

LÍCIA GALINDO RONALD DE ALMEIDA CARDOSO

**ESTUDO SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE
REABILITAÇÃO: O CASO DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação da Escola Nacional
de Saúde Pública/FIOCRUZ.*

Orientador: Prof. Marcelo Rasga Moreira

Brasília-DF
Maio/2004

Não quero que minha casa seja cercada por muros de todos os lados e que as minhas janelas estejam tapadas. Quero que as culturas de todos os povos andem pela minha casa com o máximo de liberdade.

Mahatma Gandhi

*Terminar o Mestrado não foi tarefa fácil. Por tudo isso, tenho
muito que agradecer.*

*Agradeço a Deus por esta oportunidade, a concretização
de um ideal.*

*À minha mãe Graça, meu padrasto Felipe e meus
irmãos: Júnior e Carolina, pelo incentivo na realização do meu
sonho.*

Ao meu marido, Enio pelo apoio e compreensão.

Aos meus familiares, por todo amor e dedicação.

*Aos meus amigos e colegas que estiveram ao meu lado:
Vera Bacelar, Salete de Andréa, Silvana, Carlos Paixão,
Joselito Pedrosa, Regina Bonfim e Cristiane Mecenas.*

*Agradeço, ainda, ao Secretário de Atenção à Saúde do
Ministério da Saúde, à Coordenadora do Mestrado Elizabeth
Arthman, e em especial ao meu Orientador Marcelo Rasga pela
dedicação e paciência.*

Ao conhecimento adquirido.

*“A alegria de uma conquista só faz sentido quando
podemos dividi-la com aqueles que tiveram ao nosso lado”.*

RESUMO

As normas diretrizes do Ministério da Saúde que tratam da reabilitação são voltadas para grupos de necessidades, tais como deficientes, doentes mentais e idosos. Considerando que não há uma política nacional de reabilitação articulada com a organização assistencial do Sistema Único de Saúde, o objetivo deste trabalho é analisar de forma crítica as diretrizes e normas nacionais sobre reabilitação e avaliar o impacto sobre distribuição dos serviços no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, procedeu-se a um levantamento junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde tendo como foco a observação às normas, os conceitos, as diretrizes, as ações e a (s) portaria (s) SAS/MS 303/92; 305/92; 304/92; 306/92; 185/01; 116/93; 146/93; e GM/MS 818/01; 1.531/01; 1.395/99; 702/02; 249/02; 738/02; 1.635/02; 189/02; 336/02 voltadas para a reabilitação como linha de cuidado. Na seqüência cotejou-se a quantidade de serviços de reabilitação do Estado cadastrados no Sistema Único de Saúde com as necessidades da população identificadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e a previsão de serviços estimada pelas portarias ministeriais. Há baixa correlação entre a proporção de deficiências verificadas na população pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, as recomendações ministeriais e a alocação dos serviços no Estado do Rio de Janeiro. Ademais, há uma concentração de serviços nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói. Os serviços de saúde mental estão superestimados, representando cerca de 81% dos serviços de reabilitação, há déficit de serviços de reabilitação visual, locomotora e para idosos, e ainda não existem serviços para reabilitação auditiva. Assim, este estudo revela a necessidade de articularem-se as diferentes normatizações, a fim de que se tenha uma política nacional de reabilitação que facilite o planejamento dos serviços com base nas necessidades epidemiológicas da população.

Palavras Chaves: Reabilitação, Serviços de Saúde, Rio de Janeiro

ABSTRACT

Norms and regulations from the Brazilian Ministry of Health – MS related to rehabilitation are all concerned with high necessity groups, such as the physically and mentally disabled and the elderly. Taking into consideration that there is no national rehabilitation policy within the assistance organization of the Brazilian Health System – SUS, the main objective of this paper is to critically analyze national directions and norms that deal with this matter and evaluate their impact on the services provided in the State of Rio de Janeiro, Brazil. To achieve this goal, a survey within the technical areas of MS has been carried out, focusing on norms, concepts, directions, actions and the policies from SAS/MS 303/92; 305/92; 304/92; 306/92; 185/01; 116/93; 146/93 and GM/MS 818/01; 1.531/01; 1.395/99 702/02; 249/02; 738/02; 1.635/02; 189/02; 336/02, all related to rehabilitation as their main concern. On the sequence, it has compared the quantity of rehabilitation services provided by the State of Rio de Janeiro, which are connected to the SUS, with the population necessity, as shown by the Brazilian Institute of Geography and Statistics – IBGE, ministry recommendations and service allocation within the cities of Rio de Janeiro and Niterói. Mental health services are overestimated, representing about 81% of all rehabilitation services. There is a deficit of visual and physical rehabilitation services, as well as services specialized on the elderly, and there are no hearing rehabilitation services at all. As such, this research aims at showing the necessity to, not only create new standards, but also have the present norms work together, so as to make available a national rehabilitation policy that will contribute to and make easier the planning of services based on the epidemiological necessities of the population.

Key words: Rehabilitation, Services of Health, Rio de Janeiro

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	6
2.1 – OBJETO E OBJETIVOS.....	6
(A) OBJETO.....	6
(B) OBJETIVO GERAL.....	6
(C) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
2.2 - SOBRE OS OBJETIVOS	6
III. OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO.....	10
3.1 – ABORDAGEM CONCEITUAL DA REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	10
3.2 – OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO SUS.....	15
3.2.1 - AS ÁREAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: PORTARIAS VOLTADAS PARA OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO	17
3.2.2 – UMA ANÁLISE DAS PORTARIAS ELABORADAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DO DAPE.....	33
IV. O ESTADO DO RIO DE JANEIRO	36
4.0 – A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CADASTRADOS NO SUS	36
4.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTADO.....	36
4.2 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO: A INSERÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO	41
V. ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	84
5.1 – ANÁLISE DOS PARÂMETROS SEGUNDO A PORTARIA GM/MS 1101/02	89
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

FIGURA1 – MAPA RIO DE JANEIRO	41
FIGURA2 – MAPA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE	42
FIGURA3 – MAPA BAIXADA LITORÂNEA	44
FIGURA4 – MAPA CENTRO SUL.....	47
FIGURA5 – MAPA MÉDIO PARAÍBA	51
FIGURA6 – MAPA METROPOLITANA I	56
FIGURA7 – MAPA METROPOLITANA II.....	64
FIGURA8 – MAPA NOROESTE	69
FIGURA9 – MAPA NORTE	74
FIGURA10– MAPA SERRANA.....	77

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 – DIFERENTES CONCEITOS E ABRANGÊNCIA DA REABILITAÇÃO POR ORGANISMOS INTERNACIONAIS	13
TABELA 2 – SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DA PPD.....	24
TABELA 3 - SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DO IDOSO	28
TABELA 4 – SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL.....	30
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PATOLOGIAS REFERENTES AO CID 10 INSERIDOS NOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO ESTABELECIDOS PELAS ÁREAS TÉCNICAS	34
GRÁFICO 1 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO POR TIPO DE DEFICIÊNCIA	37
TABELA 6 – POPULAÇÃO RESIDENTE, POR TIPO DE DEFICIÊNCIA, SEGUNDO OS GRUPOS DE IDADE ELABORADA PELO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2000.....	38
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES DO SUS POR ESPECIALIDADES, POR REGIÃO	40
TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE ACORDO COM AS PORTARIAS EDITADAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS, POR REGIÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	85
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO POR PORTARIAS	87
TABELA 10 – COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS	92
TABELA 11 – COBERTURA DAS TERAPIAS ESPECIALIZADAS.....	94
TABELA 12 – COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS DE REABILITAÇÃO.....	96
TABELA 13 – MÉDIA E PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO.....	97
TABELA 14 – NECESSIDADES DE LEITOS DE REABILITAÇÃO.....	98
TABELA 15 - PERCENTUAIS ENCONTRADOS PARA A COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO
AFR	ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
AIH	AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
BIG	REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE
BL I	MICRORREGIÃO BAIXADA LITORÂNEA I
BL II	MICRORREGIÃO BAIXADA LITORÂNEA II
BPA	BOLETIM DE PRONTO ATENDIMENTO
CAPS	CENTROS DE APOIO PSICOSSOCIAL
CAPSAD	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ÁLCOOL E DROGAS
CAPSAD II	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
CAPSi II	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES
CGMCA	COORDENAÇÃO GERAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL
CID 10	CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS 10
CMA	NÚMERO MÁXIMO DE CONSULTAS MÉDICAS
CMEA	NÚMERO MÁXIMO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPERADAS
CMEI	NÚMERO MÍNIMO DE CONSULTAS MÉDICAS ESPERADAS
CMi	NÚMERO MÍNIMO DE CONSULTAS MÉDICAS
CS	REGIÃO CENTRO SUL
CS I	MICRORREGIÃO CENTRO SUL I
CS II	MICRORREGIÃO CENTRO SUL II
DA	DEFICIÊNCIA AUDITIVA
DAPE	DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS

DATASUS	DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS
DM	DISTROFIA MUSCULAR
DMP	DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA
FAEC	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO
GM	GABINETE DO MINISTRO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
INPS	INSTITUTO NACIONAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
MER1	META ESPERADA PARA REABILITAÇÃO 1
MER2	META ESPERADA PARA REABILITAÇÃO 2
METRO I	REGIÃO METROPOLITANA I
METRO I 2	MICRORREGIÃO METROPOLITANA I.2
METRO I 3	MICRORREGIÃO METROPOLITANA I.3
METRO I 4	MICRORREGIÃO METROPOLITANA I.4
METRO I 5	MICRORREGIÃO METROPOLITANA I.5
METRO II	REGIÃO METROPOLITANA II
METRO II.1	MICRORREGIÃO METROPOLITANA II. 1
METRO II.2	MICRORREGIÃO METROPOLITANA II. 2
METRO II.3	MICRORREGIÃO METROPOLITANA II. 3
METRO II.3	MICRORREGIÃO METROPOLITANA II. 3
MP	REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA
MP I	MICRORREGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA I
MP II	MICRORREGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA II
MPAS	MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
N	REGIÃO NORTE
N I	MICRORREGIÃO NORTE I
N II	MICRORREGIÃO NORTE II

NHA	NÚMERO DE HABITANTES/ANO
NIHE	NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES ESPERADAS
NO	REGIÃO NOROESTE
NO I	MICRORREGIÃO NOROESTE I
NOAS	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOBS	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
O/P	ÓRTESE E PRÓTESE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PAR	PARÂMETRO ESTABELECIDO PARA REABILITAÇÃO
PARi	PARÂMETRO MÍNIMO ESTABELECIDO
PDR	PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
PER1	PERCENTUAL DE REABILITAÇÃO REALIZADO
PER2	PERCENTUAL DE REABILITAÇÃO REALIZADO
PMA	PERCENTUAL MÁXIMO REALIZADO
PMi	PERCENTUAL MÍNIMO REALIZADO
PMTEA	PERCENTUAL MÁXIMO DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS
PMTEi	PERCENTUAL MÍNIMO DE TERAPIAS ESPECIALIZADAS REALIZADAS
PPD	PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA
PR	PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM REABILITAÇÃO
PRC	TOTAL DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS OU TOTAL DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM TERAPIAS ESPECIALIZADAS
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PT	PORTARIA
RF	RECURSOS FÍSICOS
RH	RECURSOS HUMANOS

SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SES	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SR	REGIÃO SERRANA
SR	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
SR I	MICRORREGIÃO SERRANA I
SR II	MICRORREGIÃO SERRANA II
SR III	MICRORREGIÃO SERRANA III
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUSC	SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE COLETIVA
TEMA	TERAPIA ESPECIALIZADA MÁXIMA ESPERADA
TEMi	TERAPIA ESPECIALIZADA MÍNIMA ESPERADA
TMG	TAXA DE MORTALIDADE GERAL
TMP	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

I. INTRODUÇÃO

Antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a população brasileira, no que diz respeito às possibilidades de acesso aos serviços de assistência médica, podia ser distribuída em três macro-grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços médicos privados; os trabalhadores segurados (geralmente com carteira de trabalho e previdência social assinada pelo empregador), os que tinham acesso à rede assistencial da Previdência Social; e uma imensa quantidade de pessoas que não se enquadrava nestes grupos, ou seja, não tinham direitos assegurados e pouco ou nenhum acesso a cuidados médicos individuais (Mendes, 2001).

Neste modelo, havia uma divisão de competências no setor público: os atendimentos de urgência estavam sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde; as medidas preventivas em termos coletivos e a atenção às doenças infecto-contagiosas, ficavam a cargo da vigilância epidemiológica; enquanto o atendimento a gestantes e a puericultura eram responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Saúde. A criação, em 1975, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que ficou responsável pela assistência médica individual, aprofundou as dicotomias saúde pública/saúde individual e prevenção/cura (Ministério da Saúde, 1995; 2002).

Sob tal contexto, a reabilitação era compreendida como nível terciário da assistência, não sendo da competência específica de nenhuma esfera governamental, a exceção de algumas poucas instituições públicas, como os centros de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional da Previdência Social - INPS (Ministério da Saúde, 1995).

Esta organização dos serviços refletia, em determinados aspectos, a organização do mercado de trabalho, à época caracterizado pela existência de numeroso exército industrial de reserva, fruto de um processo de desenvolvimento econômico-político-social centrado no eixo São Paulo - Belo Horizonte-Rio de Janeiro. Gerador de intenso êxodo rural, este processo atraiu para as capitais do Sudeste (e suas periferias) um imenso contingente populacional em busca de oportunidades de trabalho.

Com o inchamento urbano, ocorreu um aumento substancial dos casos de deficiência adquirida por acidentes de trabalho, de trânsito, doenças ocupacionais e

subnutrição. As populações rurais que, em busca de trabalho, migravam para os grandes centros e aí se acidentavam, eram atendidas em hospitais privados conveniados com os Institutos da Previdência. Estas pessoas, em sua maioria analfabetas, sem profissão definida, sem retaguarda familiar ou financeira, eram sumariamente aposentadas, já que suas chances de readequação ao ‘mundo do trabalho’ eram consideradas, pelo mercado, como nulas.

Diante deste quadro, a atuação do poder público enfatizava o repasse de recursos financeiros às instituições filantrópicas. Estas por sua vez, submetiam a atenção à deficiência a um assistencialismo inibidor da demanda por serviços de reabilitação, o que resultou em uma situação de quase desassistência, quadro que se reflete ainda hoje (Ministério da Saúde, 1995).

A partir do final da década de 70, setores da sociedade civil diretamente atingidos por esta situação mobilizaram-se para garantir que a atenção à deficiência e, por conseqüência, a reabilitação, fossem concebidas e definitivamente incorporadas à atenção à saúde. Muitos engajaram-se no movimento de reforma sanitária que, nas palavras de Sérgio Arouca (Radis, 2003), pretendia “*conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis*”

Com esta orientação, o movimento da reforma sanitária brasileira possibilitou o questionamento do modelo médico assistencial privatista hegemônico (até então colocado no centro da agenda política da área da saúde); a luta pela afirmação do direito à saúde; a importância do fortalecimento do setor público; e a necessidade da constituição de um sistema único e integrado de serviços com participação complementar do setor público (PRO-ADESS, 2003).

