, em algumas falas, a referência à necessidade de capacitação para as questões específicas de acidentes e violência. Existe certa coerência nessa sugestão, pois anteriormente, quando o tema discutido foi a capacitação profissional, houve críticas à falta desta iniciativa.

A descentralização dos serviços foi sugestão de dois coordenadores, ratificando a concentração, principalmente dos serviços de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, no município do Recife.

Chama a atenção a reserva, ou a maneira cuidadosa com que dois coordenadores responderam a questão. Foram cautelosos, passando a ideia de que não existem sugestões a serem dadas, uma vez que tudo esta bem, são ações já planejadas e que estão sendo realizadas. “Eu não daria uma sugestão... Então, é a sugestão; e já é a sugestão que a gente tá aplicando” (COE), ou: “mas há toda uma previsão da chamada dos aprovados no concurso e a compra de materiais e equipamentos” (COM3).

Mais uma vez, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) reaparece, não como sugestão para sua ampliação, mas, como instrumento que tem mudado e apoiado os serviços de reabilitação. Dá a entender que esse seria um instrumento valioso para a melhoria dos serviços de reabilitação, podendo inclusive ser ampliado.

Além disso, aparecem outras sugestões, como: implantar novos serviços de reabilitação; melhor planejamento das questões de acessibilidade; melhorar o registro e a quantificação dos atendidos; melhorar a interação com o Estado e com os outros municípios; oferecer um trabalho mais contínuo.

Recortes dos depoimentos sobre as sugestões para melhoria na Rede de Reabilitação Física em Pernambuco:

“Não... eu acho que... que ...é que é...uma...uma demanda que inclusive é... não é só nosso mas... de... da população, que já passou inclusive em conferências mensais, é de a gente fazer... implementar... implementar um núcleo de reabilitação física...de reabilitação em geral no Distrito Sanitário seis realmente...é...é uma coisa que eu acho que hoje em dia seria uma demanda maior do que os outros... os outros distritos né? Atendendo muitos ou de menos... ou com... com... mais atendimento ou não? Mas há uma certa cobertura para os outros distritos, só o seis é que tem essa... essa..questão” (COM1).

“Acho que trabalhar e se planejar melhor no que se refere à acessibilidade, cumprimento das leis e da política e melhoria nos recursos humanos, direcionados principalmente a fisioterapia e a fonoaudiologia, capacitar e aumentar os recursos humanos, você dá uma melhorada e assim, existem algumas dificuldades, porque quando a gente fala de recursos humanos, não é só aumentar, porque aí você vai aumentar a estrutura física, aumentar aparelho, aumentar todo... ampliar realmente o serviço. Eu acho que se a gente conseguir, que é um projeto que já está dentro da nossa realidade, que é a cobertura Nasf 100%, a gente já consegue dar um grande suporte e no nosso projeto a reabilitação está sempre inserida dentro do Nasf” (COM2).

“Acho que em primeiro lugar a gente tem que ter estrutura física e estrutura material melhor, para poder quantificar, para poder traçar metas diretamente para esse tipo de usuário que vai chegar para a gente. Eu acho que o caminho é esse, melhorar a estrutura material, a física e tem essa questão de quantificar melhor para começar a absorver, a registrar e tratar melhor esses casos. Também, a gente tem o CRO, que é o único serviço no município a nível ambulatorial e ele consegue atender, principalmente depois da implantação dos Nasf, a gente realmente deu uma respirada, né? Porque havia uma demanda reprimida muito grande, essa demanda já está

menor, de junho para cá diminuiu consideravelmente, mas assim, a gente precisa ampliar, a gente precisa ampliar o número de profissionais que também é uma coisa que já está em andamento, porque foi feito o concurso público, agora em 2008 e até o próximo ano esse pessoal está sendo chamado. Há também a previsão da construção do centro de reabilitação que será uma estrutura física bem maior do que a que nós temos agora, com um acesso bem melhor, que será na PE-15, então a questão do fluxo de transporte bem mais próximo da avenida, então isso tudo eu acho que vai melhorar. Compra de equipamentos, a gente também já fez a solicitação, isso também só depende da mudança de endereço, a gente não tem mais onde encaixar, nem material, nem profissional, mas há toda uma previsão da chamada dos aprovados no concurso e a compra de materiais e equipamentos” (COM3).

“A mesma coisa, capacitar os profissionais, solicitar outros profissionais em fisioterapia para a cidade e inovar com a terapia ocupacional. Na verdade oferecer um tratamento multiprofissional, a gente precisa de psicólogo, de terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, que a gente trabalha com paciente obeso, que dificulta também a reabilitação, enfim, eu mando muito para a nutricionista, eu não trabalho só, eu trabalho com todos da área de saúde, do médico à assistente social. Então eu acho que precisava melhorar nesse sentido, mais profissionais e capacitação especializada e inclusive, interagir com o Estado e com outros municípios, tudo é lucro né?” (COM4).

“Olha! Eu não daria uma sugestão; eu acho que a gente tá trabalhando na melhora dos serviços. E eu acho que, assim, que o ponto principal é descentralizar os serviços pra atender todo o Estado de uma maneira bem mais acessível, né! E isso já é um trabalho que a gente vem fazendo. Então, é a sugestão; e já é a sugestão que a gente tá aplicando” (COE).

“Olhe eu acho que a gente tem que ter trabalho bem mais concreto aqui em Pernambuco, um exemplo que a gente cita é sempre a rede Sarah, a gente conhece e se espelha muito nela, né. Se eu disser assim, nós vamos implantar uma rede Sarah aqui, não sei se existe essa possibilidade, sabe...mas fortalecer a nossa rede, trabalhar, eu acho que talvez, é...criar essa finalidade para alguns hospitais, que os

hospitais têm sempre muitas tarefas, mas na hora H ou na hora da reabilitação não funciona, né? Eu acho que fazer centros especializados...seria uma boa. Porque eu acho que hoje em dia em Pernambuco nós temos cerca de 18 acidentados por dia e 90% desses acidentados ficam deficientes. Então, se a gente não tiver uma rede de reabilitação pra eles ...eles vão o que?” (CONED)

“Descentralizar ao máximo, fazer tipo regionais né... Agreste, Sertão, Mata, o máximo que puder” (CDI1).

“No Estado seria mais ou menos esse, seguindo não o modelo dessa instituição mas acho que também tem coisa que tem que ser evoluída, né? Tem uma referência, sim! Mas, tem coisas com certeza para serem aprimoradas ainda mais assim já é uma grande base tá! Tem mais essas concepções, entendeu? E também trabalhar muito isso, órteses e próteses têm que se entregar à reabilitação. Tem que buscar o paciente, não a entrega de uma prótese e sim a entrega da reabilitação do paciente fazendo que ele participe realmente, tenha sua vida normalmente ativa, né? Não adianta entregar só a prótese, ele também pegar essa prótese deixa em casa e não vai dar continuidade a todo o trabalho, né? Então o grande e importante seria isso, realmente reabilitar esse paciente, então solicitar a órtese e prótese que já é um grande avanço” (CDI2).

4.4 Análise dos fatores contextuais que podem influenciar a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física

A seguir, serão apresentadas as principais informações sobre os fatores contextuais, político e estrutural, relacionados à Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, que podem ter influenciado a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco.

4.4.1 Contexto Político da Coordenação Estadual

Suporte dado à implantação da intervenção

À coordenação mencionada várias ações ligadas diretamente à sua governabilidade, como:

- a) Projetos para obtenção de recursos junto ao Ministério da Saúde.
- b) Parcerias com outros serviços de saúde para ampliar a rede de reabilitação Física, a exemplo da parceria com o Hospital das Clínicas.
- c) Implantação da oficina de órteses e próteses no Hospital Regional do Agreste.
- d) Habilitação, junto ao Ministério da Saúde, de novos serviços de reabilitação, como, por exemplo, o serviço do Imip.
- e) Articulação com as instâncias de controle social (inclusive o coordenador é membro efetivo do Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência).
- f) Realização de eventos como o Fórum de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.
- g) Construção do Plano Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- h) Acompanhamento das unidades concessionárias de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, através dos relatórios trimestrais enviados pelos serviços.
- i) Acompanhamento dos usuários de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, através de contatos aleatórios, objetivando investigar o grau de satisfação.
- j) Capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde, inicialmente na Região do Sertão, sobre Reabilitação Baseada na Comunidade, em parceria com o Ministério da Saúde.
- k) Investimento em ações nos municípios mais carentes.

Controle na organização para operacionalizar a intervenção

A coordenadora estadual parece conhecer bem os principais documentos que orientam a organização dos serviços de reabilitação física, a portaria nº 818/01, a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a PNRMAV. O coordenador refere que usou muito a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, como norteadora, quando da construção de uma proposta de Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Ainda assim, a coordenação menciona, em seu relato, que tem participado dos encontros para revisão da portaria nº 818, junto ao Ministério da Saúde: “E eu já tive oportunidade de tá, inclusive, participando desse processo de revisão da portaria e a gente espera que o Ministério publique o mais rapidamente possível, né! Eu acho que ela é uma portaria que é muito importante, eu avalio de maneira muito positiva a existência dela e essa... e traz um detalhamento, um fluxo muito bem desenhado que facilita muito o trajeto dos estados atual”.

A coordenadora estadual tem um bom conhecimento sobre os indicadores da área de deficiência. Inclusive de forma inédita, o Estado de Pernambuco, com a participação dessa coordenação, fez um levantamento sobre o perfil das pessoas com deficiência no Estado, por gerência regional, tendo conhecimento das localidades com maior número de deficientes. Os resultados foram divulgados aqui no Estado e apresentados também em Brasília, um trabalho que foi elogiado e servirá de modelo para outros estados.

No relato, há o registro dessas informações: “olha só é... a gente tinha um problema em relação à informação no que diz respeito à epidemiologia da pessoa com deficiência no Estado de Pernambuco; a gente tinha! Porque a gente usava como fonte; toda nossa fonte de dados em relação à pessoa com deficiência era do Censo 2000. Então quando a gente chegou a gente viu a necessidade de realizar um levantamento epidemiológico da pessoa com deficiência, e a gente fez! Então, hoje a gente... em junho do ano passado, em junho de 2010, nós divulgamos já o perfil

epidemiológico da pessoa com deficiência no Estado. A gente fez por... amostragem, mas, tá muito bem representado. A gente contemplou todas as onze Geres da saúde do Estado de Pernambuco. A gente tem hoje dados que são mais interessantes pra gente observar a necessidade de cada regional e isso é uma coisa muito importante quando a gente vai levar as ações pra essa região. E a gente sabe agora especificamente qual a incidência maior, o tipo de deficiência, tá entendendo? Dentro das... que Geres elas são mais vulneráveis, né! Onde tem maior incidência de pessoa com deficiência, que tipo de deficiência, por tipo de deficiência, nas Geres hoje a gente tem isso mais amarradinho pra poder assistir, né!”

Além disso, a coordenação acompanha o quantitativo de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, tendo sido esse tema objeto de apresentação, por parte da coordenação, em reuniões do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência.