A força do movimento gerou profundas revisões nas práticas de pensar e fazer saúde, muitas das quais explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e materializadas na Constituição Federal de 1988 e na regulamentação do SUS, em 1990. Dentre todas as mudanças, a principal, e a que de certa forma alavancou as demais, foi a definição da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Incorporando esta posição e orientando-se pelas diretrizes da descentralização, do atendimento integral e do controle social por intermédio da participação da comunidade, o SUS representou uma profunda reforma na organização tradicional dos serviços de saúde. Esta nova construção tem significado uma complexa e

gradativa desconstrução / substituição de um modelo que não partia dos direitos e da cidadania, permanecendo dependente dos interesses mercantis, corporativistas e de políticas públicas excludentes.

Contudo, apesar de substituído jurídica e legalmente, este modelo mantém-se forte e, em alguns aspectos fundamentais do SUS, ainda hegemônico (Conselho Nacional de Saúde, 2002). Assim, embora já se tenha obtido importantes resultados nos últimos anos, ainda são necessárias ações do poder público para combater problemas como a iniquidade no acesso e no financiamento e a oferta desordenada de serviços.

Os serviços de reabilitação são um exemplo desta situação. Apesar da importância política e histórica, a participação dos segmentos ligados aos portadores de deficiência na construção do SUS, contribuiu para o delineamento de uma organização dos serviços de reabilitação que, ao longo dos anos, pautou-se por atender com mais ênfase às demandas destes setores, talvez mesmo em detrimento de outros segmentos e grupos que necessitam destes serviços, mas que, por não serem organizados, não conseguem exercer seu direito de participação e pressão social.

Sob este prisma, os serviços de reabilitação assumiram, no SUS, uma organização privilegiadamente urbana, concentrada nas regiões economicamente mais favorecidas, com baixa cobertura assistencial e baixa resolutividade. Um modelo no qual foram priorizadas as instituições organizadas por tipos de deficiências, cujos rígidos critérios de elegibilidade excluem, por não se adequarem aos padrões estabelecidos pelas entidades assistenciais, dentre outros, os incontáveis e crescentes casos de múltiplas deficiências.

Visando superar problemas como estes e aprimorar o funcionamento do SUS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), criou, em 2003, a Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial (CGMCA), que tem como atribuição a formulação de uma política geradora de um novo modelo de atenção que enfatize o princípio da integralidade como um dos principais norteadores do processo de organização do SUS.

A CGMCA discute, portanto, a criação e o fortalecimento de uma linha de cuidado que possa ser receptiva às demandas dos diferentes usuários, acolhendo-as e apresentando respostas resolutivas e eficazes. Para tanto, a definição de parâmetros normatizados de planejamento, programação, controle e avaliação dos serviços

prestados constitui-se em atividade essencial para que as responsabilidades sejam exercidas sob a garantia da prestação de serviços com suficiência e qualidade.

Atualmente, as normatizações referentes aos serviços de reabilitação são elaboradas pelas diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde ('pessoa com deficiência', 'idoso', 'saúde mental'...) com o intuito de orientar os gestores na organização destes serviços, seguindo os preceitos do SUS. Contudo, as históricas dificuldades de comunicação entre as diversas áreas técnicas repercutem em uma multiplicidade dispersa e, por vezes, sobreposta, de normas e diretrizes nas quais ainda predominam a atenção voltada a grupos populacionais específicos.

Como integrante da equipe técnica da CGMCA, tenho presenciado e participado dos esforços para superar a fragmentação e a desarticulação, que se refletem, num primeiro e estrutural momento, na inexistência de documentos e/ou análises que recuperem as diversas normatizações e, com isto, permitam uma tentativa de padronização mínima e organizativa.

Na presente dissertação, propõe-se contribuir com os esforços da CGMCA, construindo, no capítulo 3 – **“A Organização dos Serviços de Reabilitação”** -, um texto que, de maneira inédita, identifique e elenque as diversas portarias que se voltam para a organização dos serviços de reabilitação, analisando-as a fim de compreender as concepções que as orientam; seus objetivos; suas convergências e divergências; e suas sobreposições.

Seguir por este caminho é essencial para os propósitos da dissertação, uma vez que é a partir deste conjunto de normatizações que os Estados devem organizar seus serviços de reabilitação.

O Estado do Rio de Janeiro é um dos que mais descentralizou serviços e ações de saúde e que já organiza seus serviços de reabilitação de acordo com a normativa nacional. Contudo, é preciso saber quais as portarias que o Estado segue e em que medida elas são cumpridas, o que exige a identificação e a apresentação regionalizada de tais serviços, sempre referenciados às portarias que atendem. Este é o intuito primaz do capítulo 4: **“A Organização dos Serviços de Reabilitação do Estado do Rio de Janeiro”**.

Desta maneira, no capítulo 5, **“Análise da Organização dos Serviços de Reabilitação do Estado do Rio de Janeiro Cadastrados no SUS”**, torna-se possível analisar, dentre outros aspectos, como a normativa nacional induziu a organização dos

serviços de reabilitação fluminenses, compreendendo que conceitos de reabilitação e deficiência balizam esta organização, verificando se há predomínio da atenção voltada para grupos determinados, se os serviços estão concentrados ou regionalmente descentralizados, e aferindo se, em 2002, os parâmetros de oferta de serviços foram atingidos.

Concluindo o trabalho, o capítulo 6, “**Considerações Finais**” procura apresentar recomendações e propostas que possam adequar a organização dos serviços de reabilitação à necessidade da população. Almeja-se, assim, produzir a sinergia desejada e demandada de um mestrado profissional, contribuindo para consolidar uma aproximação definitiva entre ensino-pesquisa e gestão, articulação vital para que o SUS supere seus problemas e para que o direito a um sistema de saúde universal e de boa qualidade concretize-se plenamente.

II. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 – OBJETO E OBJETIVOS

(A) OBJETO

A organização dos serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro cadastrados no Sistema Único de Saúde – SUS

(B) OBJETIVO GERAL

Analisar, a partir das normatizações nacionais, a organização dos serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro cadastrados no SUS.

(C) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sistematizar as portarias elaboradas pelas diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde com o intuito de normatizar os serviços de reabilitação;
2. Identificar, de acordo com esta normatização, os serviços de reabilitação cadastrados no SUS existentes no Estado do Rio de Janeiro;
3. Caracterizar, regionalmente, a organização destes serviços, relacionando-a à normatização nacional;
4. Verificar em que medida os serviços de reabilitação fluminenses credenciados no SUS atendem aos parâmetros adotados pela normatização federal.

2.2 - SOBRE OS OBJETIVOS

O percurso desenvolvido nesta dissertação tem como ponto de partida o reconhecimento de que o estudo de seu objeto deve transcorrer em dois níveis complementares e interligados, visto que a organização dos serviços de reabilitação de um Estado está diretamente ligada a uma normatização nacional, elaborada e publicada no âmbito da União.

Contudo, esta normatização ainda não se consolidou como um documento unificado e sistematizado, cujas diretrizes estejam nitidamente articuladas, o que está diretamente relacionado à desarticulação e à dificuldade de relacionamento entre as diversas áreas técnicas que produzem tais normas.

Em conseqüência, as normas encontram-se dispersas e desarticuladas, surgindo em documentos como a Política nacional para portadores de deficiência, em portarias voltadas para a saúde do idoso, em normas diretamente ligadas aos serviços de reabilitação.

Neste contexto, é preciso, dentre a multiplicidade, identificar as áreas técnicas e, por conseguinte, todos os documentos oficiais por elas produzidos com o objetivo de normatizar os serviços de reabilitação. Em decorrência, é preciso sistematizar esta documentação a fim de se conseguir, talvez de maneira inédita, um quadro que apresente e clarifique a normatização nacional para os serviços de reabilitação, processo que pode, inclusive, identificar lacunas, sobreposições e contradições.

Em suma, este é o primeiro e segundo objetivo específico da dissertação.

Para dar conta de sua consecução, realizou-se trabalho de campo nas áreas técnicas do Ministério, hoje reunidas no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE), a fim de, em cada uma, levantar as “políticas”, as portarias, e demais normatizações voltadas para os serviços de reabilitação.

Fica claro que estes movimentos transitam no campo da normatização e da organização e que estes não esgotam o intuito desta dissertação. É preciso, todavia, tentar entender como esta normatização está funcionando, como os cidadãos são impactados por ela.

A estratégia adotada para isto é a de se realizar um estudo de caso, técnica que permite orientar os esforços da pesquisa para a investigação de uma situação específica na qual o objeto de estudo pode ser identificado e analisado. Tal procedimento representa uma permanente interação entre o “geral” e o “específico”, “o macro” e “o micro”..., relações que fornecem dados e informações que permitem identificar como a situação estudada expressa-se em um cotidiano determinado e, ao mesmo tempo, como este cotidiano transforma e (re) interpreta a situação. (Roese, 1998)

Para o estudo de caso foi selecionado um Estado cuja organização dos serviços de reabilitação estivesse vinculada à normatização federal. Além disto, o acesso direto aos gestores, bem como aos dados e informações necessários, foi considerado critério fundamental para a escolha do caso. O Rio de Janeiro foi o Estado da federação que melhor preencheu estes critérios.

Construiu-se, assim, o segundo objetivo específico - que engloba a identificação dos serviços de reabilitação fluminense, cujos dados serão coletados por meio de (a) levantamento dos serviços cadastrados no Sistema Único de Saúde, utilizando como fonte de busca o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS e o Sistema de Internação Hospitalar - SIH/SUS; e do (b) pelo Plano Diretor de Regionalização - PDR.

Os sistemas de informações têm como finalidade o pagamento de procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde públicos, das três esferas de governo (federal, estadual, municipal), e privados conveniados. Oferecem aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção.

Dispõe, ainda, de informações mensais desde 1994. Contém informações sobre a produção de procedimentos (quantidade) apresentada e paga. Estão disponíveis também informações dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores e serviços pelo tipo do prestador.

Os dados que alimentam o SIA/SUS e o SIH/SUS estão disponíveis em CD ROM e na página do DATASUS (www.datasus.gov.br). Tabulações podem ser realizadas diretamente na página do DATASUS, utilizando-se “software TABWIN”.

Após a identificação dos serviços de reabilitação, procede-se à inserção destes serviços no PDR, que representa o atual instrumento de regionalização utilizado. Concretizado este levantamento, será realizada uma análise que demonstre como o Estado do Rio de Janeiro organizou os serviços de reabilitação, efetivando-se, portanto, o terceiro objetivo específico.

Esta análise é complementada com outra, que adota os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS 1101/02 e com a lista de incompatibilidade de procedimentos x CID, proposto pela Portaria 579/00, que são as normatizações federais que permitem este tipo de avaliação, contemplando, assim, o quarto objetivo específico.

Portanto, se os objetivos forem adequadamente concretizados, proporcionarão dados e informações capazes de produzir uma análise dos serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro, amparada na investigação da normatização nacional, o que consiste na efetivação do objetivo geral do Projeto.

Todo este processo será conduzido a partir de uma abordagem que promove a interação entre as dimensões qualificáveis e as dimensões mensuráveis do objeto de estudo, diretriz que já identifica uma concepção dialética de análise e de compreensão da vida e do mundo.

Concluindo, é preciso afirmar que o presente estudo não confronta com os referenciais básicos da bioética, incorporados na Resolução 196, de 10 de outubro de 1999 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, por se utilizar, essencialmente, de fontes secundárias e de domínio público.

III. OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

3.1 – ABORDAGEM CONCEITUAL DA REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE

O conceito de reabilitação não possui uma definição consensual, sendo marcado por divergências e diferentes compreensões, que podem ser estruturadas em dois grupos: *'reabilitação como processo individual'* e *'reabilitação como serviço'* (Ministério da Saúde, 1995).

No primeiro, alinham-se as concepções que trabalham a reabilitação como desenvolvimento das capacidades adaptativas do indivíduo, nas diferentes fases de sua vida, confundindo-se, de certa forma, com o processo do desenvolvimento humano. Constitui-se em um processo único, dinâmico e pertencente ao indivíduo como ser social, abrangendo todas as áreas de sua vida, sem data ou critérios exteriores para finalização (Ministério da Saúde, 1995).

É no segundo grupo, no qual se enquadram as concepções de reabilitação como serviço, que se concentram as principais divergências. Esta multiplicidade de abordagens está ligada e reflete-se diretamente no SUS, onde as áreas que atendem aos usuários que demandam a reabilitação encontram dificuldades para se comunicar, trabalhando seus serviços por meio de diferentes abordagens.

No fundo, estas divergências são decorrência – e retroalimentam - as divergências em torno da questão da organização dos serviços. Isto demonstra que, em sua construção, o SUS foi, e ainda é, palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, alternativos ou experimentais, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos: o modelo médico assistencial privatista (que enfatiza a assistência médica hospitalar e os serviços de apoio e diagnóstico) e o modelo sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária). (Proadess, 2003)

Paim (1992) explica que, no SUS, o modelo sanitarista e o modelo médico assistencial privatista convivem de forma contraditória e complementar: enquanto o primeiro tem procurado enfrentar os problemas de saúde da população por meio da realização de campanhas (vacinação, combate à dengue, à cólera...) e de programas especiais (controle da tuberculose, e da hanseníase, saúde do idoso, saúde da criança...), concentrando sua atuação no controle de certos agravos ou em determinados grupos

supostamente em risco de adoecer ou morrer, o segundo está voltado para a demanda espontânea, tendendo a atender indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram, por “livre, iniciativa” os serviços de saúde. (Paim, 1992).

Enquanto Merthy (1998) considera que o modelo assistencial é organizado a partir de problemas específicos, ou seja, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, que expressa os interesses de grupos sociais que desenham o modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde.

Um novo tipo de modelo assistencial deve estar calçado em uma forte rede básica de serviços, que busque efetivamente uma outra combinação entre tecnologias em saúde, que permita produzir uma relação de confiabilidade, de responsabilidade do trabalhador com o usuário e que busque uma resolutividade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer, e garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema (Merty, 1998).

Para esse autor, “*só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de saúde é que reformaremos o sistema de saúde na defesa da vida individual e coletiva*” (Merty, 1998).

Artmann e Rivera (1999) trazem que nas diversidades apresentadas pelos modelos assistenciais é possível apreender aspectos que podem vir a ser complementares, ainda que as divergências apontem, por vezes, para a construção de diferentes tipos de modelos assistenciais.

Já Lima e Rocha (2003) consideram o modelo assistencial ideal aquele que se baseia *na integralidade da atenção à saúde, onde os serviços voltam-se para o conjunto de ações de promoção, prevenção cura e reabilitação e abrange a atenção ao indivíduo, à comunidade e ao meio ambiente*. Nessa concepção, o modelo garante também que a atenção recebida no nível primário tenha continuidade nos demais níveis de complexidade do sistema, quando necessário e de forma ascendente, hierarquizada e resolutiva.

Tais apontamentos precisam ser considerados para a organização dos serviços do SUS, uma vez que diferentes concepções geram diferentes demandas na forma de conduzir e planejar as ações de atenção à saúde, voltadas para atender à necessidade da população.

Procurando superar estes problemas, o Ministério da Saúde criou, em junho de 2003, a Coordenação Geral de Média Complexidade Ambulatorial (CGMCA), que tem como desafio a mudança de uma lógica baseada na oferta para uma lógica da necessidade da população, considerando dados epidemiológicos, sociodemográficos e evidências científicas. Esta mudança deve ocorrer por intermédio da elaboração de uma política que contemple um novo modelo de atenção, visando a atenção integral (tanto no Ministério quanto na rede assistencial) e um estreitamento com os Programas Estratégicos, compondo uma rede transversal de atenção.

Desde então, os gestores e técnicos do Ministério da Saúde travam um amplo debate a fim de viabilizar esta política. Neste processo, o campo da reabilitação surge como um tema importante e polêmico, no qual as tentativas e iniciativas de harmonizar as diferentes conceitualizações e práticas recebe destaque e arregimenta esforços.

Neste contexto, o presente capítulo foi elaborado com o objetivo de produzir uma síntese descritiva dos múltiplos enfoques existentes para o conceito de reabilitação, visando identificar suas divergências e convergências e, assim, fornecer subsídios para a construção de um conceito mais harmônico, que possa ser adotado nos diferentes serviços.

Num primeiro momento, trabalhar-se-á com os conceitos utilizados pelos organismos internacionais, uma vez que servem como parâmetros na elaboração das políticas públicas adotadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Os pontos convergentes contribuem para que as ações sejam únicas, enquanto os divergentes refletem no resultado do tratamento a ser dispensado ao paciente.

De acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU (1996), a *“reabilitação é um processo que visa conseguir que as pessoas com deficiência estejam em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo a contar com meios para modificar sua própria vida e ser mais independentes. Pode abranger medidas para proporcionar ou restabelecer funções, e para compensar a perda ou a falta de uma função ou uma limitação funcional. Abrange, portanto, uma ampla variedade de medidas e atividades, desde a reabilitação mais básica e geral até as atividades de orientação específica”*.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde - OPAS, a reabilitação como serviço *“é um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente*

imprescindível da promoção, da proteção e da assistência às pessoas, na manutenção de sua saúde e bem estar, bem como de sua família e da comunidade” (Ministério da saúde, 1995).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS, “*o termo reabilitação é definido como o desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com o seu comprometimento fisiológico e anatômico e limitações ambientais. Desta forma, o processo de reabilitação consiste em obter o máximo de função, apesar da deficiência residual, mesmo que o comprometimento seja causado por um processo patológico que não possa ser revertido com o melhor tratamento clínico*” (Araújo, 2000).

A tabela 1 sintetiza estes conceitos a partir de sua abrangência e dos ‘níveis de atenção’ que elas envolvem:

TABELA 1 – DIFERENTES CONCEITOS E ABRANGÊNCIA DA REABILITAÇÃO POR ORGANISMOS INTERNACIONAIS

Organismos Internacionais	Conceito	Abrangência	Níveis De Atenção
ONU	Alcance e manutenção de uma situação funcional ótima.	Indivíduo	Atenção Básica Ambulatorial Hospitalar
OPAS	Manutenção da saúde e bem estar.	Indivíduo Família Comunidade	Não faz referência direta
OMS	Obtenção do máximo de função, mesmo que o processo patológico seja irreversível.	Indivíduo	Não faz referência direta

Fonte: ONU (1996), OPAS (1995), OMS (2000).

Composição: elaborada pela autora

Em síntese, os conceitos trabalhados convergem no sentido de terem como objetivo a reabilitação e o bem-estar do indivíduo. A ONU e a OMS buscam alcançar medidas para compensar a perda de uma função ou limitação. A ONU, juntamente com a OPAS, visa também apresentar que, apesar da deficiência, o paciente deve buscar a manutenção da qualidade de vida.

As divergências estão no âmbito do tratamento dispensado e na visão da patologia do indivíduo. A OPAS leva em consideração a contextualização do indivíduo

no meio em que vive, enquanto os demais conceitos consideram apenas o indivíduo. A OMS enfatiza a reabilitação como forma de proporcionar o completo desenvolvimento do potencial do indivíduo, enquanto a ONU visa a adaptação do indivíduo na sociedade, apesar de sua limitação.

Trazendo a análise para o plano nacional, constata-se que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, e a Lei 8080/90 (que regulamenta o SUS), em seu artigo 5º, não mencionam diretamente a questão da reabilitação, trabalhando com o conceito de recuperação, que é diretamente vinculado à promoção e à proteção, realizando-se por meio da integração das ações assistenciais com as atividades preventivas.

Segundo Araújo (2000), a definição de maior uso do termo “recuperação” remete ao ato de recuperar, recobrar ou restaurar o perdido. Neste contexto, a reabilitação surge como uma ação voltada para a recuperação, incluindo medidas para fornecer e/ou restaurar funções, ou ainda compensar a perda ou ausência de uma função ou limitação funcional.

Em termos mais específicos, a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD** define reabilitação como 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, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas adotadas para compensar a perda de uma função ou limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras para facilitar ajustes ou reajustes sociais”* (Ministério da Saúde, 2003).

Para a **Política Nacional de Saúde do Idoso**, as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (Ministério da Saúde, 1999).

Já para a **Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências**, a reabilitação consiste no desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional, não-profissional e educacional, compatível com o seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais.

Observa-se que cada política aqui apresentada segue um conceito definido pelos organismos internacionais, sendo que a Política da PPD deixa claro que adotou o conceito da ONU. A Política de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências deixa implícita que segue o conceito da OMS, enquanto a Política do Idoso tende a seguir o conceito da OPAS.

Esta multiplicidade de abordagens reflete-se diretamente no SUS, pois as áreas que atendem aos usuários que demandam a reabilitação trabalham estes serviços por meio de diferentes abordagens, o que pode gerar falta de consenso na elaboração do planejamento.

3.2 – OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO SUS

No SUS, os serviços de reabilitação são organizados a partir de normatizações elaboradas por diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde. A proposta é que estas normatizações federais induzam e orientem na organização dos serviços nas esferas de gestão do SUS.

A principal dificuldade desta proposta reside no fato de que as diferentes áreas técnicas seguem diferentes concepções de reabilitação e, portanto, elaboram normas diferentes que, por vezes contradizem-se e sobrepõem-se.

Assim, caracterizar e analisar os serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro exige que se identifique as áreas técnicas do Ministério da Saúde que trabalham com serviços de reabilitação, caracterizando e analisando as portarias por elas elaboradas, pois foi a partir destas que os serviços de reabilitação fluminenses organizaram-se.

Entretanto, estas normatizações estão espalhadas e dispersas, não havendo nenhum documento que as reúna. Visando superar esta lacuna - o que é uma demanda do Ministério da Saúde - descreve-se e analisa-se, neste tópico, as diversas normatizações elaboradas pelas áreas técnicas que, no âmbito do MS, trabalham com serviços de reabilitação.

Antes, porém, faz-se necessário compreender alguns conceitos básicos e o papel da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que serve como referência para a elaboração das normas elaboradas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde.

A OMS define serviços de saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (Mendes, 2002). A Lei Orgânica da Saúde – lei 8.080, que regulamenta o SUS, dispõe, em seu artigo 8º, que os serviços de saúde sejam organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade.

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Para a saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos, ou seja, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função (Ministério da Saúde, 2001).

A Regionalização e a hierarquização significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida (Ministério da Saúde, 2001).

Para disciplinar o processo de organização dos serviços de saúde de forma a atender os preceitos legais e a contribuir para a consolidação do SUS, foi elaborada, pelo Ministério da Saúde, em 2001, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001, reeditada em 2002, com a NOAS 01/02, pela PT GM 373/02, que propõe mudar a lógica das normas anteriores, voltadas para a gestão, e aponta caminhos para a superação das dificuldades existentes para a implementação do SUS no que se refere à organização da assistência à saúde.

O objetivo geral da NOAS é *“promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”* (Almeida, mimeo; Ministério da Saúde, 2002).

Para atingir este objetivo, a NOAS passou a incentivar a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Para tanto, dentre outros, instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um dos principais instrumentos deste processo.

O PDR tem como fundamento a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e modelos assistenciais; a criação de redes hierarquizadas de serviços; e o estabelecimento de mecanismos de fluxos de referência (encaminhamento)

e contra-referência (retorno de informações ao nível básico de serviço) intermunicipais. (Ministério da Saúde, 2002).

As Regiões/Microrregiões de saúde são caracterizadas como base territorial de planejamento, definidas no âmbito estadual de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada Estado e podendo compreender um ou mais módulos assistenciais (Ministério da Saúde, 2002).

O Módulo Assistencial é caracterizado como módulo territorial com área de abrangência mínima a ser definida para cada Unidade Federativa, cuja resolubilidade corresponde ao primeiro nível de referência da média complexidade, que engloba as seguintes atividades: fisioterapia, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, psicologia, laboratório, ações de odontologia especializada e leitos hospitalares (Ministério da Saúde, 2002).

3.2.1 - AS ÁREAS TÉCNICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE: PORTARIAS VOLTADAS PARA OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

Além das Normas Operacionais, o Ministério da Saúde edita Normas Técnicas (Políticas, Portarias e outras) que têm como propósito, dentre outras ações, a organização do sistema de saúde.

As ações vinculadas às normatizações em âmbito nacional devem ser seguidas pelos gestores (Federais, Estaduais e Municipais) de acordo com a realidade local, desenvolvendo funções como programação, regulação, controle, avaliação e planejamento de redes de serviços regionalizadas compatíveis com o perfil social, demográfico e econômico da região que apontem para as necessidades de incorporação de profissionais e que possam atender na integralidade as demandas da população.

Com a instauração do governo atual, construiu-se uma nova estrutura administrativa para o Ministério da Saúde, que redundou na criação da Coordenação Geral de Média Complexidade, onde se encontra o grupo de procedimentos de reabilitação. Ainda nesta estrutura, está organizado o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE), no qual as normas são elaboradas por áreas técnicas, fomentando a discussão sobre a organização dos serviços de reabilitação.

A seguir, apresentam-se as áreas técnicas que fazem parte do DAPE, destacando-se as portarias por elas elaboradas que dizem respeito aos serviços de reabilitação:

Área Técnica da Pessoa Portadora de Deficiência

⇒ **Portaria MS/GM N° 1.060, de 05 de junho de 2002.**

A Portaria MS/GM 1.060/02 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PPD), que buscou criar programas de prevenção de incapacidades, qualificar a assistência e os processos de reabilitação no âmbito do SUS, além de promover a igualdade de oportunidades e de acesso aos serviços de saúde para este grupo populacional (Ministério da Saúde, 2002).

Esta política tem como propósito reabilitar a PPD em sua capacidade funcional, de maneira a contribuir para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, proteger sua saúde, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Para o alcance destes propósitos, devem ser estabelecidas diretrizes voltadas para a assistência integral à saúde da PPD e para a organização e o funcionamento dos serviços de atenção voltados para este segmento da população.

De acordo com a portaria, uma das estratégias de assistência integral é a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade: *“A assistência em reabilitação deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação – públicos ou privados e organizações não governamentais - até os centros de referência em reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade”*.

Segundo esta Política, as ações de assistência à saúde destinada às PPDs devem ser inseridas em um sistema amplo, que abranja a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Segundo a Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência, o diagnóstico da deficiência incluirá a doença e sua causa, bem como o grau de extensão de lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico funcional, real ou potencial também deverão ser diagnosticados com precisão, servindo de base para a definição do programa de reabilitação.

Os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família terão um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias da reabilitação baseadas na comunidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de forma a garantir a qualidade e a integralidade do atendimento, apresentando um enfoque funcional e integral, respeitando as especificidades de cada caso.

As instituições de reabilitação devem dispor, ainda, de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, estando adequados ao nível de complexidade que se destinam.

Esta Política considerou como parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órteses e próteses, pois tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência.

A organização e o funcionamento dos serviços de reabilitação devem ser disponibilizados de forma descentralizada e participativa, ou seja, conduzidas segundo as diretrizes do SUS. Assim, a organização comportará pelo menos três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenções ambulatorial e hospitalar especializada. Além disto, o atendimento domiciliar deve ser trabalhado.

Com relação à atenção básica, as ações de reabilitação visam a *“favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação. As medidas, definidas neste nível deverão partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações deverão ser desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada”*.

Já no nível de atenção secundária, *“...a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas e*

terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo como base um sistema de referência e contra-referência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. Neste nível será essencial o fornecimento de órteses e próteses; equipamentos auxiliares e bolsas de ostomia. Suas ações deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar”.

O nível terciário (ambulatorial e hospitalar) “*deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau, justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados”.*

Segundo esta Política, a articulação dos gestores (Federais, Estaduais e Municipais) faz-se necessária para a formação de redes regionalizadas, descentralizadas e hierarquizadas de serviços de reabilitação.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 303, de 02 de julho de 1992.**

Esta portaria definiu as normas necessárias para o atendimento de reabilitação em nível hospitalar, discriminando os tipos de serviços (leito ou unidade de reabilitação em hospital geral e hospital ou centro especializado em reabilitação), os recursos humanos (RH) e os recursos físicos (RF) indispensáveis para o funcionamento destes serviços. Essas normas têm como diretrizes os princípios da universalidade, da hierarquização, da regionalização e da integralidade das ações.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 305, de 02 de julho de 1992.**

A Portaria SAS/MS 305/92 incluiu no Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, os seguintes grupos de procedimentos relacionados a tratamento em reabilitação em pediatria - 67.300.01-4 e tratamento em reabilitação em clínica médica - 67.500.01-3.

Esta Portaria estabelece o pagamento máximo de 45 diárias por Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Após este período, havendo necessidade do paciente permanecer internado, a Unidade Assistencial deve solicitar nova AIH.

As Secretarias Estaduais de Saúde, só autorizarão o cadastramento dos leitos para tratamento em reabilitação nas unidades hospitalares, após uma avaliação baseada nas normas estabelecidas da PT SAS/MS N°303/92.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 304, de 02 de julho de 1992.**

Estabeleceu as normas necessárias para o atendimento de reabilitação em nível ambulatorial, discriminando os serviços por nível de complexidade (unidade básica, centros de saúde, ambulatório e núcleos/centros de atenção à saúde da PPD), os recursos humanos (RH) e os recursos físicos (RF) necessários para o funcionamento destes serviços.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 306, de 02 de julho de 1992.**

A Portaria SAS/MS 306/92 incluiu no Sistema de Internação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS os códigos dos procedimentos relacionados ao atendimento em Núcleos/Centros de reabilitação – 1 e 2 turnos.

⇒ **Portaria GM/MS N°818, de 05 de junho de 2001.**

Esta Portaria estabeleceu os mecanismos necessários para a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência. Determinou ainda, que as secretarias de saúde (estaduais e do Distrito Federal) organizem suas respectivas redes de assistência ao portador de deficiência física em conformidade com as diretrizes contidas na NOAS-SUS 01/01: universalizadas, integrais, regionalizadas, integradas por serviços hierarquizados e níveis de complexidade, de modo a garantir assistência multiprofissional, com métodos e técnicas terapêuticas específicas.

Definiu também, alguns mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada. As redes Estaduais de assistência a PPD física devem ser integradas pelos “Serviços de Reabilitação Física - primeiro nível de referência intermunicipal”, pelos “Serviços de Reabilitação Física – nível intermediário”, pelos “Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e Leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado”.

Estas redes deverão estar organizadas de acordo com os princípios da universalidade e da integralidade das ações de saúde, por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando métodos e técnicas terapêuticas específicas de cada nível.

Os “Serviços de Reabilitação Física – nível intermediário” e os “Serviços de Referência em Medicina Física” possuem seus quantitativos máximos determinados na portaria e definidos por unidade da federação, enquanto os dos “Serviços de Reabilitação Física – primeiro nível de referência intermunicipal” são estabelecidos pelo PDR, sendo recomendada a instalação de pelo menos um serviço para cada módulo assistencial.

Os leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado devem ser dimensionados e cadastrados de forma a atender às necessidades estaduais e regionais de cobertura populacional e de referência estadual de assistência à PPD física. Sua distribuição geográfica deve obedecer às necessidades epidemiológicas e de cobertura populacional de cada unidade da federação.