Afirma que tem participado de encontros para a construção do próximo Plano Estadual de Saúde. Além disso, em vários momentos da entrevista é possível identificar que as ações têm sido planejadas para serem desenvolvidas sob sua coordenação, conforme exemplos já apresentados no item a e também no depoimento: “A equipe da gente é uma equipe bem completinha, né! A gente passou por momentos em que estava meio desfalcada a equipe, né! Mas hoje nós temos fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, a gente tem fonoaudiólogo, a gente tem assistente social, a gente tem psicólogo, né! Têm que ter conhecimento técnico pra pensar” (COE).

Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados

Apesar de a coordenação relatar e apresentar dados do intenso trabalho que vem sendo realizado por sua coordenação, não há confirmação de que a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência seja uma prioridade dentro das ações da Secretaria de Saúde do Estado, que passa por uma grande reforma no que diz respeito à sua

organização interna, com mudanças na gestão e forte trabalho voltado para a regionalização.

Por outro lado, é possível vislumbrar um processo de ampliação e conquistas de espaço. A pessoa com deficiência contou com representação no Conselho Estadual de Saúde que construiu o Plano Estadual de Saúde 2005-2007, na categoria usuários, através da entidade Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes e Associação Pernambucana de Cegos. No plano, a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência foi contemplada com cinco metas, em contraste, por exemplo, com a Política de Saúde Mental, contemplada com dezoito metas (PERNAMBUCO, 2006).

No Plano Estadual de Saúde 2008-2011, com representação da Associação dos Deficientes Visuais do Agreste Meridional de Pernambuco e Associação de Pais e Amigos de Portadores da Síndrome de Down, a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência foi contemplada com 20 metas (PERNAMBUCO, 2009).

4.4.2 Contexto estrutural da coordenação estadual

Perfil do coordenador

A coordenadora da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência é Psicóloga, assumiu o cargo em 2009, não possui pós-graduação em saúde pública ou áreas afins. Antes de assumir a coordenação, compunha o corpo técnico desta mesma coordenação, desde 2007.

Atenção prestada a inovação

A coordenação tem tentado buscar novas ações para a área, a exemplo do trabalho que vem sendo feito com os municípios, principalmente aqueles com baixo IDH, uma pesquisa para traçar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência.

Em relação à atenção prestada à inovação, a coordenadora afirmou que tenta investir em sua formação e na formação dos técnicos, muito embora não tenham participado de capacitação na área de acidentes e violência.

Destaca as mudanças na Secretaria de Saúde quanto à capacitação: “E como agora, também, a Secretaria agora ela tá mudando também a forma de capacitação, né! A gente tá tendo agora a inserção de Escola de Saúde Pública do Estado de uma maneira muito maior. E aí todas as nossas capacitações, dentro de políticas de saúde, elas vão ter que ser construídas junto com a Escola de Saúde Pública; e isso aí vai ser um ganho maravilhoso. E a gente vai ter muito mais suporte, e a gente vai adquirindo "know-how" também, né, pra poder fazer isso de uma forma muito mais planejada”.

Orientação Cosmopolita ou local

Também demonstra boa articulação com outras políticas, outras secretarias e envolvimento com a sociedade civil e Ministério da Saúde e cita alguns programas que podem ser realizados em parceria: “Mais articulação a gente tem com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos através da Superintendência de Atenção aos Direitos da Pessoa com Deficiência, que é a Sead, né! E na de Educação também, né! A questão da educação especial. E aí dentro também existem programas governamentais... é do Governo Federal, dos quais as secretarias fazem parte do comitê gestor como, por exemplo, o Olhar Brasil, o Programa Saúde na Escola. Então, a gente sempre tem que tá funcionando dessa maneira intersetorial pra poder assistir a esse segmento, né!”.

Na tentativa de acrescentar informações quanto ao contexto político, analisamos as atas das reuniões ordinárias do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência (Coned/PE), identificando a frequência e o conteúdo abordado sobre a área de saúde, de 2008 a 2011.

Algumas questões trazidas pela coordenação estadual puderam ser também percebidas nos conteúdos das atas do Conselho de Direitos, como, por exemplo: a pesquisa sobre o perfil das pessoas com deficiência, a realização do Fórum sobre a Pessoa com Deficiência e o acompanhamento à dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (Quadro 10).

Data	Tema Saúde		Assunto
	Sim	Não	
27/03/08		X	
09/06/08		X	
14/07/08		X	
12/12/08		X	
13/09/09		X	
14/09/09	X		Informe e convite para participação da Coned no II Fórum de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.
14/12/09		X	
11/01/10		X	
08/02/10		X	
22/02/10		X	
08/03/10		X	
26/04/10		X	
14/06/10	X		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do Relatório de Gestão da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, ano 2009. - Apresentação do Plano de Ação da Coordenação de Atenção à Pessoa com Deficiência, ano 2010. - Questionamento sobre a qualidade e quantidade de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção dispensadas pelo Estado. - Representante do Estado informa que algumas medidas vêm sendo aplicadas objetivando resolver o problema.
12/07/10	X		Apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa sobre o Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência do Estado de Pernambuco.
09/08/10		X	

Quadro 10 – Resumo das atas de reunião do Coned em que foi abordado o tema saúde
(continua)

Data	Tema Saúde		Assunto
	Sim	Não	
13/09/10		X	
18/10/10		X	
08/11/10		X	
12/12/10		X	
15/12/10		X	
31/01/11	X		- Apresentação do projeto Pernambuco Conduz: caminhos para acessibilidade. Inicialmente objetiva locomover os deficientes até os serviços médicos e de reabilitação. - Discussão sobre a necessidade de intérpretes de Libras nos serviços de saúde para atender o deficiente auditivo.
14/02/11	X		Apresentação das ações desenvolvidas pela Coordenação da Reabilitação Física da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, em exercício há 8 meses.
25/04/11		X	
10/05/11		X	
18/07/11	X		Deliberação para cobrar explicação ao Hospital Getúlio Vargas diante da interrupção na dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
15/08/11	X		Representante da Coordenação Estadual da Política de Saúde para a Pessoa com Deficiência de Pernambuco traz esclarecimentos sobre: a organização da dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; a qualidade das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e a reorganização dos serviços de reabilitação.

Quadro 10 – Resumo das atas de reunião do Coned em que foi abordado o tema saúde
Fonte: Coned (2008, 2009, 2010, 2011).

(conclusão)

De forma geral, o contexto político e estrutural no entorno da Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência tem contribuído de forma favorável para a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física.

Dois aspectos podem, de alguma forma, prejudicar ou pelo menos não favorecer a coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados: a não apresentação de argumentos, por parte da Coordenação, para defender a prioridade da pessoa com deficiência nas ações da Secretaria de Saúde; o perfil profissional do Coordenador, pela falta de formação pós-graduada em área específica de gestão ou saúde pública (Quadro 11).

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS		CRITÉRIOS	JULGAMENTO
Contexto Político	Suporte dado à implantação da intervenção		Existência de ações dentro da governabilidade da coordenação que contribuam para a implantação das ações	A coordenação dá suporte à implantação Contexto favorável à implantação
	Controle na organização para operacionalizar a intervenção		Coordenador conhece os principais documentos que orientam a implantação da rede estadual de reabilitação física (portaria nº 818, Política Nacional da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências). Coordenador conhece indicadores da área de deficiência: - % de deficientes no Estado/Município - nº de doações de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - localidades com maior número de deficientes	A coordenação exerce controle na organização Contexto favorável à implantação
			Coordenador planeja as ações na área, reúne-se com equipe e participa da construção do Plano Estadual de Saúde	A coordenação exerce controle na organização Contexto favorável à implantação
	Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados		Coordenador considera que a pessoa com deficiência é uma prioridade no Estado/Município	Os motivos não são coerentes Contexto não favorável à implantação
Contexto Estrutural	Atributos do coordenador da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência	Perfil do coordenador	Coordenador tem formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós-graduação em planejamento e gestão	Perfil do coordenador não favorável Contexto não favorável à implantação
		Atenção prestada à inovação	Procura trazer novas ações para a área	Coordenador com perfil inovador Contexto favorável à implantação
		Orientação cosmopolita ou local	Busca parcerias com outras secretarias para desenvolver ações na área de reabilitação	Coordenador com orientação cosmopolita Contexto favorável à implantação

Quadro 11 – Análise resumida dos fatores politico-estruturais que poderão influenciar na implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco

Fonte: autora do trabalho

Da mesma forma, serão apresentadas as principais informações sobre os fatores contextuais, políticos e estruturais ligados às coordenações municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, que podem influenciar a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco.

4.4.3 Contexto Político das coordenações municipais

Suporte dado à implantação da intervenção

As coordenações municipais apontam algumas ações ligadas diretamente à sua governabilidade, como:

COM1 – Coordenação da Política da Pessoa com Deficiência do município 1

- a) Implantação de serviços de reabilitação, seguindo a lógica de, pelo menos, um serviço por distrito sanitário.
- b) Organização dos serviços e definição de fluxos por área profissional, e exemplifica com o caso da Fisioterapia.

COM2 – Coordenação da Política da Pessoa com Deficiência do município 2

- a) Mobilização para criação do Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência.
- b) Capacitação dos profissionais da saúde, em parceria com o Detran, com objetivo de redução dos acidentes e violência.

COM3 – Coordenação da Política da Pessoa com Deficiência do município 3

- a) Estruturação de um novo centro de reabilitação, com a compra de materiais.

COM4 - Coordenação da Política da Pessoa com Deficiência do município 4

- a) Mobilização em prol da contratação de profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Controle na organização para operacionalizar a intervenção

Os coordenadores dos municípios cuja estrutura incluía esta coordenação (apenas 4) quanto à Política de Saúde da Pessoa com Deficiência afirmam conhecer a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, porém não prolongam a conversa e não detalham em que situações ocorreu esse contato/conhecimento. Já a PNRMAV e a portaria nº

818/01 são menos conhecidas entre os coordenadores, apenas um refere o conhecimento.

Também nenhum coordenador municipal conhece os principais indicadores da área da deficiência, como, por exemplo, o número de deficientes no município, localidade com maior número de deficientes, número de deficientes atendidos nos serviços de saúde, número de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção dispensados.

A participação dos coordenadores municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na construção dos Planos Municipais de Saúde foi confirmada na fala do coordenador: “a gente tem que ter estrutura física e estrutura material melhor, para poder quantificar, para poder traçar metas diretamente para esse tipo de usuário que vai chegar para a gente. Inclusive isso, a meta, já está traçada no Plano Municipal de Saúde, a gente estava discutindo agora na reunião do conselho (CMS)...” (CM3).

Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados

Nenhum coordenador considera que a Pessoa com Deficiência é prioridade no município, o que pode ser resumido na fala de um deles: “apesar dos avanços...muita coisa melhorou, mas, infelizmente, ainda não é uma prioridade. Também tem muita coisa para arrumar no município...” (COM4).

4.4.4 Contexto estrutural das coordenações municipais

Perfil dos coordenadores

COM1 - O coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência é Fisioterapeuta e Sanitarista, tem pós-graduação em saúde pública e assumiu o cargo

em 2006, quando a coordenação passou a existir oficialmente. Mesmo antes de assumir a coordenação, respondia pela área na Secretaria de Saúde, desde 2001.