A Portaria determinou ainda, que as Secretarias estaduais e do Distrito Federal de saúde constituam suas redes de assistência à PPD física, estabelecendo os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 185, de 05 de junho de 2001.**

Alterou a descrição dos serviços e procedimentos constantes da tabela de procedimentos do SIA/SUS, adequando-os à criação das redes estaduais de assistência à PPD física.

Os códigos dos procedimentos inseridos na tabela são:

Código 19.141.02 – 5: *“atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo (será cobrado no SIA/SUS, por meio de Boletim de Pronto Atendimento - BPA/formulário ou BPA/magnético)”*.

Código 19.141.02-5: *“atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação – dois turnos paciente/dia (máximo de 20 atendimentos/mês)”*.

Código 19.141.03-3 “*atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação – um turno – paciente/dia (máximo de 20 atendimentos/mês)*”.

Código 19.141.04-1 “*atendimento de média complexidade a pacientes que demandem cuidados de reabilitação física – 01 turno – paciente/dia (máximo de 15 atendimentos/mês)*”.

Esta portaria determinou que, para o cadastramento de novas unidades, os gestores estaduais e municipais devem observar as disposições da PT 818/01, que trata da criação de mecanismos para a organização e a implantação de redes estaduais de assistência à PPD física e estabelece as normas de cadastramento dos serviços que prestam essa modalidade de atendimento.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 116, de 09 de setembro de 1993.**

Incluiu no SIA/SUS a concessão de órteses e próteses (O/P) e bolsas de colostomia. Esta concessão de O/P ambulatorial, bem como a adaptação e o treinamento do paciente, deve ser realizada por unidades públicas de saúde designadas pelas Comissões Intergestoras Bipartite. Cabe ao gestor estadual/municipal, em conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer os fluxos necessários para a concessão, objetivando as necessidades do usuário.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 146, de 14 de outubro de 1993.**

Estabeleceu as diretrizes gerais para a concessão de O/P pela assistência ambulatorial. Determinou ainda, que a coordenação, a supervisão, o controle, a avaliação e a aquisição das O/Ps são de responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais, que devem definir os critérios e fluxos necessários para a concessão.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 432, de 14 de novembro de 2000.**

Regulamentou os procedimentos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva (DA), bem como a concessão de próteses auditivas nos Sistemas de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS.

⇒ **Portaria GM/MS N° 1.531, de 04 de setembro de 2001.**

Instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva a pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva. (DMP), determinando que as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal adotem as medidas necessárias para a implantação deste Programa.

⇒ **Portaria SAS/MS N° 364, de 05 de junho de 2001.**

Incluiu nas tabelas de serviços e de classificação dos serviços do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e assistência a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva, de modo a possibilitar a implementação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a pacientes portadores desta distrofia, de que trata a PT 1.531/01.

Apresenta-se a seguir uma síntese das Portarias editadas pela área técnica da PPD:

TABELA 2 – SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DA PPD.

PT	Normas (ambulatorial)			Normas (Leitos)			Procedimento		Rede de Referência	Política	O/P	Programa
	RH	RF	Assistência	RH	RF	Assistência	SIA	SIH				
n°1.060												
n°303												
n°305												
n°304												
n°306												
n°818									PPD (físico)			
n°185												
n°116								O/P				
n°146	Diretrizes/fluxos O/P											
n°432								DA				
n°1.531												DMP
n°364								DM				

Fonte: PT 1.060/02; PT 303/92; PT304/92; PT 306/92; PT818/01; PT 185/01; PT 116/93; PT146/93; PT 432/00; Pt 1.531/01; PT364/01

Legenda: RH - Recursos Humanos; RF – Recursos Físicos; SIA - Sistema de Informação Ambulatorial; SIH- Sistema de Informação Hospitalar; O/P - órtese e prótese; DMP- Distrofia Muscular Progressiva; DA – Deficiência Auditiva; DM- Distrofia Muscular

Composição elaborada pela autora

Constata-se que a área técnica da PPD propõe a organização dos serviços de reabilitação no que se refere a procedimentos (pagamento) em nível ambulatorial e hospitalar, estabelecendo normas para estes níveis de atendimento, para a distribuição

de O/P e bolsas de colostomia, além da formação de uma rede de referência no atendimento da PPD física.

Na atenção ambulatorial, são cinco portarias que estabelecem códigos para os procedimentos deste nível: a PT 306, que cria código para os serviços em núcleos/centros de reabilitação; a PT185, que cria quatro códigos: (1) reabilitação visual, auditiva, mental e autismo, (2) atendimento de alta complexidade em medicina física e reabilitação (Dois Turnos pcte/dia - Max. 20 atendi. /mês), (3) atendimento de alta complexidade em medicina física e reabilitação (Um Turno pcte/dia - Max. 20 atendi. /mês), (4) atendimento de média complexidade em reabilitação física (Um Turno pcte/dia - Max. 20 atendi. /mês); a PT 116, que cria código para a concessão de O/P e bolsas de colostomia; a PT 432 que cria códigos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva e a PT 364 que cria serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e assistência a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva.

Na atenção hospitalar, apenas uma portaria, a 305, cria códigos para o cadastramento de leitos para tratamento em reabilitação.

Em síntese, verifica-se que em relação à atenção ambulatorial, esta área estabelece o cadastramento de serviços para grupos populacionais específicos, sobretudo no que se refere à Média Complexidade, e ainda propõe a distribuição dos serviços de forma hierarquizada.

Quanto à regionalização dos serviços, pode-se inferir que a Portaria 818 propõe a organização e a implantação das redes estaduais, que devem estar de acordo com o PDR, apesar desta rede ser referenciada apenas para a reabilitação física.

Observa-se ainda, que as normatizações elaboradas pela área técnica da pessoa portadora de deficiência traduzem a conceituação preconizada pela ONU, à medida em que estas buscam alcançar e manter uma situação funcional ótima, tendo a qualidade de vida como objetivo a ser alcançado.

Neste sentido, propõe a organização de serviços nos três níveis de atenção, ou seja, desde a reabilitação mais básica ou geral até as atividades mais específicas. Este conceito tem ainda seu enfoque restrito ao atendimento do indivíduo.

Área Técnica do Idoso

⇒ **Portaria MS/GM N° 1.395, de 10 de dezembro de 1999.**

Aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso que tem como propósito basilar a promoção, a prevenção, recuperação e a reabilitação dos idosos que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, executando, de forma independente, suas funções na sociedade.

Para alcance destes propósitos são definidas algumas diretrizes, dentre elas, a assistência às necessidades de saúde do idoso e a reabilitação da capacidade funcional comprometida.

Na assistência prestada aos idosos, os serviços deverão possuir equipes multiprofissionais e interdisciplinares, preparadas para receber pacientes classificados como totalmente dependentes. Aqueles cujas causas que levam à necessidade de reabilitação forem consideradas como graves, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, deverão ser submetidos à reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se assim, uma longa permanência nos hospitais.

Nas ações relacionadas à reabilitação da capacidade funcional comprometida, o foco principal da portaria foi a reabilitação precoce, mediante a qual se busca prevenir a evolução e recuperar a funcionalidade incipiente, de modo a evitar que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Este trabalho envolve práticas de trabalho típicas de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Para esta Política, no conjunto das ações que integram a reabilitação devem ser incluídas a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos e tecnologias assistivas (andador, bengala...). Estas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção, em especial nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e ao tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

⇒ **Portaria GM/MS N°702, de 12 de abril de 2002.**

Definiu mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Estes mecanismos foram definidos a partir de aspectos como a necessidade de adotar medidas que fortalecessem o desenvolvimento de ações que visassem o incremento das diretrizes essenciais da Política Nacional do Idoso; a necessidade de estimular ações e iniciativas que visassem a mudança do modelo assistencial à saúde do idoso, privilegiando a atenção integral ao idoso de forma mais humanizada, com ações de prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde que exigissem a participação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares e outras.

Os Centros referenciados nesta portaria dizem respeito a um hospital que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para prestarem assistência à saúde dos idosos, de forma integral e integrada. Devem dispor de internação hospitalar, de ambulatório especializado em saúde do idoso, de hospital dia geriátrico, de assistência domiciliar de média complexidade e da capacidade de se constituir em referência para a Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso.

O quantitativo estabelecido para os centros de referência segue os critérios estabelecidos na Portaria, sendo destinados ao Estado do Rio de Janeiro o quantitativo de até 07 Centros.

A Portaria determinou que uma vez definida a rede estadual de assistência à saúde do idoso, as Secretarias Estaduais de Saúde devem estabelecer os fluxos assistenciais, os mecanismos de referência e contra-referência dos pacientes idosos e as providências necessárias para que haja uma articulação assistencial entre a rede constituída e a rede básica e o Programa de Saúde da Família – PSF.

⇒ **Portaria GM/MS N°249, de 12 de abril de 2002.**

Aprovou as normas de cadastramento de centros de referência em assistência à saúde do idoso. O hospital cadastrado deve dispor de um número de leitos instalados e cadastrados pelo SUS igual ou maior do que 100 (cem), destinando aos idosos um percentual de, no mínimo, 10%.

Os centros de referência serão responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas seguintes modalidades assistenciais: internação

hospitalar; atendimento ambulatorial especializado; hospital-dia e assistência domiciliar (de curta, média e longa permanência), devendo estar em conformidade com as diretrizes da Política do Idoso, ou seja, ter como uma das ações a reabilitação da capacidade funcional.

⇒ **Portaria GM/MS N°738, de 12 de abril de 2002.**

Incluiu o grupo 85.100.12-9 (Internação Domiciliar I) na Tabela de Procedimentos do SIH/SUS, utilizando o código 85.500.93-3 para curta permanência, o 85.500.94-1, para média permanência, e o 85.500.95-0, para longa permanência.

Abaixo, apresenta-se a síntese das Portarias editadas pela área técnica do Idoso.

TABELA 3 - SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DO IDOSO

PT	Procedimento SIH/SUS	Rede de Referência	Política
N°1.395			
n°702			
n°249		Cadastramento	
n°738			

Fonte:PT 1.395/99; PT 702/02; PT249/02; PT738/02
Composição elaborada pela autora

Constata-se que a área técnica do idoso propõe a criação de uma rede estadual de assistência à saúde voltada para este grupo populacional, por meio da PT 702, que estabelece que o serviço de reabilitação deve estar presente em todos os níveis de atenção. A organização da rede de referência proposta por esta portaria contempla a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar.

A PT 738 inclui na tabela SIH/SUS três procedimentos para assistência domiciliar geriátrica de curta, média e longa permanência e dois procedimentos para hospital-dia (um e dois turnos).

Os critérios para funcionamento dos Centros de Referência seguem as normas de cadastramento dos serviços, nos quais estão contemplados os recursos humanos, físicos e assistenciais necessários.

Ressalta-se que a hierarquização não está presente na elaboração dos critérios de inclusão dos procedimentos formulados por esta área técnica na PT 738, a qual cria apenas procedimentos de internação hospitalar de curta, média e longa permanência. Porém, a hierarquização pode estar implícita quando contempla os diversos níveis de atenção, mesmo que no âmbito hospitalar, na PT 702.

Na análise das normatizações, referenciadas pela área técnica do idoso, pode-se inferir que esta adotou o conceito utilizado pela OPAS, que visa a manutenção da saúde e bem estar, envolvendo a família e a comunidade em suas proposições, através da assistência domiciliar e do Programa de saúde da família.

Área Técnica de Saúde Mental

⇒ **Portaria GM/MS N° 1.635, de 12 de novembro de 2002.**

Incluiu no SIA/SUS os procedimentos específicos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo, que consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui também a avaliação, a estimulação e a orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo (máximo de 20 procedimentos/paciente/mês).

Segundo a Portaria as unidades cadastradas no SIA/SUS poderão realizar os seguintes procedimentos: 19.141.01-7 (atendimentos a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação); 19.151.03-9 (atendimento em Oficinas Terapêuticas I); 19.151.04-7 (atendimento em Oficinas Terapêuticas II) entre outros.

A Portaria estabeleceu também que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS e que possuam o serviço de reabilitação com classificação 18/100 (reabilitação mental/autismo) poderão realizar/cobrar o procedimento referente ao código 38.081.01-6 (acompanhamento de pacientes que necessitam de estimulação neurossensorial).

⇒ **Portaria GM/MS N° 189, de 20 de março de 2002**

Incluiu no SIH/SUS o grupo de procedimentos referente aos códigos: 63.100.05-3 - acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e 63.001.57-8 – acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial que poderá somente ser efetuada pelo CAPS III.

Em relação ao SIA/SUS, incluiu os procedimentos do grupo 38.000.00-8 (que corresponde a 12 códigos), relacionado ao conjunto de atividades desenvolvidas pelos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), e os códigos de descrição de serviços relacionados à classificação do serviço 14 (serviços de atenção Psicossocial).

⇒ **Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002**

Estabeleceu que os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) deverão ser constituídos das seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAP III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS deverão estar disponibilizados em serviços ambulatoriais de atenção diária, em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

A portaria definiu os recursos humanos (RH) e assistenciais necessários para o funcionamento desses serviços e a localização dos CAPS por abrangência populacional: CAPS I, de 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II, de 70.000 a 200.000 habitantes; CAPS III, acima de 200.000 habitantes; CAPSi¹ II, cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro definido pelo gestor; e CAPSad² II, acima de 70.000 habitantes.

A seguir, apresenta-se a síntese das Portarias editadas pela área técnica de Saúde Mental.

TABELA 4 – SÍNTESE DAS PORTARIAS EDITADAS PELA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL

PT	Normas (ambulatorial)		Procedimento	
	RF	Assistência	SIA	SIH
n°1.635				
n°186				
n°336				

Fonte: PT 1.635/02; PT 186/02; PT336/02
Composição elaborada pela autora

¹ CAPSi II – Centro de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes (Portaria GM/MS 336/02).

² CAPSad II - Centro de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Portaria GM/MS 336/02).

Verifica-se que a área técnica de saúde mental apresenta, na organização dos serviços de reabilitação, normas que propõem a regionalização dos serviços a partir da distribuição por abrangência populacional. Os níveis de atenção são trabalhados por esta área, no que se refere a procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Na análise das normatizações referenciadas pela área técnica de saúde mental, não identificou-se nenhuma referência ao conceito de reabilitação a ser adotado por esta área. Contudo, podemos inferir que esta segue o conceito preconizado pela OPAS, que visa a manutenção da saúde e bem estar, envolvendo a família e a comunidade em suas proposições.

Em relação à organização de serviços não observou-se nenhuma referência à hierarquização, porém estas estão disponibilizadas na atenção hospitalar.

Área Técnica de Trauma e violência

⇒ **Portaria GM/MS N°737, de 16 de maio de 2001.**

Aprovou a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências, adotando como diretrizes a necessidade de estruturação e de consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação, apoiando a organização dos serviços em redes regionalizadas, hierarquizadas e descentralizadas.

Observa-se que esta área técnica adotou como conceito de reabilitação o utilizado pela OMS, contudo não faz nenhuma menção aos aspectos relacionados às normas para a organização dos serviços de reabilitação.

Área Técnica de Dermatologia Sanitária

Nesta área técnica não foram encontradas portarias que fizessem referência direta aos serviços de reabilitação, porém nas “*Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle da Hanseníase*” (Ministério da Saúde, 2000) e no “*Guia para Implantar/Implementar as atividades de controle da Hanseníase nos Planos Estaduais e*

Municipais de Saúde” (Ministério da Saúde, 1999) fazem menção à organização de serviços de reabilitação.

A primeira coloca a necessidade de desenvolver ações de recuperação e reabilitação na elaboração de programas de capacitação para a equipe básica, bem como envolver a família e a comunidade nos processos de cura, tratamento e reintegração social.

A segunda normativa dispõe que a organização dos serviços voltados para as pessoas com hanseníase, deve contemplar elementos como a reabilitação física e psicossocial, além do tratamento de incapacidade física de acordo com os níveis de complexidade. Para atender tais serviços, faz-se necessário a integração com outras áreas técnicas. Coloca ainda, que os serviços devem estar organizados para atender aos diferentes níveis de complexidade de atenção, respeitando as realidades locais e regionais.

Área Técnica de Álcool e Drogas

⇒ Portaria GM/MS 816 de 30 de abril de 2002

Instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que define estratégias específicas de enfrentamento e fortalecimento da rede de assistência a este grupo populacional, enfatizando a reabilitação e a reinserção social. Dentre estas, inclui-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), que deverão utilizar-se dos recursos terapêuticos disponíveis para promover o mais amplamente possível a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

Na análise das normatizações, referenciadas por esta área técnica, não identificou-se nenhuma referência ao conceito de reabilitação a ser adotado. Contudo, podemos inferir que esta segue o conceito preconizado pela OPAS, onde visa a manutenção da saúde e bem estar, envolvendo a família e a comunidade em suas proposições.

3.2.2 – UMA ANÁLISE DAS PORTARIAS ELABORADAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS DO DAPE

Na análise das diversas normatizações que norteiam a organização dos serviços de reabilitação, observa-se a superposição dos mesmos, considerando que existem serviços referenciados que prestam assistência em reabilitação para idoso, para deficiente, para deficiente mental e outros, refletindo uma organização de sistema fragmentada, verticalizada e centrada em patologias.

As superposições podem ser evidenciadas nas Portarias 1.635/02; 189/02 e na 185/02, código 19.141.02-5, onde normatizam um mesmo atendimento, voltado ao deficiente mental. Em relação à reabilitação auditiva observamos a superposição nas Portarias 432/00 e na 185/02 (código 19.141.02-5).

Na análise dessas portarias observa-se que todas tratam de questões relacionadas à reabilitação, tornando clara a fragmentação de sua abordagem.

Estas portarias são planejadas na esfera nacional, determinando a adoção da padronização dos serviços a serem cadastrados, não considerando as diferenças regionais e locais, refletindo assim uma proposição verticalizada.

Em relação aos recursos humanos, estas normas restringem o objeto de trabalho de cada grupo ou profissional isolado, estabelecendo os limites de atuação sem estimular o envolvimento com os problemas de saúde.

No que diz respeito às patologias relacionadas à instalação de incapacidades, não se identificou nenhum estudo epidemiológico ou de patologias como referência, contudo na análise das portarias que definem a inclusão de procedimentos de reabilitação hospitalar, observou-se os prováveis CIDs 10 interligados a cada atendimento, como demonstra a tabela 5.

**TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS DE PATOLOGIAS REFERENTES AO CID 10
INSERIDOS NOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÃO ESTABELECIDOS PELAS ÁREAS
TÉCNICAS**

	Área Técnica da Pessoa com Deficiente	Área Técnica de Saúde Mental	Área Técnica do Idoso	Área Técnica de Álcool e Drogas
Código Internacional de Doenças - CID 10	G80 a G82 Paralisia cerebral e outras síndromes	F00 a F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	C07 Neoplasia maligna da glândula parótida	F10 a F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas
	G93 outros transtornos do encéfalo	F10 a F19 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas	D38 Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido do ouvido médio e dos órgãos respiratórios e intratorácicos	F20 a F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
	G97 Transtornos pós-procedimento do sistema nervoso não classificados em outra parte	F20 a F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	I10 Hipertensão essencial primária	F30 a F39 Transtornos do humor (afetivos)
	I69 Sequelas de doenças cerebrovasculares	F30 a F39 Transtornos do humor (afetivos)	I15 Hipertensão secundária	F40 a F48 Transtornos neurológicos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes
	M 45 Espondilopatias anquilosante	F40 a F48 Transtornos neurológicos, transtornos relacionados ao "stress" e transtornos somatoformes	M15 Poliartrose	F50 a F54 Síndromes comportamentais associadas à disfunção fisiológica e a fatores físicos
	M62 Outros transtornos musculares	F50 a F59 Síndromes comportamentais associadas à disfunção fisiológica e a fatores físicos	M31 Outras vasculopatias necrotizantes	F60 a F63 e F66 a F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
	M67 Outros transtornos das sinóvias e dos tendões	F60 a F64 e F68 e F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	M34 Esclerose sistêmica	F70 a F72 Retardo mental
	M96 Transtornos osteomusculares pós procedimentos não classificados em outra parte	F70 a F79 Retardo mental	M35 Outras afecções sistêmicas do tecido conjuntivo	F84 a F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico
	R26 Anomalias da marcha e da mobilidade	F80 a F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico	M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo em doenças classificadas em outra parte	F90 a F95 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
	R68 Outros sintomas e sinais gerais	F90 a F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	M46 Outras espondilopatias inflamatórias	F99 Transtornos mentais não especificados
	T90 Sequelas de traumatismo da cabeça	F99 Transtornos mentais não especificados	M48 Outras espondilopatias	
	T91 Sequelas de traumatismo do pescoço e do tronco		M49 Espondilopatias em doenças classificadas em outras partes	
	T93 Sequelas de traumatismo do membro inferior		M80 Osteoporose com fratura patológica	
	Deficiente auditivo		M86 Osteomielite	
	G71 Transtornos primários dos músculos		M87 Osteonecrose	
	H60 Otite externa		M93 Outras osteocondropatias	
	H61 Outros transtornos do ouvido externo		M94 Outros transtornos das cartilagens	
	H62 transtornos do ouvido externo em doenças classificadas em outra parte			
	H65 a H74 Doenças do ouvido médio e da mastóide			
	H80 a H83 Doenças do ouvido interno			
H90 a H95 outros transtornos do ouvido				

Fonte: Códigos das Portarias e Sistema de Informação Hospitalar

Composição: elaborado pela autora

Na análise da tabela 5, verifica-se que algumas patologias não estão sendo contempladas, no âmbito hospitalar como, por exemplo, o atendimento relacionado à reabilitação cardíaca, respiratória, queimados e outros.

Está situação, além de promover uma má assistência à população, pode levar a um inadequado diagnóstico, bem como um elevado custo das internações.

No que se refere ao nível ambulatorial não se pode analisar as prováveis patologias, à medida que o sistema de informação (SIA), não dispõe dos dados relacionados ao CID 10.

Constata-se então, que as normatizações nacionais traduzem uma carência da organização dos serviços para a deficiência visual e auditiva, ao mesmo tempo que privilegia a organização voltada à deficiência mental e motora. Outra carência a ser apontada é a necessidade de referências que traduzam o conhecimento adequado das prováveis patologias a serem demandadas para os serviços de reabilitação.

Assim, estas portarias elaboradas pelas áreas técnicas, bem como a Norma Operacional de Assistência a Saúde, instrumentalizam estados e municípios na organização dos seus serviços de reabilitação.

IV. O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

4.0 – A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CADASTRADOS NO SUS

As normatizações referenciadas no capítulo anterior têm por objetivo orientar os estados na organização dos serviços de reabilitação, devendo estes adequá-las de acordo com a sua necessidade e realidade local.

O Estado do Rio de Janeiro foi selecionado como estudo de caso, por ter se destacado no cumprimento dessas normatizações, no que se refere ao atendimento voltado ao deficiente, além da facilidade de acesso aos dados e informações necessárias para a análise da organização dos serviços de reabilitação. Acrescenta-se a estes fatores, o acesso direto aos dirigentes deste Estado.

Para estabelecer em que contexto os serviços de reabilitação se inserem no Estado do Rio de Janeiro é necessário conhecer as características gerais do Estado, bem como o seu instrumento de regionalização (PDR).

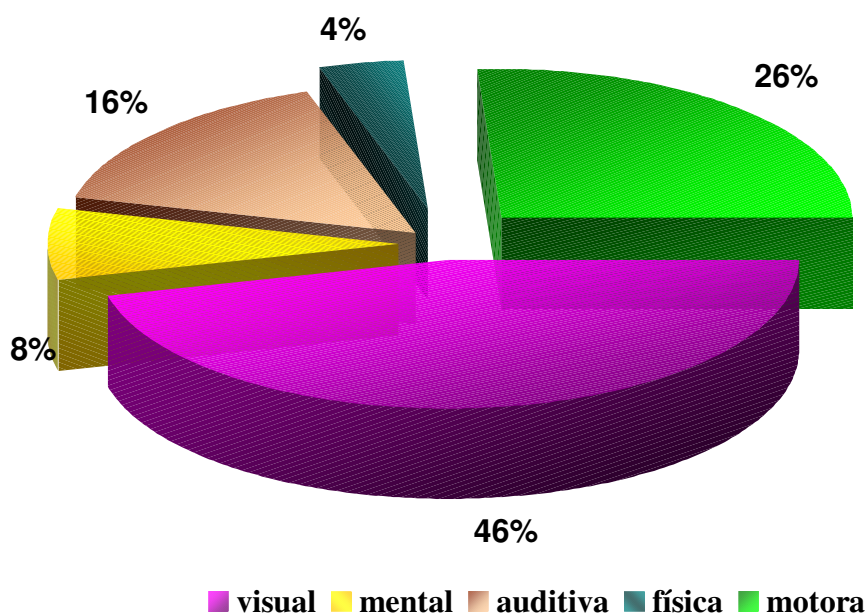
O conhecimento da população, tipo de deficiência por faixa etária, taxa de mortalidade, principais causas de internação, oferta de leitos e distribuição dos serviços de reabilitação nas microrregiões compõem este cenário da organização dos serviços.

4.1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DO ESTADO

O Estado do Rio de Janeiro possui 43.910 Km² (0,56% da área do Brasil), é um dos quatro que compõem a Região Sudeste do Brasil, fazendo fronteira com todos os outros (MG, SP e ES). Apesar disso, suas divisas marítimas são mais extensas que as terrestres, sendo banhado pelo Oceano Atlântico, ao sul, pela Baía de Guanabara, a leste, e pela Baía de Sepetiba, a oeste.

De acordo com o IBGE (2003), a população do Estado no Censo Demográfico de 2000 era composta por 14.392.106 habitantes, cerca de 52% pertenciam ao sexo feminino e 48% ao masculino. Destes habitantes 14,81% declararam possuir pelo menos uma deficiência ou incapacidade, sendo os portadores de deficiência visual o de maior representatividade, correspondendo a 46% do total de PPD no Estado do Rio de Janeiro, conforme demonstrado no gráfico 1.

GRÁFICO 1 – PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO POR TIPO DE DEFICIÊNCIA



Fonte: IBGE,2003

Composição: elaborado pela autora

Para a realização da pesquisa que deu origem aos dados do Censo de 2000, o IBGE adotou um conceito ampliado de deficiência compatível com as recomendações internacionais, especialmente com a Internacional Classification Of Functioning, Disability and Health ICF (2001) divulgado recentemente pela OMS. Este conceito inclui a percepção que as pessoas pesquisadas têm em relação às alterações provocadas pela deficiência na sua incapacidade de realização, no seu comportamento e na participação social (IBGE,2003).

Contudo, o conceito de deficiência não é homogêneo, ou seja, existem várias diferenças na utilização, entre eles está o da OMS, que considera “deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica ou anatômica”. Outro fator que diverge é a categorização da deficiência como: deficiência física, auditiva, visual, mental e múltipla (decreto 3.298/99), já o IBGE categoriza como deficiência mental, física, visual, auditiva e motora.

A predominância urbana deste contingente é altamente significativa, se apresenta desde 1970, muito superior para o Brasil como um todo, atingindo 96% do patamar, próximo ao de pessoas com mais de 10 anos e alfabetizadas, que totalizaram 93,7% do total.

Abaixo apresentamos o quadro demonstrativo do Censo demográfico de 2000, fornecido pelo IBGE 2003, da população residente, por tipo de deficiência segundo os grupos populacionais do Estado do Rio de Janeiro.

TABELA 6 – POPULAÇÃO RESIDENTE, POR TIPO DE DEFICIÊNCIA, SEGUNDO OS GRUPO DE IDADE ELABORADA PELO CENSO DEMOGRÁFICO DE 2000

Situação do domicílio e grupos de idade	População residente								
	Total (1) (2)	Pelo menos uma das deficiências enumeradas	Deficiência mental permanente	Tipo de deficiência					
				Deficiência física		Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	Incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	Nenhuma destas deficiências (4)
				Tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente	Falta de membro ou de parte dele (3)				
Total Rio de Janeiro	14 392 106	2 131 762	254 445	85 599	35 367	1 383 876	468 759	775 653	12 098 315
0 a 4 anos	1 221 212	25 144	8 139	1 297	518	5 446	2 477	12 307	1 174 405
5 a 9 anos	1 195 504	48 914	12 572	2 254	834	26 864	9 103	7 801	1 128 967
10 a 14 anos	1 203 138	70 833	15 386	2 257	874	45 789	11 384	9 131	1 117 259
15 a 19 anos	1 316 110	79 668	16 458	2 597	1 496	51 103	11 126	10 776	1 222 012
15 a 17 anos	762 888	44 964	9 083	1 430	787	28 948	6 238	5 873	709 427
18 e 19 anos	553 222	34 704	7 375	1 167	709	22 155	4 888	4 903	512 585
20 a 24 anos	1 300 753	89 593	17 224	2 875	1 897	56 055	13 736	13 874	1 196 285
25 a 29 anos	1 165 266	96 135	17 177	3 542	1 830	58 494	16 028	17 163	1 056 091
30 a 34 anos	1 123 614	110 381	18 242	3 772	2 189	64 449	19 628	24 797	1 000 884
35 a 39 anos	1 134 333	137 926	20 559	4 803	2 747	82 035	23 899	35 716	984 924
40 a 44 anos	1 037 647	192 345	20 261	5 041	3 125	136 637	30 312	46 975	835 147
45 a 49 anos	885 402	215 661	18 222	6 020	3 439	161 655	33 065	60 047	661 808
50 a 54 anos	720 494	199 032	16 093	5 889	3 058	142 980	35 039	67 280	514 829
55 a 59 anos	546 914	169 730	13 250	6 878	2 874	116 438	35 340	70 072	372 079
60 a 64 anos	470 251	168 849	13 872	7 639	2 941	108 532	40 895	81 483	297 643
65 a 69 anos	389 561	158 337	12 116	7 999	2 406	98 917	44 209	82 495	228 235
70 a 74 anos	306 036	141 857	11 581	7 457	2 102	87 589	46 044	81 126	161 859
75 a 79 anos	192 835	105 502	9 529	6 265	1 634	65 057	39 301	66 001	85 999
80 anos ou mais	183 035	121 854	13 766	9 013	1 400	75 836	57 174	88 606	59 888

Fonte: IBGE, 2003

Composição: IBGE, 2003

Ao analisarmos a tabela 6, verificamos que nas faixas menores que 05 anos, cerca de 8,5% da população total, sendo que destes 2,1% apresentam pelo menos um tipo de deficiência ou incapacidade. As faixas de 5 a 9 anos, representam 8,3% da população total, sendo que destes 4,1%, possuem pelo menos um tipo de deficiência.