COM2 – A coordenadora da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência é Enfermeira, tem três pós-graduações: Especialização em Gestão de Sistemas de Saúde, pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM; Especialização em Planejamento em Saúde Urbana, pelo Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – Imip; Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, pela Ensp/Fiocruz. Assumiu o cargo em 2005 e permaneceu até 2009. No momento da entrevista, a coordenadora estava deixando o cargo.

COM3 – O coordenador da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência é Fisioterapeuta e não tem pós-graduação. Assumiu a coordenação em 2007, anteriormente tinha uma atuação na área clínica.

COM4 - A coordenadora da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência é Fisioterapeuta, com pós-graduação em Traumatologia-ortopedia. Assumiu a coordenação em 2008.

Atenção prestada à inovação

Não foi identificada, nas entrevistas, uma atenção voltada para inovação, conforme se pode verificar na lista com as principais ações desenvolvidas pelas coordenações, praticamente voltada para a estruturação e organização dos serviços, sem a apresentação/sugestão de inovações.

Orientação cosmopolita ou local

Quanto à orientação cosmopolita ou local, a busca por parcerias com outras secretarias parece ser uma constante preocupação das coordenações, as respostas a essa questão foram bastante enfáticas, sendo as parcerias mais comuns com as Secretarias de Educação e Assistência Social.

Diante das informações apresentadas, é possível verificar que o contexto político e estrutural nos quatro municípios investigados não favorece a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física (Quadro 12). Há indícios de que os municípios depositam ainda grande responsabilidade no nível estadual da gestão, quando o assunto é reabilitação e pessoa com deficiência.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS		CRITÉRIOS	JULGAMENTO COM1	JULGAMENTO COM2	JULGAMENTO COM3	JULGAMENTO COM4
Contexto Político	Suporte dado à implantação da intervenção		Existência de ações dentro da governabilidade da coordenação que contribuam para implantação das ações	Contexto favorável à implantação	Contexto favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação
	Controle na organização para operacionalizar a intervenção		Coordenador conhece os principais documentos que orientam a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física (portaria nº 818, Política Nacional da Pessoa com Deficiência, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências).	Contexto não favorável à implantação			
			Coordenador conhece indicadores da área de deficiência: - % de deficientes no Estado/Município - nº de doações de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - localidades com maior número de deficientes				
			Coordenador planeja as ações na área, reúne-se com a equipe e participa da construção do Plano Municipal de Saúde	Contexto não favorável à implantação			
Coerência entre os motivos subjacentes ao suporte à intervenção e os objetivos associados		Coordenador considera que a pessoa com deficiência é uma prioridade no estado/município	Contexto não favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação	
Contexto Estrutural	Atributos do coordenador da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência	Perfil do coordenador	Coordenador tem formação superior em saúde pública ou áreas afins; tem pós- graduação em planejamento e gestão	Contexto favorável à implantação	Contexto favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação	Contexto não favorável à implantação
		Atenção prestada à inovação	Procura trazer novas ações para a área	Contexto não favorável à implantação			
		Orientação cosmopolita ou local	Busca parcerias com outras secretarias, para desenvolver ações na área de reabilitação	Contexto favorável à implantação			

Quadro 12 – Análise resumida dos fatores político-estruturais das coordenações municipais da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência que poderão influenciar a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco

Fonte: autora do trabalho

5 DISCUSSÃO

Em Pernambuco, os municípios estudados mostra a heterogeneidade da distribuição dos serviços de reabilitação, que se concentram prioritariamente na Mesorregião Metropolitana do Recife (20), seguida da Mesorregião Agreste (5) e Mata (2). As regiões mais distantes da capital e com grandes áreas territoriais não dispõem de serviços de reabilitação física, em especial para a assistência às vítimas de acidentes e violência. A única cidade incluída, pelo seu porte populacional, para representar a Mesorregião do São Francisco foi Petrolina, que não indicou a existência de serviços voltados para essa assistência, e a Mesorregião do Sertão não possuía nenhum município com mais de 100 mil habitantes.

Do total de 27 serviços voltados ao atendimento das vítimas de acidentes e violência, aproximadamente 74% se encontram na Mesorregião Metropolitana do Recife. Os dois municípios com mais de 100 mil habitantes que foram inicialmente selecionados e não dispunham de serviços de reabilitação, abrigam uma população de 431.478 habitantes. Além disso, a população pernambucana conta hoje com quase 9 milhões de pessoas e os municípios estudados cobrem uma população de pouco mais de três milhões, ou seja, é possível prever que mais da metade da população do Estado pode estar desassistida quanto a esse tipo de atenção.

Além disso, o aumento da mortalidade por causas externas no Estado de Pernambuco, principalmente nas Mesorregiões distantes da capital, foi registrado por Lima et al. (2002) ao estudarem a evolução dos homicídios em Pernambuco, entre 1988 e 1998, os valores proporcionais passaram de 69,6% para 91,4% na capital; de 57,6% para 89,4% na região metropolitana; de 45,9% para 75,6% no interior. Considerando-se os anos inicial e final da série, foi observado um crescimento de 31,4% em Recife, de 55,2% na região metropolitana e de 64,6% no interior.

O aumento da mortalidade sugere também, o aumento da morbidade, e das consequências geradas pelos acidentes e violência. Assim, é pouco provável que as

peças, principalmente do interior do Estado, que precisam de assistência em reabilitação se deslocam para a capital ou para a Mesorregião Metropolitana do Recife, uma vez que a assistência em reabilitação tem características diferentes das demais áreas e requer, quase sempre, um cuidado em tempo integral e permanente, por longo período de tempo. Essa distribuição desigual, acrescida às possíveis dificuldades de locomoção, visuais, auditivas e de comunicação dos potenciais usuários, limitam ainda mais o uso desses serviços.

Notadamente esse cenário parece se reproduzir em outros estados. Pesquisa desenvolvida, em 2005, em cinco capitais brasileiras, objetivando uma análise diagnóstica dos serviços que assistem vítimas de acidentes e violências, já revelou a insuficiência de serviços de reabilitação, em todas as capitais estudadas (DESLANDES et al., 2006). No Estado do Rio de Janeiro, 73% dos atendimentos em reabilitação voltados à pessoa portadora de deficiência estão concentrados na Região Metropolitana I (CARDOSO, 2004), mostrando a desigualdade da oferta e acesso da população a um serviço indispensável para a consecução da integralidade na saúde.

Em consonância com essas informações está o relato da Coordenação da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (SILVA, 2006), que chama a atenção para a atual situação brasileira quanto à reabilitação, ao afirmar que “a maioria dos municípios brasileiros não tem adequado atendimento para reabilitação”.

Outra questão observada é a própria dificuldade para identificar e caracterizar os serviços de reabilitação física e classificá-los de acordo com o que preconiza a portaria nº 818/01. Apesar de o estudo ter incluído apenas os serviços indicados pelas secretarias de saúde dos municípios, existem muitas variáveis na organização destes serviços que dificultam sua caracterização, alguns funcionam instalados em grandes hospitais, policlínicas ou ambulatórios de especialidades.

Ainda assim, quase metade se autodenomina como serviço de referência. Contudo, além de não serem habilitados por portaria do Governo Federal, também não

contemplam critérios estabelecidos para se constituírem de fato em unidades de referência. Talvez incorporem essa classificação porque são poucos e únicos em determinadas regiões ou municípios e também devido ao desconhecimento dos coordenadores municipais sobre as exigências necessárias a esse porte e à falta de supervisão da coordenação estadual na organização da rede.

Os serviços de reabilitação física de nível intermediário e de referência precisam ser habilitados pelo Ministério da Saúde. Para isso, é necessário uma portaria, concedendo esta habilitação. Porém, mesmo os serviços habilitados não funcionam como a referência que devem ser, por falta da supervisão da coordenação estadual. Por exemplo, em um dos hospitais habilitados no Estado de Pernambuco, o setor de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção desconhece a informação de que é o único serviço no Estado que dispõe de leitos exclusivos para reabilitação.

Quase metade dos serviços (48%) que compõem a Rede de Reabilitação Física estão sob a gestão estadual (26%) ou pertencem à rede conveniada (22%). Os resultados de certa forma reforçam a ideia de que, no Brasil, durante um bom tempo as ações em reabilitação não eram de competência de nenhuma esfera governamental, à exceção de poucas instituições públicas, como os centros de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (BRASIL, 1995). Essa atenção surgiu com o caráter de atendimento elementar, desenvolvida em instituições filantrópicas, na maioria dos casos com uma postura apenas assistencialista (MAIOR, 1997).

Verificou-se que, de forma geral, os serviços atendem a todos os grupos populacionais, da criança ao idoso; as restrições foram registradas para o atendimento a crianças de 0 a 9 anos, em metade dos serviços do Recife e no único serviço de Olinda. Não é fácil entender essa situação, uma vez que não existe nenhuma especificidade nesse tipo de atendimento, que envolva a criança. Diferentemente, por exemplo, da reabilitação auditiva ou mesmo mental. Por outro lado, um dos serviços mais completos em reabilitação física só atende crianças; o atendimento a adultos é feito apenas em situação de amputação de membros.

Os serviços de reabilitação podem ser espaços privilegiados para investigação e conhecimento da violência. Como registraram Acioli et al. (2011), numa investigação voltada para os serviços de Fonoaudiologia, entre os profissionais estudados, 39 (43,8%) informaram ter atendido crianças ou adolescentes com quadros suspeitos ou confirmados de violência.

Entre as ações desenvolvidas pelos serviços de reabilitação física incluem-se os atendimentos em grupo, que não são realizados em dois municípios, Caruaru e Vitória de Santo Antão, e são oferecidos em apenas alguns serviços de Garanhuns e do Recife. O fato chama a atenção, uma vez que o atendimento em grupo é um importante recurso terapêutico para otimização dos espaços, equipamentos, recursos humanos e para trocas e construção coletiva. E ainda mais, como os atendimentos em reabilitação podem demandar longos períodos de tempo, os atendimentos em grupo podem constituir uma estratégia que possibilita a ampliação da cobertura.

Da mesma forma que são poucos os atendimentos em grupo, são escassos os atendimentos domiciliares, havendo o registro de dois serviços em Jaboatão e dois em Recife que realizam os atendimentos nesse formato. As duas modalidades de atendimento mencionadas podem representar a possibilidade de ampliação do acesso a atenção na área de reabilitação física. Mas, para que sejam realizadas com regularidade, é necessário que ocorram mudanças também na formação e na prática profissional.