O grupo de adolescente, dos 10 aos 19 anos, apresenta uma faixa importante na população cerca de 17,5%, dos quais 6,0% possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade.

A população adulta, nas faixas de 20 a 39 anos representa 32,8% da população total do Estado, sendo que destes 9,2% apresentam pelo menos um tipo de deficiência

ou incapacidade. Já nas faixas 40 a 59 representam 22,2% da população total do Estado, dos quais 24,3% possuem pelo menos um tipo de deficiência ou incapacidade.

A população idosa representa hoje cerca de 10,7% da população total do Estado, sendo que destes 4,1% apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade, dos quais 27,28% são do sexo feminino e 17,89% do masculino (IBGE, 2003).

Segundo consta no estudo de Aglomerados de Saúde do RJ (2002) a distribuição da população por sexo e idade do Estado, nos anos de 1980, 1991 e 1996, indica uma tendência de envelhecimento da população. Mas observamos que a faixa em que apresenta o maior percentual de deficiência em proporção à população é dos 40 a 59 anos de idade.

De acordo com o “Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro” (SES/RJ, 2002), a Taxa de Mortalidade Geral, no ano de 2000, foi de 825,2 óbitos/100.000 hab. As cinco principais causas de morte, de acordo com o CID, foram as doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Causas Externas, Mal Definidas e Doenças do Aparelho Respiratório.

Ainda, em relação às principais causas de morte, a causa indeterminada, ou seja, o não conhecimento da causa de morte, vem apresentando elevados percentuais tanto para o Estado como para cada uma das Regiões de Governo. Sendo em 1999 responsáveis por 9,1% das mortes no Estado, em 2000 este percentual foi de 9,6% portanto a causa indeterminada é ainda uma questão relevante em todo o Estado (SES/RJ, 2002).

Atendo-se às internações realizadas no Estado pelo SUS, as causas de maior frequência estão relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV do CID 10). Neste grupo, chama a atenção o grande número de internações nas faixas de idade 10 e 19 anos, representando 25% do total das internações (SES/RJ, 2002).

Em segundo lugar estão as internações das doenças do aparelho respiratório (Capítulo X do CID 10), em seguida as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX do CID 10), e depois as relacionadas à saúde mental (Capítulo V do CID 10) (SES/RJ, 2002).

Além disto, há dados de morbidade sobre idosos que demonstram que as internações no SUS por Doenças Respiratórias Agudas vêm aumentando nos últimos anos, representando em 2000, 42,2% do total de internações nesta faixa (SES/RJ, 2002).

A tuberculose configura-se como um dos mais graves problemas do Estado Os municípios de Duque de Caxias, São João do Meriti, Magé, Niterói, São Gonçalo, Belford Roxo, Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Queimados, são considerados prioritários para o Programa de Controle da Tuberculose da SUSC/SES/RJ (SES/RJ, 2002).

A hanseníase, que hoje caminha para a sua eliminação como problema de saúde pública, ainda é endêmica no Estado do Rio de Janeiro, apresentando altas taxas de detecção da doença encontrada na série histórica dos coeficientes de detecção de casos novos e manutenção da doença (Plano Estadual 2002).

A tabela a seguir apresenta os leitos hospitalares do SUS, distribuídos por especialidade e região. Nela, contata-se que a oferta de leitos para internação aponta para um excessivo quantitativo de leitos em algumas especialidades como a Psiquiatria e a de Cuidados Prolongados, e uma oferta aquém dos parâmetros recomendados para a Clínica Médica (SES/RJ, 2002).

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS HOSPITALARES DO SUS POR ESPECIALIDADES, POR REGIÃO

Rede de Saúde/ Municípios	Clínica Médica	Cuidados Prolongados	Clínica Psiquiátrica	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica	Clínica Pediátrica
Baía da Ilha Grande	137	-	37	39	48	63
Baixada Litorânea	268	-	20	126	137	72
Centro Sul Fluminense	359	-	2.032	149	119	137
Médio Paraíba	655	-	852	403	294	233
Metropolitana I	5.032	2.093	5.075	5.529	2.352	2.845
Metropolitana II	1.484	624	1.844	1.068	548	586
Noroeste Fluminense	586	63	383	296	156	183
Norte Fluminense	687	89	270	397	219	195
Serrana	1.020	843	1.046	414	315	341
Total	10.228	3.712	11.559	8.421	4.188	4.655

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Estado do RJ (2002: Pg. 24).³

Composição: Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

³ Clínica Médica - inclui leitos das clínicas Médicas, de Reabilitação, Tisiológica e de Fora de Possibilidade Terapêutica (quando menos de 40 leitos).

Cuidados Prolongados – inclui os leitos de Fora de Possibilidade Terapêutica quando igual ou acima de 40 leitos.

Clínica Psiquiátrica – inclui leitos de Clínica Psiquiátrica e Hospital/Dia.

As características aqui trazidas auxiliarão na construção do cenário da organização dos serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro, na medida em que traduzem informações relevantes para o contexto da inserção destes serviços no Plano Diretor de Regionalização e da análise a ser feita destes serviços.

4.2 – PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO: A INSERÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

A Norma Operacional de Assistência à Saúde estabelece as diretrizes gerais, para a organização das ações da atenção básica, da média complexidade e da alta complexidade e preconiza que o PDR compreende o mapeamento das redes de referências em áreas estratégicas específicas.

Assim, o conhecimento deste processo de descentralização se faz necessário para o conhecimento da inserção dos serviços de reabilitação no Estado do Rio de Janeiro.

O mapa a seguir, apresenta o Plano Diretor de Regionalização – PDR, que divide os noventa e dois municípios do Estado do Rio de Janeiro em 9 regiões de saúde, com 23 microrregiões (SES/RJ, 2002).



Figura1 – Mapa Rio de Janeiro – Fonte: PDR/RJ, 2002.

1) Região da Baía da Ilha Grande (BIG)

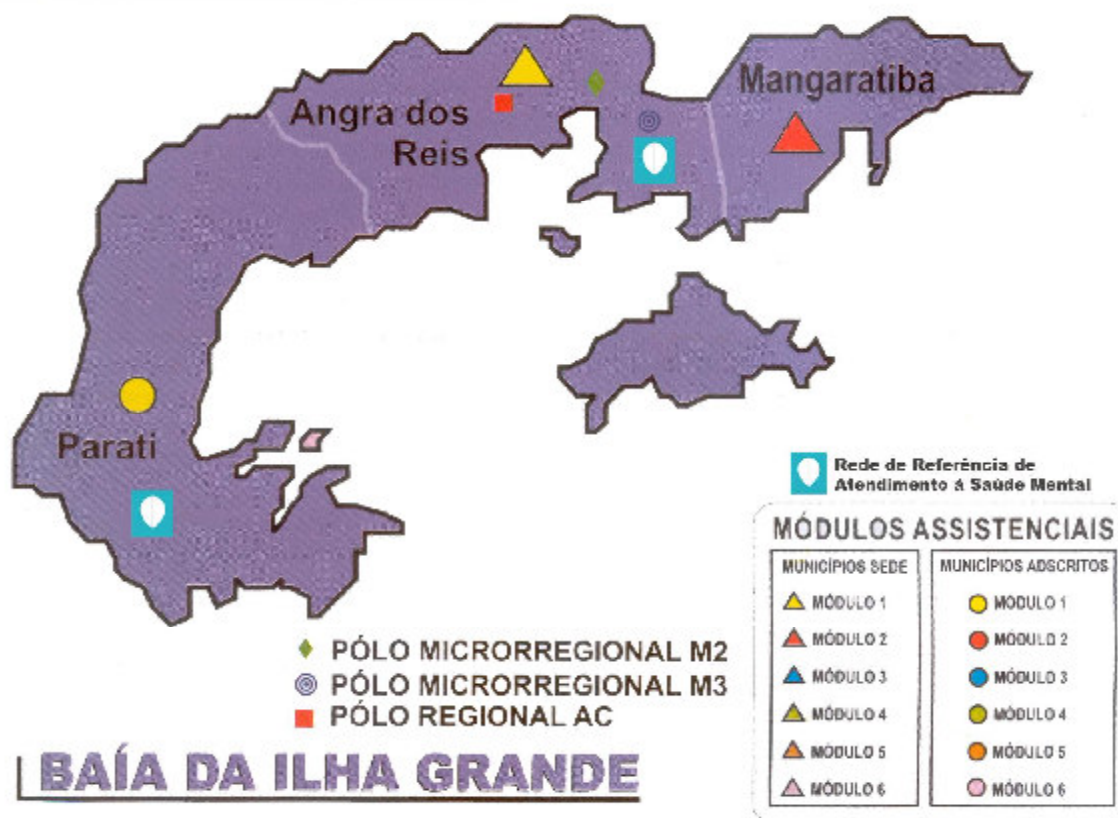


Figura2 – Mapa Região da Baía da Ilha Grande

Composta por três Municípios: Angra dos Reis, Parati e Mangaratiba, totalizando segundo dados do IBGE (2003) 173.692 habitantes, o que representa 1,20% da população total do Estado do Rio de Janeiro. Esta região, por possuir apenas três municípios, a serem disponibilizados nos dois Módulos Assistenciais, segundo o PDR (2002), não foi subdividida em microrregiões, apesar disto em algumas áreas do Ministério da Saúde considera-se esta região (Baía da Ilha Grande) como uma microrregião (PDR, 2002).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a segunda causa de morte nesta região está relacionada às Causas Externas do CID 10, sendo as agressões, as maiores taxas específicas. Já nas doenças do Aparelho Circulatório a principal causa de morte são as Doenças Isquêmicas.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, esta é a Região que apresenta o maior percentual variando de 3 a 20% por faixa etária, sendo o maior percentual (20%) representado pela faixa de 10 a 14 anos (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial BIG I – Angra dos Reis

Este módulo é formado por dois Municípios: Angra dos Reis (Sede de Módulo) e Parati totalizando 267 leitos credenciados pelo SUS e 148.791 habitantes, sendo que destes 24.791 habitantes, apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Angra dos Reis conta com uma população de 199.247 habitantes, dos quais 20.098, possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Já Parati, possui 29544 habitantes, sendo que destes, 4.693 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Este módulo assistencial apresenta em seu município sede de módulo (Angra dos Reis) e no seu Município adstrito (Parati), alguns serviços de referência para atendimento à saúde mental, conforme referenciado abaixo:

Angra dos Reis possui dois serviços cadastrados a prestarem atendimento à saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – CAIS São Bento cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. CAIS cadastrado para prestar atendimento para prestar atendimento em Oficinas Terapêuticas I (cód 19.103-9) e II (cód 19.151-04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Já Parati apresenta apenas um serviço cadastrado para prestar atendimento à saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – CAIS Parati cadastrado para prestar dois tipos de atendimento (1) CAPS I, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficinas Terapêuticas I (cód 19.103-9), relacionado à Portaria 1.635/02.

2) Baixada Litorânea

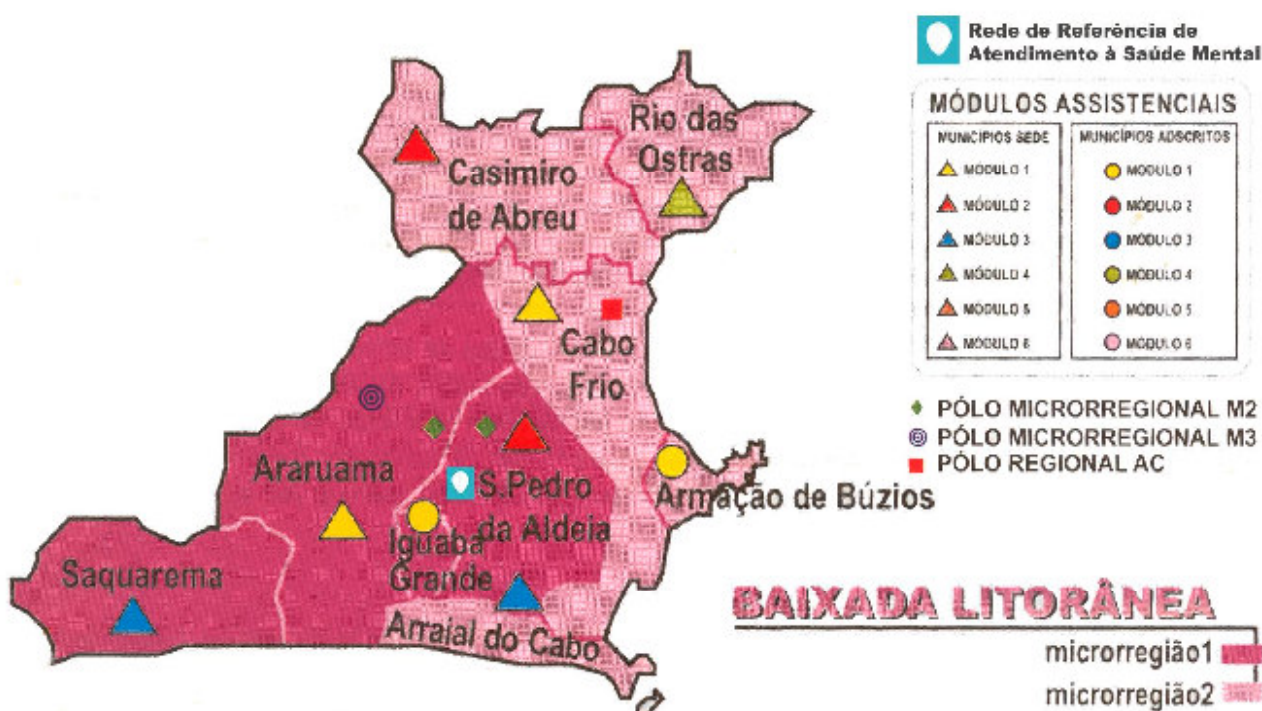


Figura3 – Mapa Baixada Litorânea – Fonte: PRD/RJ, 2002

Composta por nove Municípios: Saquarema, Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras. Este conjunto de municípios possui 441.060 habitantes, o que corresponde a 3,06% do total da população estadual. Esta Região está dividida em duas microrregiões: Baixada Litorânea I (BL I) e Baixada Litorânea II (BL II) (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a segunda causa de morte nesta região juntamente com a região da Baía da Ilha Grande, está relacionada às Causas Externas do CID 10, sendo as agressões, as maiores taxas específicas.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, esta Região apresenta o percentual variando de 4 a 8% nas faixas de 50 a 59 anos. (SES/RJ, 2002).

Microrregião BL I

Formada pelos Municípios de Saquarema, Araruama, Iguaba Grande e São Pedro da Aldeia, se divide em três módulos assistenciais, compostas por 213.580 habitantes.

Araruama e São Pedro da Aldeia deverão ser Pólos Microrregionais para procedimentos de Média Complexidade II e III que não são realizados por seus municípios vizinhos (SES/RJ 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial BL. 1 - Araruama

Composto pelos Municípios de Araruama e Iguaba Grande, onde a população total do módulo é de 97.892 habitantes, dos quais 15.726 habitantes declararam possuir algum tipo de deficiência ou incapacidade. Araruama é o município sede do Módulo Assistencial, este possui 82.717 habitantes e conta com 137 leitos credenciados no SUS. Enquanto que Iguaba Grande possui 15.052 habitantes e nenhum leito hospitalar (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Atualmente o Município de Araruama referencia procedimentos de alta complexidade para o Município do Rio de Janeiro, Cabo Frio e Niterói e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro e Iguaba Grande referencia procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio, Rio de Janeiro e Petrópolis (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui nenhum serviço de referência para atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial BL 1.2 – São Pedro da Aldeia

Este módulo é composto apenas pelo Município de São Pedro da Aldeia, com 63.227 habitantes, dos quais 9.775 habitantes apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade. Este Município referencia procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio, Rio de Janeiro e Petrópolis e de média complexidade para Araruama, Niterói e Rio de Janeiro (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de São Pedro da Aldeia possui um único serviço de referência para atendimento à saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – São Pedro D'Aldeia, cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial BL 1.3 - Saquarema

Composto por Saquarema, com 52.461 habitantes, sendo que 8.015 habitantes declararam possuir algum tipo de deficiência ou incapacidade. Deverá integrar neste módulo o conjunto de procedimentos mínimos da Média Complexidade conforme proposto pela NOAS 01/02 (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui referência para atendimento em reabilitação.

Microrregião BL II

Compreende os Municípios de Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras. Conta com uma população de 227.480 habitantes. Casimiro de Abreu deve ser o Município Pólo para Média Complexidade II, e Cabo Frio para Média Complexidade II e III. Esta microrregião é subdividida em quatro módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial BL II 1 – Cabo Frio

Formado pelos Municípios de Cabo Frio (sede) e Armação de Búzios. O Município de Cabo Frio conta com 207 leitos e uma população de 126 828 habitantes dos quais 20.095 habitantes possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Já Armação de Búzios possui 18.204 habitantes, sendo que 2.739 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo o PDR (SES/RJ, 2002) o Município de Cabo Frio é pólo regional de cardiologia e referencia procedimentos de média e alta complexidade para Niterói e Rio de Janeiro e o de Armação de Búzios referencia procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio e Rio de Janeiro e de média complexidade para Niterói, Araruama, São Pedro da Aldeia e Rio de Janeiro, sendo que os procedimentos da Média Complexidade I não realizados na cidade deverão ser encaminhados para Cabo Frio.

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial BL II 2 – Casimiro de Abreu

Casimiro de Abreu é o único Município que compõe este modulo, com 87 leitos hospitalares ofertados pelo SUS e uma população de 22.152 habitantes, sendo que segundo dados do IBGE (2003), 3.414 habitantes declararam possuir algum tipo de deficiência ou incapacidade. Os procedimentos do grupo II da Média complexidade deverão ser realizados no próprio município, enquanto que os demais grupos serão encaminhados para Araruama, Niterói e São Pedro da Aldeia. Já os pacientes que precisam realizar procedimentos de alta complexidade deverão ser encaminhados aos Municípios de Cabo Frio e do Rio de Janeiro (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial BL II 3 – Arraial do Cabo

Este módulo é formado apenas pelo Município de Arraial do Cabo, o qual conta com uma população de 23.877 habitantes, sendo que 2.553 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade e com 08 leitos disponíveis para usuários do SUS (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

O módulo assistencial de Arraial do Cabo não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial BL II 4 – Rio das Ostras

Rio das Ostras é o único Município deste módulo, composto de uma população de 36.419 habitantes, das quais 5.823 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (IBGE, 2003). Este Município não possui leitos, referenciando assim para o Rio de Janeiro e Cabo Frio os procedimentos de alta complexidade e para Araruama, São Pedro da Aldeia e Rio de Janeiro os de média complexidade (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

3) Centro Sul (CS)

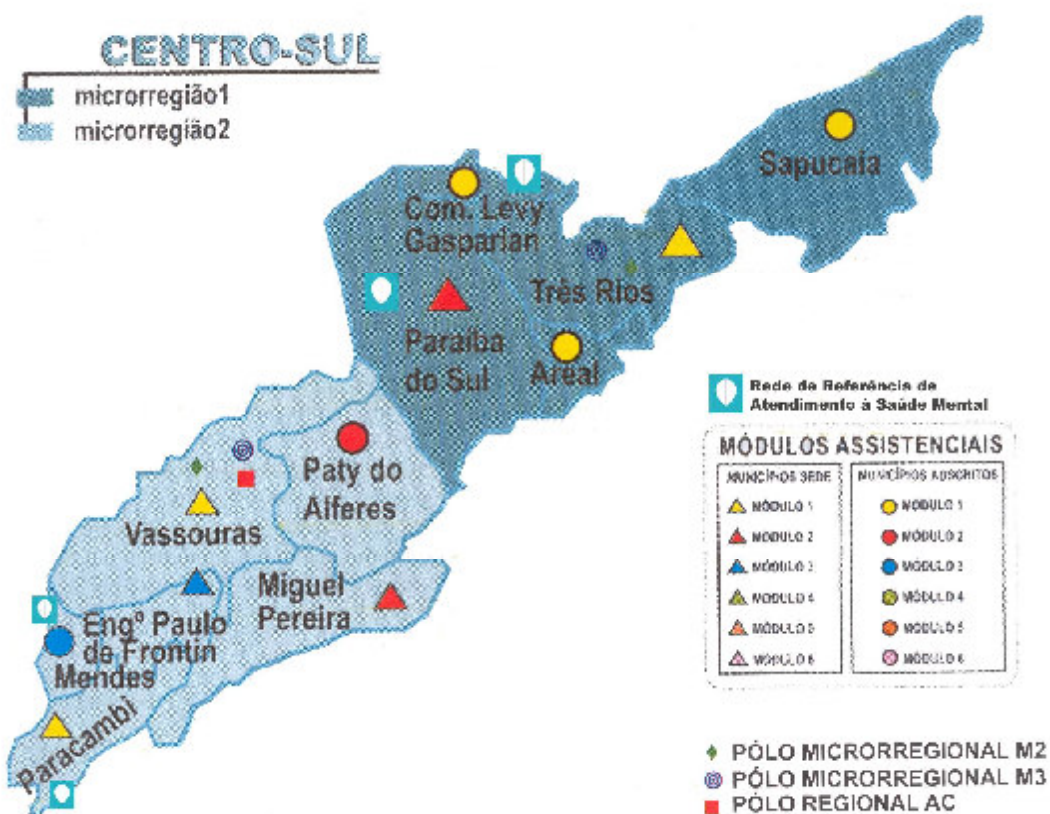


Figura4 – Mapa Centro Sul – Fonte: PDR/RJ, 2002

Esta Região possui onze Municípios (Três Rios, Areal, Comendador Levy, Gasparian, Sapucaia, Paraíba do Sul, Vassouras, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi), que juntos totalizam 294.544 habitantes, representando 2,05% da população do Estado. Sendo subdividida em duas microrregiões: Centro Sul I (CS I) e Centro Sul II (CS II). Possui ainda, uma Central de regulação responsável pela regulação dos fluxos de referência e contra-referência no município de Três Rios (SES/RJ, 2002).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a principal causa de morte nesta região entre as doenças do aparelho circulatório são as Doenças Isquêmicas.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, esta Região apresenta uma variação de 4 a 11% sendo a faixa etária de 5 a 9 anos a que obteve o maior percentual (SES/RJ, 2002).

Microrregião Centro Sul I (CS I)

Compreende os Municípios de Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Paraíba do Sul, que totalizam 144.332 habitantes e 359 leitos para atendimento de usuários do SUS. Esta microrregião se encontra subdividida em dois módulos assistenciais (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial CS I 1 – Três Rios

Neste módulo estão os Municípios de Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian e Sapucaia. O Município de Três Rios será sede deste módulo assistencial, sendo referência para a Média Complexidade II e III, composto por uma população de 71.976 habitantes, das quais 11.637 habitantes, segundo o IBGE (2003), possui algum tipo de deficiência ou incapacidade e 247 leitos cadastrados no SUS (SES/RJ, 2002).

O Município de Areal possui uma população de 9.899 habitantes (765 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade) e apresenta 30 leitos contratados. O Município de Comendador Levy Gasparian não possui nenhum leito cadastrado e conta com uma população de 7.924 habitantes, sendo que 1.390 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Sapucaia tem 17.157 habitantes, dos quais, segundo dados do IBGE (2003), 2.527 possui algum tipo de deficiência ou incapacidade e 21 leitos, distribuídos pelas especialidades básicas (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Comendador Levy Gasparin é Município adstrito de Três Rios, possuindo um único serviço de referência, para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Comendador Levy Gasparin cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial CS I 2 – Paraíba do SUL

Composto apenas pelo Município de Paraíba do Sul, cuja população é de 37.376 habitantes e possui 61 leitos (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Paraíba do Sul possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS Paraíba do Sul cadastrado para prestar atendimento no CAPSI, relacionado à Portaria 189/02.

Microrregião Centro SUL II (CS II)

Esta Microrregião compreende os Municípios de Vassouras, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Engenheiro Paulo Frontin, Mendes e Paracambi que totalizam 150.212 habitantes. Composta por quatro módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial CS II 1 - Vassouras

Este módulo é composto apenas pelo Município de Vassouras com 346 leitos credenciados pelo SUS e uma população de 31.451 habitantes, dos quais 5.383, possui algum tipo de deficiência ou incapacidade. Este Município é Pólo para a Média Complexidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial CS II 2 – Miguel Pereira

Compreende os Municípios de Paty do Alferes e Miguel Pereira (sede). O Município de Paty do Alferes não possui leitos credenciados e uma população de 24.931 habitantes dos quais 3.001, apresenta algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Miguel Pereira tem uma população de 23.902 habitantes, das quais 3.577, possui algum tipo de deficiência ou incapacidade e 67 leitos. Realiza em seu próprio município

todos os procedimentos do elenco mínimo da média complexidade e alguns do nível II e III (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial CS II 3 – Engenheiro Paulo de Frontin

Formado pelos Municípios de Engenheiro Paulo de Frontin (sede) e Mendes, ambos totalizam uma população de 29.453 habitantes, com 189 leitos cadastrados. O Município de Mendes possui 45 leitos e uma população de 17.289 habitantes. Destes 2.600 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Engenheiro Paulo de Frontin conta com 144 leitos distribuídos nas especialidades e uma população de 12.164 habitantes das quais 1.541, possui algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Mendes (adstrito) possui três serviços de referência para prestar atendimento à saúde mental. Sendo eles:

1. CAPS Hugo de Carvalho Pedroso cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.
2. Oficina Terapêutica da Terra cadastrada quatro vezes para prestar atendimento em oficina terapêutica tipo II (cód 19.151.04-7), relacionada à Portaria 1.635/02.
3. Oficina Terapêutica Expressão Plástica cadastrada para prestar atendimento em oficina terapêutica tipo II (cód 19.151.04-7), relacionada à Portaria 1.635/02.

Considerou-se que a Oficina Terapêutica da Terra possuía quatro cadastros, devido informações do SIA/SUS, as quais apresentou número de atendimento para o mesmo código em unidades com denominação diferenciada (Oficina Terapêutica da Terra; Oficina Terapêutica II de Artesanato; Oficina Terapêutica II de Literatura e Oficina Terapêutica II do Corpo). A identificação de se tratava de uma única unidade a apresentar diversos códigos de procedimentos foi possível devido ao número do CGC.

Módulo Assistencial CS II 4 - Paracambi

Este módulo é composto apenas pelo Município de Paracambi, que possui 1.835 leitos cadastrados e 40.475 habitantes, destes 7.705 apresentam algum tipo de

deficiência ou incapacidade. Os leitos cadastrados distribuem-se nas seguintes especialidades: 91,12% na Clínica Psiquiátrica, 1,36% na Clínica Cirúrgica, 4,14% na Clínica Médica, 1,04% na Clínica Obstétrica e 2,23% na Clínica Pediátrica (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Paracambi possui um único serviço de referência para prestar atendimento à saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Vila Esperança este serviço está cadastrado para prestar dois tipos de atendimentos: (1) CAPS I, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

4) Médio Paraíba (MP)

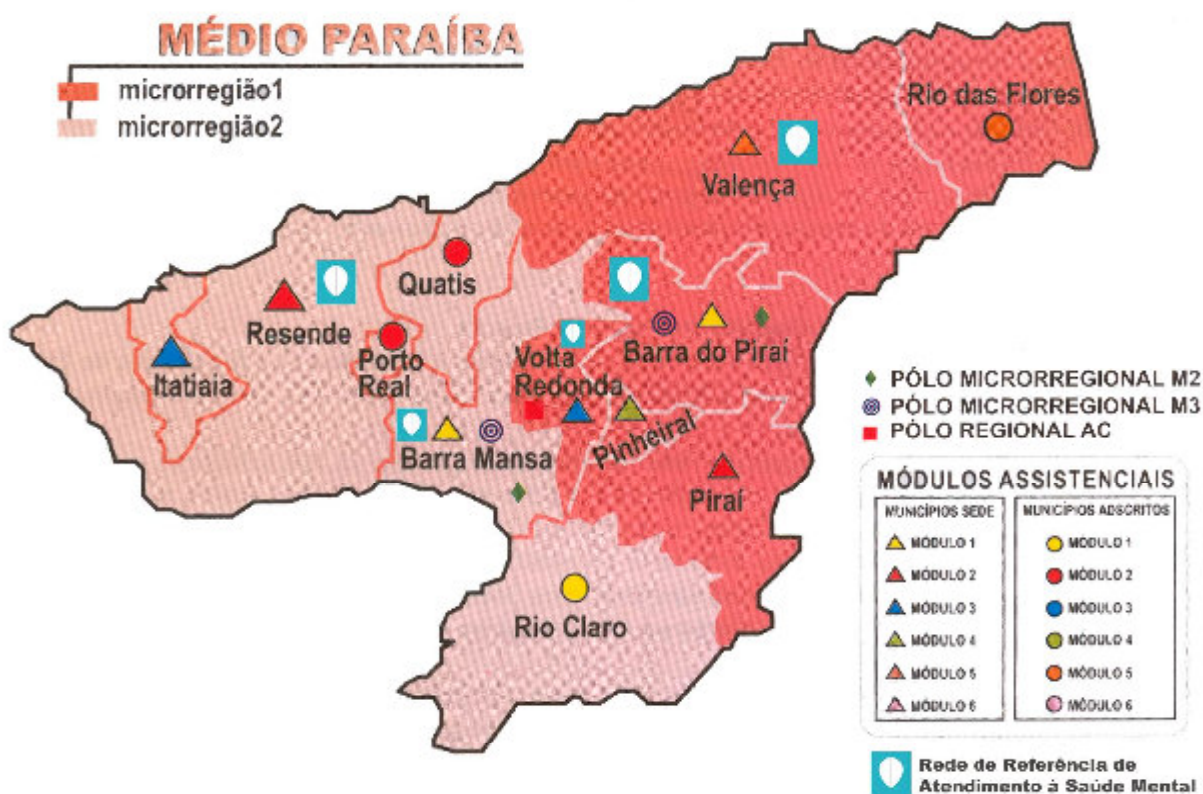


Figura5 – Mapa Médio Paraíba – Fonte: PDR/RJ, 2002.

Esta Região é composta pelos Municípios de Pirai, Pinheiral, Volta Redonda, Barra do Pirai, Valença, Rio das Flores, Rio Claro, Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia, com uma população total de 797.287 habitantes, o que corresponde a 5,46% da população total do Estado do Rio de Janeiro e se divide em duas Microrregiões: Médio Paraíba I (MP I) e Médio Paraíba II (MP II). A regulação do

fluxo intermunicipal de pacientes será realizada através da Central de Regulação de Volta Redonda (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a principal causa de morte nesta região entre as doenças do aparelho circulatório são as Doenças Isquêmicas.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, esta Região foi a que obteve os menores percentuais variando de 1 a 4% (SES/RJ, 2002).