Já na década de 90 a Opas ressaltava a necessidade de práticas na área de reabilitação, com inovações na modalidade de prestação de serviços. As instituições de reabilitação na América Latina fazem uso irracional de modalidades terapêuticas e diagnósticas, têm baixa capacidade resolutiva e têm sido incapazes de se adaptar às verdadeiras necessidades da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Como quase 26% dos serviços se autodenominaram como de nível primário, as ações voltadas para o atendimento em grupo e domiciliares deveriam ter sido mais

contempladas. A portaria n^o 818 (Anexo I) aponta que, entre as ações realizadas pelos serviços de Reabilitação Física, primeiro nível e nível intermediário, devem constar atividades de atendimento em grupo, como: atividades educativas em saúde, grupos de orientação, modalidades terapêuticas de reabilitação e atividades da vida diária, para ambos e visita domiciliar, para o primeiro.

Do mesmo modo, atendimentos de preparação para a alta e suporte para o convívio familiar não são realizados por boa parte dos serviços dos municípios pernambucanos. Fato que provoca uma reflexão sobre a qualidade dessa assistência, uma vez que essas ações deveriam ter cunho obrigatório em qualquer área e nível do cuidado. A assistência à família se configura como uma medida essencial para um atendimento completo e eficaz, que compreende ações de apoio psicossocial e orientações para realização das atividades da vida diária (BRASIL, 2006a).

De forma geral, os serviços se encontram bastante desequipados quanto aos recursos tecnológicos: dois municípios, Olinda e Camaragibe, não possuem nenhum dos cinco recursos tecnológicos preconizados: análise clínica e laboratorial, medicina nuclear, radiologia convencional, urodinâmica e ultrassonografia. Segundo a portaria nº 818/01 os serviços de referência obrigatoriamente devem dispor desses serviços de diagnóstico e suporte terapêutico. A situação menos grave é a do Recife, em que quase a metade dos serviços possui, pelo menos, três dos cinco recursos, e é o único município que dispõe de Medicina Nuclear, muito embora também não atenda ao que preconiza a portaria.

Outra questão que constitui uma lacuna identificada no estudo é o fato de muitos serviços não registrarem e notificarem o atendimento às pessoas em situação de violência, não terem pessoas capacitadas para realizar o registro e, conseqüentemente, não fazerem a análise dos registros, como recomendado na PNRMAV.

O problema da subnotificação de casos de violência intrafamiliar pelos profissionais de saúde deve-se ao despreparo dos profissionais para o enfrentamento do problema,

ocasionado pela pouca atenção dada pelas universidades ao ensino/treinamento desta especialidade, não contemplando o tema em sua grade curricular, e pela falta de capacitação e informação recebidas durante a prática profissional (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Lembramos que, devido à magnitude do problema das violências e acidentes no Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede Viva, objetivando diminuir o impacto das violências e acidentes no perfil de morbimortalidade da população e promover saúde e cultura de paz. Procurando atender ao que determina a legislação específica, foi estruturado em dois componentes¹⁷, para ambos, nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. A notificação é de caráter compulsório e contínuo. Assim, o registro das situações de violência não deve ser ignorado pelos serviços de saúde, inclusive os de reabilitação.

Dos 27 serviços, apenas dois, em Jabotão dos Guararapes realizam alguma ação de prevenção aos acidentes e violência. Parece haver uma visão estabelecida de que não são de responsabilidade dos serviços de saúde as ações de prevenção. Assim, é importante lembrar que uma das diretrizes da PNRMAV preconiza a adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, como responsabilidade de toda a sociedade.

Ainda assim, as campanhas de mobilização social buscam o envolvimento da população na identificação e prevenção da violência e dos acidentes em todos os segmentos sociais. Além da elaboração e divulgação de materiais educativos, deverão ser identificados outros mecanismos capazes de tornar acessíveis as informações sobre o problema da violência em redes de comunicação e movimentos sociais organizados. Paralelamente às campanhas, serão desenvolvidos processos de educação, com participação ativa dos grupos sociais (BRASIL, 2001a). Dessa forma o

¹⁷ Componentes: vigilância contínua (VIVA Contínuo) e vigilância sentinela por inquérito (VIVA Sentinela) (BRASIL, 2009b)

setor saúde deve chamar para si uma parte da responsabilidade na execução de ações de prevenção dos acidentes e violência.

Por sua vez, o uso da CID10 e da CIF é uma constante, mais da metade dos serviços fazem uso regular dessa classificação. Como o questionamento trouxe as duas classificações ao mesmo tempo, é provável que a afirmação quanto ao uso se refira à CID10 do que à CIF, uma vez que a literatura recente aponta para o fato da CIF constituir um modelo ainda pouco conhecido e entendido (DI NUBILA; BUCHALL, 2008).

Todos os serviços estudados referem que funcionam em, pelo menos, dois turnos, manhã e tarde, e dois serviços, localizados em hospital, afirmam que também funcionam à noite, no sistema de plantão. Essa situação contempla bem, além do previsto na portaria nº 818/01, pelo menos um turno de funcionamento para os serviços de nível intermediário e dois turnos de funcionamento para os serviços de referência.

A acessibilidade aos serviços é algo que precisa melhorar muito, há falta de rampas e sanitários adaptados, mas, principalmente, inadequação da largura das portas e ausência de piso antiderrapante. Esses são itens mínimos previstos na portaria nº 818/01, e que poderão garantir algum conforto e segurança à pessoa com deficiência. Por sua vez, identificamos que muitos serviços funcionam em estruturas físicas antigas, ou em casas que foram alugadas para abrigar os serviços, porém, não passaram por reformas ou pelas adaptações para uma boa recepção, acolhimento e atendimento das pessoas.

Em todas as cidades estudadas há, pelo menos, um serviço que realiza a avaliação do paciente, a prescrição, o treino para o uso, o acompanhamento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Porém, a dispensação é realizada apenas na cidade do Recife e por dois serviços apenas, sendo um deles conveniado ao SUS. Talvez por isso, ao serem emitidas notas para alguns itens do atendimento em reabilitação física, para o Recife, as notas mais baixas tenham sido as relativas à dispensação de

órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção, no quesito quantidade e continuidade de abastecimento.

Esta representa uma grave lacuna na assistência em reabilitação. A portaria nº 818/2001 prevê que a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção seja realizada por todos os serviços, seja de primeiro nível, de nível intermediário ou de referência em Medicina Física e Reabilitação. Talvez, as questões financeiras estejam prejudicando o desenvolvimento destes serviços, pois o relatório de gestão 2008 do Ministério da Saúde já apontava a insatisfação das secretarias estaduais e municipais de saúde, de prestadores de serviço e do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência quanto aos valores repassados para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2009a).

No momento de conclusão da coleta de dados desta pesquisa, um serviço localizado no Impi obteve habilitação junto ao Ministério da Saúde, conforme portaria nº 393/2010 da Secretaria de Atenção à Saúde, para funcionar como serviço de referência em Medicina Física e Reabilitação, com a possibilidade de realizar dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Ademais, estão ocorrendo consideráveis mudanças relacionadas à dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, anunciadas pela Coordenação Estadual da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência: a implantação de uma Oficina de Órteses e Próteses e Capacitação/Formação de Ortesistas e Protesistas em Caruaru, vinculada ao Hospital Regional do Agreste, e a retomada da construção de um centro de reabilitação física no Hospital Getúlio Vargas. Com isso, é possível afirmar que, para essa área, há uma boa perspectiva de ampliação da oferta, inclusive com descentralização das ações.

Dentre os profissionais da área de reabilitação física ressaltamos que os fisioterapeutas tiveram maior representatividade (35,1%), o que evidencia uma certa coerência, uma vez que nos referimos a serviços de reabilitação física. Porém, a ausência de alguns profissionais que devem obrigatoriamente compor as equipes

mínimas nos serviços de primeiro nível, como é o caso do Assistente Social, é bastante prejudicial e configura uma restrita possibilidade de intervenção em pacientes que requerem ações específicas e diversas diante da gravidade do seu quadro. Além disso, a inexistência, em algumas cidades, de Terapeuta Ocupacional e Fonoaudiólogo, compromete o atendimento, que deve ser multiprofissional e integral.

Estudo realizado em um hospital de referência para reabilitação de crianças constatou que o Assistente Social e o Fisioterapeuta Motor foram os profissionais com maior demanda, 81% e 60,4% respectivamente (GAVAZZA et al., 2008).

Em toda a rede estudada, é praticamente inexistente a presença de Fisiatras (médicos especializados em Medicina Física e Reabilitação). A escassez destes profissionais pode ser confirmada pela Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação que, em 2009 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO, 2009), registrava apenas um profissional no Estado de Pernambuco, sem a indicação do local de trabalho. Realidade aparentemente também vivida por outros estados, como Santa Catarina, em que, no início da década de 90, a Sociedade Catarinense de Fisioterapia contava com apenas sete profissionais (CHEREM, 1990).

É preciso reconhecer a abrangência da Reabilitação, ou seja, ela é essencialmente dinâmica, multi e interdisciplinar, fazendo interface com várias ciências, como a Enfermagem, a Medicina, a Fisioterapia, a Educação Física e o Esporte, a Terapia Ocupacional, a Geriatria e Gerontologia, e Psicologia, entre outras (FARO, 2006).

Após análise dos indicadores, foi possível classificar o Estado de Pernambuco em um nível intermediário de implantação. Em uma breve tradução, pode ser interpretado como uma situação média: o Estado obteve pouco mais de 50 pontos (51,8), do total de 100 estipulados para uma situação ideal. Ou seja, a implantação não foi ainda completada, o que se reflete na deficiência, tanto do ponto de vista da cobertura quanto da integralidade das ações recomendadas, principalmente para as vítimas de acidentes de trânsito, que cada vez mais são frequentes e graves no perfil de morbidade do Estado, assim como das violências físicas perpetradas.

Na dimensão “gestão”, a abordagem da estrutura revelou participação positiva na avaliação: dos quatro indicadores estipulados, apenas um não foi atingido. A expectativa era de que o Estado tivesse conseguido habilitar os oito serviços de reabilitação física previstos para a sua população. No entanto, o Estado registra apenas três serviços habilitados e, no caso de um deles, isso ocorreu apenas no final de 2010. Faz-se importante destacar que, em 2011, a portaria nº 818/01 completa 10 anos de sua publicação.

Nesse aspecto, tomou-se como base o quantitativo máximo de serviços previsto, com o entendimento de que a habilitação se reveste de incentivo financeiro e houve um compromisso firmado no Plano Estadual de Saúde, referente ao período 2008-2011 de implantar três núcleos de reabilitação com equipe multidisciplinar, para compor a Rede de Reabilitação Física no Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2009a).

Ainda no que diz respeito à habilitação de serviços para compor a Rede de Reabilitação Física em Pernambuco, o Estado, com três serviços habilitados, atinge 37,5% do previsto, encontrando-se aquém dos percentuais de implantação em todo Brasil, que, em 2009, correspondiam a 72% da Rede, e ainda abaixo dos 53% da Região Nordeste. Os percentuais apresentados se referem ao número de serviços habilitados, tomando como base o quantitativo máximo, tendo o Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde apresentado esse levantamento no seu relatório de Gestão 2009 (BRASIL, 2010).

Comparando o Estado de Pernambuco com o de Alagoas, é possível verificar o quanto é preciso avançar. Alagoas tem uma população que é menos da metade da população pernambucana, e já tem quatro serviços habilitados, inclusive um quantitativo maior do que estipula a portaria, três serviços para Alagoas.

Ainda na dimensão “gestão”, a abordagem dos processos apontou para problemas relacionados ao acompanhamento e vistorias nos serviços; a regulação e integração da Rede e definição das atribuições dos municípios na composição da Rede.

Apesar da existência de uma equipe técnica multiprofissional ligada à coordenação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, e de haver o entendimento de que essa equipe tem, entre outras funções, a atribuição de realizar visitas e supervisionar os serviços, isso não ocorre. Foi possível registrar, a queixa vinda dos serviços de que “alguém da equipe só comparece quando tem algo novo para informar e solicitar ou mesmo quando surge uma nova demanda do nível federal e aí são convocados”.

Não foram identificados mecanismos de regulação e integração da rede. Um exemplo bastante claro foi apresentado pela coordenação de um dos serviços de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção: uma pessoa poderá solicitar uma cadeira de rodas, ao mesmo tempo, nos dois serviços que realizam a dispensação. A integração existente, muitas vezes, é realizada pelos próprios profissionais que se conhecem e, na medida do possível, estabelecem essas conexões.

Por parte dos municípios não há, ainda, o entendimento de que seus serviços fazem parte de uma rede. Essa questão novamente fica mais clara, em relação à dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, na fala dos entrevistados, que expressam, em uníssono: “isso é com o Estado”, “mandamos para Recife”. Não existe o conhecimento ou o reconhecimento de que também essa é uma responsabilidade do município. Inclusive os serviços de primeiro nível, conforme Art. 2º, inciso 2º, da portaria 818/01, devem incluir a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2001b).

As outras duas questões que comprometeram a dimensão “gestão” estão relacionadas à dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Primeiro, apesar da existência de um Manual Operativo, criado pelo Estado como um dos requisitos para a habilitação dos primeiros serviços, ele não é usado de forma rotineira em nenhum dos serviços estudados. A segunda questão é a própria proporção de municípios que realizam a dispensação, como foi visto: apenas o Recife realiza essa atividade, em dois serviços.

A dimensão “controle social”, aqui representada pelo Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência, atingiu o parâmetro de adequação para quase todos os indicadores estabelecidos. A participação em estudos e pesquisas sobre a melhoria da qualidade de vida do deficiente foi uma ação não confirmada pelo presidente do Conselho. Apesar de, em algumas situações, terem ocorrido sugestões para que essa atividade ocorra, o Conselho verdadeiramente não teve a oportunidade de participar de pesquisas.

Outro aspecto que respalda a atuação do Conselho é o registro, nas atas das reuniões ordinárias, da abordagem do tema saúde da pessoa com deficiência. É possível identificar que, no último ano, o tema tem sido mais contemplado, inclusive com questionamentos referentes à Rede de Reabilitação Física.

Para o Ministério da Saúde, os estados que têm um Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência ativo e/ou na estrutura das secretarias estaduais, um setor responsável pela área da saúde da pessoa com deficiência, apresentam menores dificuldades na organização das suas redes (BRASIL, 2009a).

Ainda sobre o Conselho, vale ressaltar que as Conferências são convocadas periodicamente, a cada dois anos. Contudo, o ano passado não houve, porque quem respalda financeiramente o evento é o Estado, que optou por adiar a Conferência Estadual da Pessoa com Deficiência, em detrimento da Conferência Estadual de Saúde, que foi priorizada em termos financeiros e políticos. Avaliamos que, mesmo diante da falta de recursos, tão importante evento ligado ao controle social não poderia ter sido suprimido. Situações como essa evidenciam a falta de prioridade para a área, podendo comprometer a saúde dos indivíduos e das famílias.

Visualizou-se também a lista de processos e denúncias relacionados aos direitos da pessoa com deficiência que são rotineiramente acompanhados pelo Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência. No entanto, o presidente do Conselho chama a atenção para o fato de que existem poucas pessoas para acompanhar a política, uma vez que o Conselho é formado, na sua maioria, por

peças da sociedade civil, e mesmo os que fazem parte do governo não estão totalmente livres para trabalhar só no Conselho. Por isso, o acompanhamento dos serviços de saúde é feito quando existem denúncias, que são encaminhadas para as comissões específicas que as encaminham para os órgãos competentes, comprometendo também o funcionamento do controle social.

De forma geral, a rede de reabilitação física foi avaliada pelos gestores como precisando melhorar, principalmente nos aspectos de recursos humanos, estrutura física e descentralização dos serviços. Houve sintonia entre os depoimentos dos gestores e o que foi registrado a partir do levantamento da estrutura e processos desenvolvidos pelos serviços.

Foi também recorrente a referência, por parte dos gestores, de que a reabilitação vive uma nova fase com a criação dos Nasfs¹⁸. Os núcleos devem ser constituídos por, no mínimo, cinco profissionais, definidos pelos gestores municipais, dentre as seguintes ocupações: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra, Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Os gestores têm entendido que os Nasfs poderão reforçar o programa de reabilitação baseado na atuação da comunidade, uma vez que preconiza a reabilitação das pessoas com deficiência no âmbito das unidades básicas de saúde, com o apoio de profissionais de saúde e de familiares (FRANÇA; PUGLIUCA, 2008).

Apesar das equipes do Nasf serem formadas principalmente por profissionais da área de reabilitação, é um equívoco pensar o Nasf realizando as atividades de reabilitação

¹⁸ Os Nasfs, instituídos pela portaria nº 154/GM, de 2008, têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008).

corriqueiras e tradicionais. Entre as suas atribuições, estão a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos em grupos populacionais, não sendo o atendimento individual uma prioridade.

Outra questão que foi vista e revista é que não existe, entre os profissionais estudados, a ideia de serviços para vítimas de acidentes e violência. Os serviços são para todos e passam por eles vítimas de acidentes e violência. Entendemos essa percepção como positiva para os serviços de saúde, uma vez que uma divisão dessa natureza poderá trazer mais entraves na atenção prestada a essas vítimas.

No entanto, os profissionais registraram o aumento das vítimas de acidentes e violência em todos os serviços de saúde. O quadro apresentado requer não apenas serviços especializados, mas, sim, treinamento especializado e multiprofissional dirigida à situação específica desses pacientes.

Faz-se importante registrar que o conhecimento de documentos como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a PNRMAV e a Portaria nº 818/01 é escasso entre os gestores, principalmente os dois últimos. De certa forma, a falta de conhecimento pode dificultar a organização e implantação dos serviços de saúde. Esse fato corrobora as informações de que são poucas as capacitações para os gestores e profissionais. Por sua vez, as duas políticas citadas preconizam, entre as suas diretrizes, a formação de recursos humanos.

Houve coerência entre as sugestões apontadas para melhoria da rede, com os problemas identificados pelos gestores, quanto à sua organização. Os gestores apresentaram os problemas de forma mais cautelosa, os profissionais responsáveis pelos serviços e o Conselho de Direitos foram mais críticos, registrando o descompasso que existe nos serviços de reabilitação.

Na análise do contexto político, foi possível identificar os fatores que podem ter favorecido a implantação da Rede de Reabilitação Física em Pernambuco, no nível estadual. A coordenadora demonstrou influência nas decisões políticas, bom

conhecimento de todo o funcionamento da Rede, dos principais indicadores para a área, planejamento de ações e acompanhamento da maioria das ações realizadas. Muito embora as questões ligadas à organização da rede como um todo ainda não sejam suficientes para se implantar um modelo assistencial hierarquizado que funcione em rede, para atender desde o nível municipal, ou no mínimo regional.

Por sua vez, o contexto político não foi favorável, no âmbito dos municípios avaliados, como apontado nos resultados. De forma geral, dos quatro critérios gerais analisados no contexto político, os municípios atenderam apenas um, com total desconhecimento dos principais indicadores para a área, além da pessoa com deficiência não ser assumidamente uma prioridade no município.

O contexto estrutural também pode ser considerado favorável, no nível estadual. A coordenação demonstrou vontade de trazer inovações para a sua coordenação e para a área da pessoa com deficiência, demonstra um perfil cosmopolita, ao buscar parcerias com outras instâncias da própria Secretaria de Saúde e com outras secretarias, órgãos da sociedade civil e bastante sintonia com as novidades apontadas pelo Ministério da Saúde.

Pernambuco participou, na pessoa da coordenadora da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, da primeira reunião da área técnica para revisão das portarias que norteiam a organização das redes estaduais de reabilitação física (BRASIL, 2009a).

A formação da coordenadora estadual não pode ser avaliada como favorável, uma vez que ela não possui pós-graduação na área de saúde pública ou planejamento. No entanto, parece que a falta dessa formação não atrapalha sua atuação, uma vez que demonstrou um bom conhecimento de políticas de saúde, epidemiologia e planejamento.

Para os municípios, no que diz respeito ao contexto estrutural, houve alguma divergência; os municípios 1 e 2 parecem ter um contexto mais favorável, os coordenadores com pós-graduação, ou seja, boa formação na área de saúde pública

e/ou planejamento, uma das coordenações possui três cursos de especialização. Os municípios 3 e 4 apresentam um contexto menos favorável, dentre os critérios analisados apenas conseguem boa avaliação para a orientação cosmopolita, uma vez que referem uma busca constante por parcerias e articulação com outras secretarias.

Em síntese, no que diz respeito ao contexto político e estrutural, foram identificados os fatores que apontam para um contexto favorável à implantação, em nível estadual, porém, não favorável nas instâncias municipais estudadas.

Esse resultado reflete o que anteriormente já havia sido apontado: ao que parece, os municípios não assumiram a sua parcela de responsabilidade na estruturação dos serviços de reabilitação física. O próprio Ministério da Saúde menciona a queixa dos municípios quanto à necessidade de recursos financeiros para implantar essas unidades descentralizadas para o atendimento da população o mais próximo possível de sua residência (BRASIL, 2009a).

6 CONCLUSÕES

A análise dos serviços de assistência em reabilitação física em municípios de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes, em relação à distribuição dos serviços sob o ponto de vista geográfico apontou grande concentração na Mesorregião Metropolitana do Recife.

De forma geral, os gestores dos serviços têm dificuldade em classificar a unidade conforme a portaria nº 818/01, o que traz consequentes problemas na estruturação e organização da rede de assistência para a reabilitação das pessoas com deficiência e vítimas de acidentes e violências, dificultando a hierarquização e integralidade do atendimento.

Há necessidade de reorganização dos serviços que fazem dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Diante do quadro apresentado, é evidente que este tipo de atendimento não cobre as diversas regiões do Estado e está em forte discrepância com o que recomenda a portaria nº 818/2001.

Da mesma forma, com relação à distribuição de profissionais, algumas áreas específicas não são contempladas nos serviços de reabilitação, indicando o descumprimento das recomendações da portaria nº 818/01 e o descompromisso com a cobertura e integralidade deste tipo de assistência.

As normas de acessibilidade não são minimamente atendidas, o que representa grave infração em serviços que necessariamente recebem pessoas com limitações no deslocamento.

A Rede Estadual de Reabilitação Física encontra-se em um estágio intermediário de implantação. Entre as três dimensões avaliadas, a gestão e o controle social tiveram melhor desempenho, tendo colaborado com esse resultado.

Além disso, o controle social na representação do Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência apresentou boa organização, controle e acompanhamento dos assuntos ligados à reabilitação física.

Os principais problemas apontados na organização da Rede de Reabilitação Física foram a falta de recursos humanos, a deficitária estrutura física e a centralização dos serviços na Mesorregião Metropolitana. Daí porque, as principais sugestões seguiram esta mesma lógica: aumento do número de serviços e de profissionais, com melhoria da estrutura e descentralização dos serviços de reabilitação.

Se os elevados índices de acidentes e violência constituem um dos principais indicadores de mortalidade e morbidade em Pernambuco, ao que parece os serviços não percebem esta realidade e não desenvolvem as ações necessárias para atender a uma cobertura adequada de procedimentos de reabilitação. Alias, não existem, por parte dos serviços, especificidades para o atendimento de vítimas de acidentes e violência.

Consequentemente, a falta de capacitação é apontada por gestores, profissionais de saúde e controle social. O que reflete a falta de uma política de educação permanente para a área de saúde, em níveis estadual e municipal.

Na área da pessoa com deficiência, há o reconhecimento de que não se pode avançar com a implantação da política, sem o estabelecimento de parcerias. Há relato de diversas parcerias com outras secretarias, além da Saúde, e com outras instâncias da sociedade.

De forma geral, tanto o contexto político como o estrutural mostraram-se favoráveis em nível estadual, diferentemente do nível municipal, que se apresentou não favorável à implantação da Rede de Reabilitação Física Estadual.

Pode-se inferir que há um movimento importante, por parte da gestão estadual, para avançar na implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física, porém, isso só ocorrerá com o maior envolvimento e colaboração dos municípios.

Falta priorizar a proposta de descentralização com qualidade para esses serviços, de modo que possam ser assumidos também pelos municípios, com um planejamento que contemple de forma mais equânime toda a população, sem priorizar determinadas regiões do Estado.

A inclusão social das pessoas com deficiência envolve ações de diversas áreas governamentais, como a da educação, da assistência social, do trabalho e emprego, de direitos humanos, de mobilidade urbana, da saúde, entre outras. Nos últimos anos tem ocorrido maior mobilização, com o fortalecimento das políticas de inclusão. No entanto, no que diz respeito aos serviços de saúde, para o atendimento pleno das necessidades das pessoas com deficiência física, estes serviços precisam ser repensados, de forma a poder oferecer uma cobertura mais ampla, sistemática e adequada à reabilitação e inserção familiar, psicológica e social das vítimas de acidentes e violência e dos portadores de deficiência de um modo geral.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo, desde o seu nascedouro, esteve vinculado a um estudo maior, que objetivou avaliar a implantação dos serviços de saúde que atendem vítimas de acidentes e violência, em municípios de Pernambuco com mais de 100 mil habitantes. Como o estudo maior investigou os serviços pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar e também de reabilitação, esse usou os indicadores mais gerais. O presente estudo se propôs focalizar mais detalhada os serviços de reabilitação, por constituir esse tema uma lacuna importante, usando, quase na íntegra, os indicadores propostos em pesquisas anteriores. Porém, se por um lado usar esses indicadores favoreceu a consistência dos resultados, por outro, em algumas situações eles foram pouco específicos.

Para análise do contexto, no âmbito dos municípios, foram incluídos apenas os municípios que tinham coordenação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência ou coordenação dos serviços de reabilitação. Assim, o contexto analisado e apresentado para os municípios limita-se a uma parte desses municípios, existindo a possibilidade de algumas informações não terem sido acessadas.

A coleta de dados foi feita por um longo período de tempo, de junho de 2008 a fevereiro de 2011, e por pelo menos 10 colaboradores treinados para tal fim. Assim sendo, nos deparamos com situações de troca de gestores e eleições municipais, que dificultaram a coleta de dados. Além disso, pessoas que foram entrevistadas em 2008 e logo depois deixaram a função, ainda assim representaram o município.

Outra questão que não pode deixar de ser mencionada é que, no momento em que a coleta de dados estava chegando ao fim, importantes avanços estavam ocorrendo na área de reabilitação. Por isso, a situação aqui apresentada representa parte da realidade. Por uma questão temporal, relativa ao cumprimento de prazos acadêmicos, não foi possível incorporar, ao estudo, tais conquistas.

8 RECOMENDAÇÕES

Este estudo longe está de esgotar o assunto analisado. Apenas retratou um determinado momento da implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco, na perspectiva da PNRMAV.

Isto posto, os profissionais de saúde e gerentes dos serviços precisam ser incluídos em um plano de educação permanente, com ênfase na assistência a pessoas vítimas de acidentes e violência e com deficiência. Além disso, devem ter a oportunidade de vivenciar espaços de troca e vivências objetivando a construção e reformulação da Rede de Reabilitação Física.

Os municípios devem assumir a sua responsabilidade e parcela de participação na organização da Rede de Reabilitação Física, reestruturando e adequando os serviços existentes e criando e habilitando novas unidades.

O Estado deve usar o seu papel e seu poder enquanto mediador para conversar com os municípios sobre esse tipo de assistência à saúde das pessoas. A criação de uma verdadeira rede tem que passar por uma gestão compartilhada e ao Estado cabe a coordenação dessa composição, para que o funcionamento isolado, que atualmente ocorre, não descaracterize a organização da Rede.

É necessário o estabelecimento de indicadores específicos e propósitos avaliativos para monitoramento e acompanhamento do trabalho desenvolvido nesses serviços.

Há necessidade de que sejam pensados e realizados outros estudos, usando procedimentos de avaliação, para investigar estes e outros serviços de reabilitação, com foco no acesso, continuidade da assistência, qualidade dos serviços, satisfação dos usuários. E que seus resultados gerem indicadores, com cunho avaliativo mais específico para análise deste tipo de assistência.

Há que se investigar com maior aprofundamento os serviços de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, com alguns focos: perfil socioeconômico e demográfico dos usuários; fatores causais e fluxos estabelecidos pelos usuários até a aquisição do recurso; qualidade e quantidade do que está sendo dispensado; processo de reabilitação dos usuários de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

Os acidentes e violência, mais do que em qualquer outra época, se entrelaçam com as deficiências. Dentro dessa realidade se faz necessário conhecer os tipos de traumas mais frequentes decorrentes dessas causas, com suas especificidade e necessidades, para se estabelecer uma melhor relação entre acidentes e violência e as deficiências. Estudar a trajetória das vítimas de acidentes e violências, do evento ao acesso à reabilitação, poderá trazer enormes contribuições às pessoas, aos serviços e aos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, R. M. L. et al. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 21-28, jan. / mar. 2011.

ALMEIDA, M. C. de. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais. 253f, 2000. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2000.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, 1996. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v.7, p. 118-124, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOSI; M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. **Decreto lei n. 3.298, de dezembro de 1989**. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 1989. Disponível em: <<http://www.ibdd.org.br/direito-legislacao.asp>> Acesso em: 20 maio 2010.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde**: planejamento e organização dos serviços. Brasília, 1995.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Institui a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, p. 10, 21 de dez. 1999.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio 2001. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001a. Seção 1E.

BRASIL. **Portaria MS/GM n. 818, de 5 de jun de 2001**. Institui a Organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 1060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Informe Técnico Institucional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n.4, p. 449-459, out. / dez. 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2007.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF de 04 mar. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2008**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../relatorio_gestao_sas_2008.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2006 e 2007. Brasília, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2009**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../relatorio_gestao_sas_2009.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2011.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Censo 2010. Pessoas com Deficiência: antecedentes.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.gov.br/pessoas-com-deficiencia-1/censo/censo-2010>>. Acesso em: 07 mar 2010b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2010c.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=26&NomeEstado=PERNANBUCO>. Acesso em: 11 ago. 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. **O que é?** Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/conade>>. Acesso em: 09 set. 2011b.

CARDOSO, L. G. R. A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro.** 109f. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

CONTANDRIOPOULOUS, A-P. et al. A Avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DE CARLO, M. M. R. P. et al. Trauma, reabilitação e qualidade de vida. **Medicina,** Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 335-44, jul. /set. 2007.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: Dos modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-88.

CHEREM, A. J. Medicina física e reabilitação. Fisiatria, um pouco da sua história. **Arquivos Brasileiros de Medicina,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 137-138, 1990.

CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PE). **Atas das reuniões ordinárias.** Recife, 2008.

CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PE). **Atas das reuniões ordinárias.** Recife, 2009.

CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PE). **Atas das reuniões ordinárias**. Recife, 2010.

CONSELHO ESTADUAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PE). **Atas das reuniões ordinárias**. Recife, 2011.

DESLANDES, S. F. et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 385-396, 2006.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v.18, p. 356-360, 1992.

FARO, A. C. M. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.40, n.1, p.128-133, 2006.

FELISBERTO, E. et al. A. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2091-2102, set. 2008.

FIGUEIRÓ, A. C.; CAZARIN, G. **Crêterios, indicadores e parâmetros de avaliação**. Texto de Apoio Módulo 4 Unidade Pedagógica 2. Recife, [200-].

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. Acessibilidade da pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 129-137, 2008.

FURTADO, J. P. **A avaliação como dispositivo**. 282f. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

GASPAR, A. P. et al. Avaliação epidemiológica dos pacientes com lesão medular atendidos no Lar Escola São Francisco. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 73-77, 2003.

GAVAZZA, C. Z. et al. Utilização de serviços de reabilitação pelas crianças e adolescentes dependentes de tecnologia de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1103-1111, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Acidentes e violências no Brasil: um panorama atual das mortes, internações hospitalares e atendimentos em serviços de urgência. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 315-319, 2002.

HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em Saúde**. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S331- S336, 2004. Suplemento.

HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (Org.). **Avaliação em Saúde**. Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IBGE. **Censo demográfico de 1991**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/default_censo1991>. Acesso em: 15 maio 2010.

IBGE. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 15 maio 2010.

IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em:
<<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010sp.asp>>. Acesso em: 11 abr. 2011.

IBGE. **IBGE Cidades@2003, 2008 e 2009**. Disponível em:
<<http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

ITAMI, L. T. **Causas externas e seu impacto sobre a independência funcional de adultos com fraturas**. 94f. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIMA, M. L. C. et al. Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 4, p. 462-469, 2002.

MAIOR, I. M. M. L. Reabilitação Baseada na Comunidade. Uma Proposta Viável para o Brasil. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 7-8, 1996.

MAIOR, I. M. M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.7, p.31-37, 1997.

MAIOR, I. M. M. de L. Apresentação. In: BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2007. p. 8-10.

MARRIEL, N. S. M.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Análise da implementação do atendimento em reabilitação. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 171-192.

MATIDA, A. H.; CAMACHO, L. A. B. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 37-47, jan. / fev. 2004.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. et al. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.41-63.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDONÇA, R. N. da S.; ALVES, J. G. B.; CABRAL FILHO, J. E. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência, no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1577-1581, nov. / dez. 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. O quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.) **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.) **Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

NALLIN, A. **A reabilitação em instituições**: suas razões e procedimentos. Análise de representação no discurso. São Paulo, 1992. 282 f Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000.

OLIVEIRA, L. G. D.; NATAL, S. Avaliação de implantação do Programa de controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-38, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução 37/52, de 3/12/1982.** Cria o Programa de Ação Mundial para as pessoas com Deficiência. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/corde/progra_acao_mundial.asp>. Acesso em: 12 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Washington, D C, 2003. Publicação Científica y Técnica nº 588

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Normas para Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência da ONU n.º 48/96.** Genebra, 1993

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Los servicios de rehabilitación.** Washington, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Las condiciones de salud en las Américas.** Washington, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. La rehabilitación por discapacidad en América Latina y el Caribe. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,** Washington, v.120, n.4, p. 358-361, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Brasília, 2002.

ORTIZ, R. L. **Caracterização da gravidade das vítimas de acidentes de transporte atendidos em uma unidade de centro cirúrgico.** 85f. 2010. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PATTON, M.Q. Implementation evaluation. In: _____. **Utilization-focused evaluation.** 4th ed. New York: SAGE, 2008.

PEREIRA, A.F.F. et al. Avaliação epidemiológica das fraturas da coluna torácica e lombar dos pacientes atendidos no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Getúlio Vargas em Recife/PE. **Coluna/Columna,** São Paulo, v. 8, n. 4, p. 395-400, 2009.

PENNA, G. Apresentação. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva:** vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasil, 2009.

PERNABUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania. Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Regimento Interno**. Recife, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde (PE). **Plano Diretor de Regionalização** – PDR/SUS/PE. Recife, 2006.

PERNAMBUCO. **Plano Estadual de Segurança Pública**. Recife, 2007. Disponível em: <<http://www.pactopelavida.pe.gov.br>>. Acesso em: 13 set. 2009.

PERNAMBUCO. **Resolução nº. 420 de 16 de fevereiro de 2009**. Institui o Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. **Levantamento do perfil epidemiológico da pessoa com deficiência em Pernambuco**. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde. **Perfil sociodemográfico e epidemiológico de Pernambuco**. Pernambuco. Recife, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, Brasília, 2000.

QUININO, L. R. M. **Análise da implantação do Programa de Controle da Esquistossomose em dois municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil**. 177f. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

RIBERTO, M. et al. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 87-94, 2007.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n. 2, p. 229-240, abr. / jun. 2005.

SILVA, S. M. **Atendimento a pessoa com deficiência é inadequado na maior parte do país**. Disponível em: <www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2006/12/01>. Acesso em: 13 ago. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. **Encontre um especialista**. Disponível em:< www.fisiatria.org.br>. Acesso em: 8 set. 2009.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J. V. Violência no trânsito: expressão da violência social. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005. p. 279-312.

SOUZA, E. R. de S.; LIMA, M. L. C. de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 363-373, 2006.

STUCKI, G. et al. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. **Acta Fisiatra**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 63-69, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da Política de Atenção à Saúde Auditiva**: Estudo de caso em Pernambuco. 159f. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

UNICEF. **Situação da Infância brasileira 2004-2006**. 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_154_229_Tabela.pdf>. Acesso em: 13 set. 2011.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan. / mar. 1994.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

YIN, R.K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Entrevista com a Coordenação Estadual da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

1. Como ocorreu a implantação da Rede de Referência em Reabilitação Física em Pernambuco?
2. Quais são seus principais problemas?
3. O que favoreceu a implantação?
4. Como é o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências para o atendimento de reabilitação? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra-referência).
5. Como o(a) sr(a) avalia a cobertura assistencial para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
6. Como o(a) sr(a) avalia a acessibilidade dos serviços de atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
7. Como o (a) sr(a) avalia o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências prestado neste Estado (a oferta é contínua? a qualidade de órteses/próteses/meio de locomoção? atendimento domiciliar)?
8. Como o(a) sr(a) avalia a organização da assistência em reabilitação física para atendimento às vítimas de acidentes e violências no Estado.
9. Houve alguma capacitação dos profissionais para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências? Descreva esta capacitação. Com qual frequência estas capacitações são oferecidas?
10. O Estado realiza vistoria sistemática nas unidades de saúde da rede de reabilitação?
11. O Estado elaborou um Manual Operativo para Dispensação de Próteses, Órteses e Meios Auxiliares de Locomoção?
12. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o Sistema de Saúde do Estado dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento de reabilitação às vítimas de violências e acidentes?

ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO

- 1) Houve alguma ação realizada pela coordenação (capacitação, reuniões, ações intersetoriais, etc.) que contribuiu para melhorar o funcionamento da Rede Estadual de Reabilitação Física?
- 2) O(a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências? O Estado encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta Política?
- 3) O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política neste Estado?
- 4) O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a portaria nº 818, que trata da organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta portaria?
- 5) A coordenação usa informações epidemiológicas para planejar as ações?
- 6) Há alguma parceria do setor saúde com outras secretarias, visando maior inserção e aumento da qualidade de vida dos portadores de deficiências?
- 7) O(a) sr(a) considera a Pessoa com Deficiência uma prioridade entre as ações da Secretaria de Saúde do Estado?

ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL

1.1 Atributos do coordenador:

a) Você tem nível superior? () sim () não

Qual a sua formação? _____

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? () sim () não

Qual a sua formação? _____

c) Você teve experiência prévia na área da pessoa com deficiência ou serviços de reabilitação?

() sim () não Qual? _____

d) Você já recebeu algum treinamento em que fosse enfatizada a pessoa com deficiência, os serviços de reabilitação ou vítimas de acidentes e violências? () sim () não

Qual foi o treinamento, onde ocorreu? _____

1.2 Atenção prestada à inovação:

a) Você acha que a atenção oferecida pelo Estado para organização da rede de reabilitação física contempla todos os municípios ou regiões? () sim () não

Por que? _____

b) Você procura trabalhar localidades novas (municípios, serviços etc) ou trabalha, preferencialmente, aqueles onde já se sabe que ocorre maior demanda? () sim () não

Por que? _____

c) O secretário sempre investe na sua formação? () sim () não

Por que? _____

1.3 Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações na área da pessoa com deficiência juntamente com outras secretarias?

() sim () não

Por que? _____

b) O assunto reabilitação física já foi discutido no Conselho Estadual de Saúde?

() sim () não

Por que? _____

APÊNDICE – B Entrevista com a Coordenação municipal da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

1. Como ocorreu a implantação da Rede de Referência em Reabilitação Física no município?
2. Como o(a) sr(a) avalia a estrutura de atendimento dos serviços de reabilitação para atendimento às vítimas de acidentes e violências no município (rede é própria ou conveniada?) Quais são seus principais problemas?
3. Como é o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências para o atendimento de reabilitação? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra referência)
4. Como o(a) sr(a) avalia a cobertura assistencial para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
5. Como o(a) sr(a) avalia a acessibilidade dos serviços de atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
6. Como o (a) sr(a) avalia o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências prestado neste município (a oferta é contínua? a qualidade de órteses/próteses/meios de locomoção? atendimento domiciliar)?
7. Houve alguma capacitação dos profissionais para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências? Descreva esta capacitação. Com qual frequência estas capacitações são oferecidas?
8. As informações geradas no atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários? Permitem identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?
9. O atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências consegue proporcionar condições para a reinserção na família, trabalho e sociedade de forma geral?
10. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde do município dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento de reabilitação às vítimas de violências e acidentes?

ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO

1. Houve alguma ação realizada pela coordenação (capacitação, reuniões, ações intersetoriais etc.) que contribuiu para melhorar o funcionamento da Rede Estadual de Reabilitação Física?
2. O(a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências? O Estado encontra alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta Política?
3. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política neste Estado?
4. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a portaria nº 818, que trata da organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta portaria?
5. A coordenação usa informações epidemiológicas para planejar as ações?
6. Há alguma parceria do setor saúde com outras secretarias, visando maior inserção e aumento da qualidade de vida dos portadores de deficiências?
7. O(a) sr(a) considera a Pessoa com Deficiência uma prioridade entre as ações da Secretaria de Saúde do município?

ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL

1.4 Atributos do coordenador:

a) Você tem nível superior? () sim () não

Qual a sua formação? _____

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? () sim () não

Qual a sua formação? _____

c) Você teve experiência prévia na área da pessoa com deficiência ou serviços de reabilitação?

() sim () não Qual? _____

d) Você já recebeu algum treinamento em que fosse enfatizada a pessoa com deficiência, os serviços de reabilitação ou vítimas de acidentes e violências? () sim () não

Qual foi o treinamento, onde ocorreu? _____

1.5 Atenção prestada à inovação:

a) Você acha que a atenção oferecida pelo Estado para organização da Rede de Reabilitação Física contempla todos os municípios ou regiões? () sim () não

Por que? _____

b) Você procura trabalhar localidades novas (municípios, serviços etc) ou trabalha, preferencialmente, aqueles onde já se sabe que ocorre maior demanda? () sim () não

Por que? _____

c) O secretário sempre investe na sua formação? () sim () não

Por que? _____

1.6 Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações na área da pessoa com deficiência juntamente com outras secretarias?

() sim () não

Por que? _____

b) O assunto reabilitação física já foi discutido no Conselho Municipal de Saúde?

() sim () não

Por que? _____

APÊNDICE C – Entrevista com a Coordenação do serviço de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção em PE

1. Como ocorre a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nesta unidade de saúde?
2. A organização das dispensações se iniciou com a implantação da Rede de Referência em Reabilitação Física em Pernambuco?
2. Como o(a) sr(a) avalia a organização da assistência em reabilitação física para atendimento às vítimas de acidentes e violências no Estado?
3. Existe um manual operativo para dispensação de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção?
4. Que fatores favoreceram a implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física?
5. Quais são os principais problemas na dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção?
6. Como é o fluxo do atendimento às vítimas de acidentes e violências? Quais são os principais problemas identificados neste fluxo? (apoio diagnóstico, referência, contra-referência).
7. Como o(a) sr(a) avalia a cobertura assistencial para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
8. Como o(a) sr(a) avalia a acessibilidade dos serviços de atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
9. Como o (a) sr(a) avalia o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências prestado neste Estado (a oferta é contínua? a qualidade de órteses/próteses/meio de locomoção? atendimento domiciliar)?
10. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o sistema de saúde do Estado dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento de reabilitação às vítimas de violências e acidentes?

ANÁLISE DO CONTEXTO POLÍTICO

1. Houve alguma ação realizada pela coordenação (capacitação, reuniões, ações Inter setoriais, etc.) que contribuiu para melhorar o funcionamento da Rede Estadual de Reabilitação Física?
2. O(a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências? O Estado encontrou alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta Política?
3. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política neste Estado?
4. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a portaria nº 818, que trata da organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta portaria?
5. A coordenação usa informações epidemiológicas para planejar as ações?
6. Há alguma parceria do setor saúde com outras secretarias, visando maior inserção e aumento da qualidade de vida dos portadores de deficiências?

ANÁLISE DO CONTEXTO ESTRUTURAL

1.7 Atributos do coordenador:

a) Você tem nível superior? () sim () não

Qual a sua formação? _____

b) Tem pós-graduação em saúde pública ou áreas afins? () sim () não

Qual a sua formação? _____

c) Você teve experiência prévia na área da pessoa com deficiência ou serviços de reabilitação?

() sim () não Qual? _____

d) Você já recebeu algum treinamento em que fosse enfatizada a pessoa com deficiência, os serviços de reabilitação ou vítimas de acidentes e violências? () sim () não
Qual foi o treinamento, onde ocorreu? _____

1.8 Atenção prestada à inovação:

a) Você acha que a atenção distribuída pelo Estado para organização da rede de reabilitação física contempla todos os municípios ou regiões? () sim () não

Por que? _____

b) Você procura trabalhar localidades novas (municípios, serviços, etc.) ou trabalha, preferencialmente, aqueles onde já se sabe que ocorre maior demanda? () sim () não

Por que? _____

c) O secretário sempre investe na sua formação? () sim () não

Por que? _____

1.9 Orientação cosmopolita ou local:

a) Já foram realizadas ações na área da pessoa com deficiência juntamente com outras secretarias?

() sim () não

Por que? _____

b) O assunto reabilitação física já foi discutido no Conselho Municipal de Saúde?

() sim () não

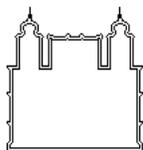
Por que? _____

APÊNDICE D – Entrevista com o Presidente do Conselho Estadual de Direitos da Pessoa com Deficiência

1. Como o(a) sr(a) avalia a organização da assistência em reabilitação física para atendimento às vítimas de acidentes e violências e deficientes no Estado?
2. Quais são seus principais problemas?
3. O que favoreceu a implantação?
4. Como o(a) sr(a) avalia a cobertura assistencial para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
5. Como o(a) sr(a) avalia a acessibilidade dos serviços de atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências?
6. O(a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências?
7. O Estado encontrou alguma dificuldade ou precisou realizar alguma adaptação para implementar esta Política?
8. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta Política neste Estado?
9. O (a) sr(a) já teve a oportunidade de ler a portaria nº 818, que trata da organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física? Como o(a) sr(a) avalia a implementação desta portaria?
10. O Conselho desenvolve ações de acompanhamento e controle? Como?
11. O Conselho participa ou propõe a realização de pesquisas nessa área?
12. O Conselho já efetuou denúncias relacionadas a irregularidades na assistência à saúde para a pessoa com deficiência?
13. O Conselho propõe campanhas educativas e de divulgação de direitos?
14. As conferências têm sido convocadas de forma regular?
15. Que sugestões o(a) sr.(a) daria para que o Sistema de Saúde do Estado dê uma resposta mais eficiente e eficaz no atendimento de reabilitação às vítimas de violências e acidentes?

APÊNDICE E – Questionário para investigação da estrutura e processos desenvolvidos nos serviços de reabilitação física

REABILITAÇÃO



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães



Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

PESQUISA: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DE MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS, NOS MUNICÍPIOS COM MAIS DE 100 MIL HABITANTES, NO ESTADO DE PERNAMBUCO

CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E PROGRAMAS DE ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

Município: _____

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME DO SERVIÇO: _____

NOME DO ENTREVISTADO: _____ **DATA:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CEP:** _____ **TEL:** _____ **E-MAIL:** _____

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO:

1. Nível Primário

2. Nível Intermediário

3. Serviços de Referência

Nível primário - desenvolve atendimento individual e em grupo, prevenção de sequelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar, além das tarefas comuns a todos os níveis

O nível intermediário deve ter funcionamento diário de, pelo menos, um turno de quatro horas, desenvolvendo as atividades de avaliação médica, clínica e funcional; atendimento individual e em grupo; preparação para alta e orientação técnica às equipes dos Serviços do primeiro nível.

Os Serviços de Referência visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços. Devem ser capazes de oferecer avaliação clínica especializada, avaliação e atendimento individual e grupal em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição, atendimento medicamentoso, além das funções comuns a todos os níveis de complexidade

1 - A Unidade de Saúde é: (Marcar uma opção)

1-	Governamental Municipal	()
2-	Governamental Estadual	()

3-	Governamental Federal	()
4-	Conveniada com o SUS	()

2. Qual a população em situação de acidentes/violências que o serviço/programa atende?

		Sim	Não
1-	Crianças (0 a 9 anos)	()	()
2-	Adolescentes (10 a 19 anos)	()	()
3-	Jovens (20 a 24 anos)	()	()
4-	Homens	()	()
5	Mulheres	()	()
6	Idosos	()	()

3 – A Unidade de Saúde realiza: (Responder todas as linhas)

		Sim	Não
3a-	Atendimento em grupo		
3b-	Prevenção de sequelas e incapacidades secundárias		
3c-	Estimulação neuropsicomotora		
3d-	Orientação familiar		
3e-	Avaliação médica, clínica e funcional		
3f-	Avaliação clínica especializada		
3g-	Avaliação e atendimento em fisioterapia		
3h-	Avaliação e atendimento em terapia ocupacional		
3i-	Avaliação e atendimento em fonoaudiologia		
3j-	Avaliação e atendimento em psicologia		
3k-	Avaliação e atendimento em serviço social		
3l-	Avaliação e atendimento em enfermagem		
3m-	Avaliação e atendimento em nutrição		
3n-	Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios		
3o-	Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados		
3p-	Avaliação urodinâmica		
3q-	Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas		
3r-	Atendimento cirúrgico		

BLOCO 2 – ESTRUTURA EXISTENTE

4 – O serviço possui os recursos tecnológicos (na mesma unidade) para:

		Possui		Adequado			Suficiente		
		Sim	Não	Sim	Não	NSA	Sim	Não	NSA
4.1-	Análise clínica/laboratorial	1.()	2.()	1.()	2.()	3 ()	1.()	2.()	3 ()

1.Sim () 2.Não ()

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade

15 – Este serviço oferece:

		Oferece		Adequado		Suficiente			
		Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
15a-	Atendimento domiciliar	1.()	2.()	1.()	2.()		1.()	2.()	
15b-	Preparação para alta	1.()	2.()	1.()	2.()		1.()	2.()	
15c-	Suporte para convívio social e familiar	1.()	2.()	1.()	2.()		1.()	2.()	
15d-	Acompanhamento pós-alta	1.()	2.()	1.()	2.()		1.()	2.()	
15e-	Informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	1.()	2.()	1.()	2.()		1.()	2.()	

16 – Turnos de funcionamento do serviço:

1. Manhã () 2. Tarde () 3. Noite ()

17 - Cumprimento de normas de acessibilidade (NBR 9050/04)

1. Presença de rampas ()	2. Sanitários adaptados ()	3. Calçadas com superfície regular ()
4. Corrimão em corredores, escadas e rampas ()	5. Piso antiderrapante ()	6. Área física para giro da cadeira de rodas ()
7. Largura das portas (mínimo 80 cm) ()	8. Há vagas de garagem ou estacionamento para pessoas com deficiência ()	



APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - entrevista

Título da Pesquisa: Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, na qualidade de gestor de serviço público de saúde ou representante de associações e/ou Conselho de direitos. Este estudo tem como objetivo analisar a implantação da rede de reabilitação física e os determinantes contextuais que influenciaram sua implantação nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco.

A sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a uma entrevista que terá aproximadamente 30 minutos de duração e será gravada, para posteriormente ser transcrita. Perguntaremos ao Sr.(a) questões relativas: à avaliação da estrutura dos serviços de saúde para o atendimento em reabilitação aos acidentes e violências; avaliação do fluxo de atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Será garantido ao Sr.(a) que as suas informações pessoais serão mantidas sob sigilo e as informações referentes à pesquisa só serão utilizadas para fins científicos. Seu nome ou qualquer forma de identificação serão suprimidos e, em seu lugar, apenas existirá um código. O Sr.(a) terá todo o direito de se recusar a responder algum questionamento ou mesmo interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Sr.(a) não terá nenhum benefício pessoal direto em participar desta pesquisa, mas as informações prestadas ajudarão a avaliar a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no seu município.

Este termo de consentimento será emitido em 2 vias, ficando uma em posse do responsável pela pesquisa e a outra será entregue ao Sr.(a)

Caso o Sr.(a) sinta necessidade de mais algum esclarecimento sobre esta pesquisa, poderá me perguntar ou entrar em contato com a coordenação da mesma, através da Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima, no endereço do CPqAM, Av. Moraes Rego s/nº- Campus da Cidade Universitária – Recife - Telefone 2101-2664 ou Msc. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima 9914 5968.

Eu, _____, recebi e entendi as informações sobre essa pesquisa, tive o tempo necessário para fazer perguntas sobre a mesma, estou ciente dos meus direitos relacionados e aceito participar do estudo.

Assinatura do entrevistado _____

Nome e assinatura do entrevistador _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____



APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – questionário

Título da Pesquisa: Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, na qualidade de gestor de serviço público de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a implantação da rede de reabilitação física e os determinantes contextuais que influenciaram sua implantação nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em Pernambuco.

A sua participação não é obrigatória e consistirá em responder um questionário em aproximadamente 30 minutos de duração. Perguntaremos ao Sr.(a) questões relativas: à avaliação da estrutura dos serviços de saúde para o atendimento em reabilitação aos acidentes e violências; avaliação do fluxo de atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Será garantido ao Sr.(a) que as suas informações pessoais serão mantidas sob sigilo e as informações referentes à pesquisa só serão utilizadas para fins científicos. Seu nome ou qualquer forma de identificação serão suprimidos e em seu lugar apenas existirá um código. O Sr.(a) terá todo o direito de se recusar a responder algum questionamento ou mesmo interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Sr.(a) não terá nenhum benefício pessoal direto em participar desta pesquisa, mas as informações prestadas ajudarão a avaliar a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências no seu município.

Este termo de consentimento será emitido em 2 vias, ficando uma em posse do responsável pela pesquisa e a outra será entregue ao Sr.(a)

Caso o Sr. sinta necessidade de mais algum esclarecimento sobre esta pesquisa, poderá me perguntar ou entrar em contato com a coordenação da mesma, através da Dra. Maria Luiza Carvalho de Lima no endereço do CPqAM, Av. Moraes Rego s/nº- Campus da Cidade Universitária – Recife - Telefone 2101-2664 ou Msc. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima 9914 5968.

Eu, _____, recebi e entendi as informações sobre essa pesquisa, tive o tempo necessário para fazer perguntas sobre a mesma, estou ciente dos meus direitos relacionados e aceito participar do estudo.

Assinatura do entrevistado _____

Nome e assinatura do entrevistador _____

Testemunha 1 _____

Testemunha 2 _____

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética



Título do Projeto: “Implantação da Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco: Uma análise na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”.

Pesquisador responsável: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 20/09/2010

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 68/10

Registro no CAAE: 0070.0.095.000-10

PARECER Nº 72/2010

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de dezembro de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de dezembro de 2010.



Giselle Camposana Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/12/2011.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