Microrregião do Médio Paraíba I (MP I)

Compreende os Municípios de Pirai, Pinheiral, Volta Redonda, Barra do Pirai, Valença e Rio das Flores, com uma população total de 446.098 habitantes e está dividida em cinco módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial MP I 1 – Barra do Pirai

Barra do Pirai é o único Município a compor este módulo com uma população de 88.503 habitantes, dos quais 15.107, possui algum tipo de deficiência ou incapacidade e 726 leitos credenciados pelo SUS a serem distribuídos nas especialidades. Este Município será um Pólo de referência para Média Complexidade I e II (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município da Barra do Pirai apresenta um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS Nossa Casa cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial MP I 2 - Pirai

Formado pelo Município de Pirai, que conta com 63 leitos e uma população de 822.118 habitantes, das quais 4.164, apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade. Os procedimentos de Média Complexidade I serão realizados no próprio Município de Pirai (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial MP I 3 – Volta Redonda

Este módulo é composto apenas pelo Município de Volta Redonda com população de 242.063 habitantes, sendo que 40.583, possuem algum tipo de deficiência

ou incapacidade e conta com 445 leitos credenciados ao SUS. Volta Redonda é Município Pólo Regional para Média (Ex: bolsa de colostomia, audiometria vocal, prova de função pulmonar completa, potencial de acuidade visual, atendimento núcleos/centros de atenção e outros) e Alta Complexidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Volta Redonda possui seis serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – Usina dos Sonhos cadastrado para prestar atendimento em CAPS II, referente à Portaria 189/02;
2. CAPS – Vila cadastrado para prestar atendimento em CAPS II, referente à Portaria 189/02;
3. CAPSi – Centro de Saúde da Criança e Adolescente Viva a Vida cadastrado para prestar atendimento em CAPSi, referente à Portaria 189/02;
4. Núcleo de Atenção PSICISSOCIL cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;
5. Usina dos Sonhos cadastrada para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;
6. APAE Volta Redonda cadastrada para prestar atendimento em Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial MP I 4 - Pinheiral

Pinheiral é o único Município deste módulo, não possui leitos cadastrados e conta com uma população de 19.481 habitantes, das quais 2.762, apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial MP I 5 - Valença

Compreendem este módulo os Municípios de Valença (sede) e Rio das Flores. Valença conta com 350 leitos hospitalares distribuídos nas especialidades e uma população de 66.308 habitantes, das quais 9.989, possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade e Rio das Flores possui uma população de 7.625 habitantes, sendo que 950, apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Valença possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS Valença cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, referente à Portaria 189/02.

Microrregião do Médio Paraíba II (MP II)

Esta microrregião é formada pelos Municípios de Rio Claro, Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia. Possui uma população total de 351.189 habitantes, é constituída por três módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial MP II 1 – Barra Mansa

Compõem este módulo os Municípios de Barra Mansa e Rio Claro o que totaliza uma população de 186.981 habitantes. Rio Claro possui 27 leitos distribuídos nas especialidades básicas e uma população de 16.228 habitantes, sendo que 3.044 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Barra Mansa é sede do módulo e conta com uma população de 170.753 habitantes, das quais 24.928 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade e com 339 leitos cadastrados no SUS (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Barra Mansa possui três serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – Estação Mental cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, referente à Portaria 189/02;
2. CAPSi – Estação Viver cadastrado para prestar atendimento no CAPSi, referente à Portaria 189/02;
3. CAPS Estação Mental cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial MP II 2 - Resende

Compreendem este módulo os Municípios de Resende (sede), Porto Real e Quatis totalizando uma população de 127.374 habitantes. Resende conta com 158 leitos hospitalares credenciados pelo SUS e uma população de 104.549 habitantes, destes 12.470 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Porto Real não possui leitos hospitalares e conta com uma população de 12.095 habitantes (2.285 possui algum tipo de deficiência ou incapacidade) e o Município de Quatis conta com a maior parte dos leitos deste módulo (272 leitos) e uma população 10.730 habitantes, das quais 1.001 declararam ser portadores de alguma deficiência ou incapacidade. Este município é referência para alguns procedimentos entre eles as plegias, assistência respiratória pré e pós-operatório, recuperação funcional pós-cirúrgico e outras (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Resende possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

CAPS – Núcleo de Atenção Casa Aberta cadastrado para prestar dois tipos de atendimento: (1) CAPS II, referente à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial MP II 3 - Itatiaia

Itatiaia é o único município a compor este módulo com 43 leitos credenciados e uma população de 24.739 habitantes, sendo que 3.125 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

5) Metropolitana I

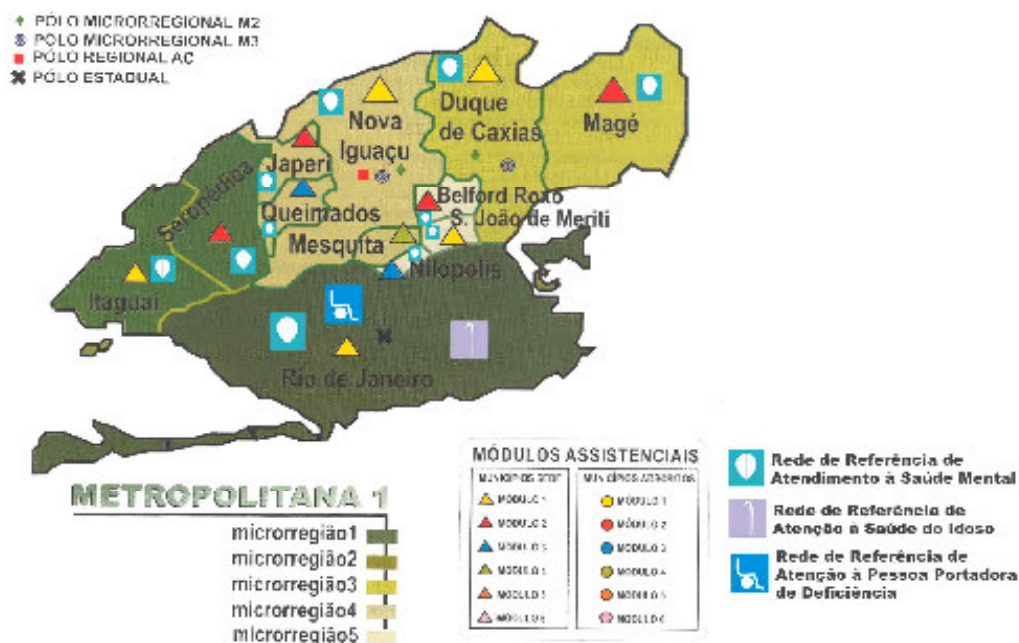


Figura6 – Mapa Metropolitana I – Fonte: PDR/RJ, 2002.

A **Região Metropolitana I (METRO I)** tem 10.894.156 habitantes, correspondendo a 63,55% da população total do Estado. Para esta região foram previstas cinco microrregiões. Possui uma Central de Regulação, que deverá regular os fluxos intermunicipais de toda a Região (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), esta região foi a que apresentou a maior Taxa de Mortalidade Geral – TMG que foi de 841,7. Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, variou de 2 a 15% , sendo a taxa de 50 a 59 anos a que mais contribuiu (14%) (SES/RJ, 2002).

Microrregião Metropolitana I (METRO I)

Esta Microrregião compõe apenas um módulo assistencial.

Módulo Assistencial METRO I 1 – Rio de Janeiro

O Município do Rio de Janeiro (Capital) é o único a compor este módulo. Possui 18.018 leitos credenciados ao SUS, nas diversas especialidades, incluindo os procedimentos de alta complexidade. Sendo pólo estadual para diversos procedimentos

de alta complexidade, inclusive para transplantes e no atendimento ambulatorial tem capacidade de realizar todos os níveis de complexidade (SES/RJ, 2002).

Segundo dados do IBGE (2003) esta Região Metropolitana possui uma população total de 10.894.156 habitantes dos quais 1.609.427 apresentam pelo menos um tipo de deficiência.

O Município do Rio de Janeiro possui quatorze serviços de referência para atendimento à saúde mental, nove para portadores de deficiências e um para idoso, sendo eles descritos abaixo:

Os Serviços de Referência para atendimento à Saúde Mental são:

1. CAPS – Lima Barreto cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. CAPS – Rubens Correa cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
3. CAPS – Arthur Bispo do Rosário cadastrado para prestar atendimento no CASP II, relacionado à Portaria 189/02;
4. CAPS – Pedro Pellegrino cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
5. CAPS – Emesto Nazareth cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
6. CAPS – Simão Bacamarte cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
7. CAPSi – Eliza Santa Roza cadastrado para prestar atendimento no CAPSi, relacionado à Portaria 189/02;
8. CAPSi – CARIM cadastrado para prestar atendimento no CAPSi, relacionado à Portaria 189/02;
9. CAPSi – Pequeno Hans cadastrado para prestar atendimento no CAPSi, relacionado à Portaria 189/02;
10. Centro Psiquiátrico Pedro II cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;

11. Hospital Dr. Philippe Pinel cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;
12. Hospital Municipal Jurandyr Manfredini cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;
13. Ação Cristã Vicente Moretti cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;
14. Instituto Psiquiatria – UFRJ cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), referente à Portaria 1.635/02;

Os Serviços de Referência para atendimento ao Portador de Deficiência são:

1. ABBR cadastrado para prestar atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou mental e/ou autismo (cód 19.141.01-7) e atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação (cód 19.141.03-3), relacionado à Portaria 185/02. Segundo informações da área técnica da PPD, esta instituição é referência para atendimento de internação em reabilitação (leitos);
2. Instituto Municipal Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark cadastrado para prestar atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou mental e/ou autismo (cód 19.141.01-7), relacionados à Portaria 185/02;
3. Sociedade Pestalozzi esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento no nível ambulatorial;
4. Fundação Médica PROINTO – Instituto Nacional de Ortopedia esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento em internação (leitos);

5. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento em internação (leitos);
6. Hospital Estadual Carlos Chagas esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento em internação (leitos);
7. Hospital Estadual Getúlio Vargas esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento em internação (leitos);
8. Instituto Municipal Assist. Saúde Nise da Silva esta instituição segundo informações da área técnica da PPD, ao que se refere ao nível de complexidade é referência para atendimento em internação (leitos);
9. Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação cadastrada para prestar atendimento em reabilitação hospitalar (leitos), relacionado à Portaria 305/92.

O Serviço de Referência para atendimento ao idoso é:

1. Universitário Clementino Fraga esta instituição segundo informações da área técnica de atenção ao idoso, é referência para atendimento voltado ao idoso.

Microrregião Metropolitana I.2 (METRO I 2)

Esta microrregião é formada por dois módulos assistenciais e composta pelos Municípios de Itaguaí e Seropédica, que juntos totalizam 147.263 habitantes (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial METRO I.2.1 - Itaguaí

Itaguaí é o único Município a compor este módulo, conta com 179 leitos hospitalares credenciados ao SUS e uma população de 82.003 habitantes, das quais 12.772 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Itaguaí possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Bem Viver cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, referente à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial METRO I. 2.2 - Seropédica

Este módulo assistencial é formado apenas pelo Município de Seropédica, o qual não possui leitos hospitalares e apresenta 65.260 habitantes, destes 10.917 possuem pelo menos uma deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Seropédica possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Bicho da Seda cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, referente à Portaria 189/02.

Microrregião Metropolitana I.3 (METRO I 3)

Compreende esta Microrregião dois municípios, Duque de Caxias e Magé, que juntos possuem 981.286 habitantes. A Microrregião está dividida em dois módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial METRO I.3.1 – Duque de Caxias

Duque de Caxias é o único Município a compor este módulo, conta com 1.469 leitos destinados a usuários do SUS nas diversas especialidades e uma população de 775.456 habitantes, das quais 116.509 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade. Atualmente este Município realiza procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial, sendo Pólo Regional para Média Complexidade II e III (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Duque de Caxias possui dois serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – Leslie Sanford Chavin cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. Centro Municipal de Saúde cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04 –7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial METRO I.3.2 - Magé

Este módulo é composto pelo Município de Magé com 205.830 habitantes, dos quais 33.579 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Atualmente este

município realiza procedimentos de média complexidade ambulatorial e conta com 347 leitos, nas diversas especialidades (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Magé possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Magé cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02.

Microrregião Metropolitana I.4 (METRO I 4)

Esta Microrregião é formada pelos Municípios de Nova Iguaçu, Japeri, Queimados e Mesquita, que totalizam uma população 1.290.749 habitantes, o que representa 8,94% da população geral do Estado do Rio de Janeiro. O município Pólo para Média Complexidade II e III será Nova Iguaçu. Quatro módulos assistenciais compõem esta microrregião, cada um formado por um município (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Módulo Assistencial METRO I.4.1 – Nova Iguaçu

Nova Iguaçu tem uma população de 920.599 habitantes, deste 137.222 possuem algum tipo de deficiência e 1.108 leitos credenciados ao SUS nas diversas especialidades. Atualmente realiza procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial. Este Município serve como referência para outras cidades em alguns procedimentos de alta complexidade (cateterismo de câmaras cardíacas, estudo do metabolismo do miocárdio laringoscopia, traqueostomia e outros) e alguns de Média Complexidade (potencial evocado visual, atendimento em núcleos de reabilitação e atenção psicossocial e outros) (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Nova Iguaçu possui dois serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – José Miller cadastrado para prestar dois tipos de atendimentos (1) CAPS II, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02. Este último está cadastrado com o nome de Centro de Saúde Mental Dr. Thiba, o qual só foi verificado que se tratava de uma mesma instituição, pelo CGC.

Módulo Assistencial METRO I.4.2 - Japeri

Japeri é o único Município a constituir este módulo, tem população de 83.278 habitantes e 180 leitos credenciados ao SUS, atualmente realiza procedimentos de média complexidade ambulatorial (SES/RJ, 2002).

Segundo o IBGE (2003) o Município de Japeri apresenta 13.684 de habitantes que declararam ter algum tipo de deficiência ou incapacidade.

O Município de Japeri possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Dr. Jorge Tannus Rejane cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial METRO I.4.3 - Queimados

Queimados tem população de 121.993 habitantes e 165 leitos. Atualmente realiza procedimentos de média complexidade ambulatorial (SES/RJ, 2002).

Segundo dados do IBGE (2003) 17.312 de habitantes deste município é portador de alguma deficiência ou incapacidade.

O Município de Queimados possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Queimados cadastrados para prestar atendimento no CAPSII, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial METRO I.4.4 - Mesquita

O Município de Mesquita compõe esse módulo com uma população de 164.879 habitantes. Atualmente realiza procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial (PDR, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Microrregião Metropolitana I.5 (METRO I 5)

Esta microrregião é composta por três Municípios: São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis, Juntos possuem uma população de 1.037.662 habitantes e formam três módulos assistenciais.

Módulo Assistencial METRO I.5.1 – São João do Meriti

São João do Meriti é o único Município que compõe este módulo com uma população de 449.476 habitantes, destes 73.751 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade e 846 leitos hospitalares credenciados ao SUS, referencia procedimentos de alta e média complexidade para Rio de Janeiro e é referência para avaliação de marca-passo cardíaco (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de São João do Meriti possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Vila Jurandir cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial METRO I.5.2 – Belford Roxo

Belford Roxo conta com 201 leitos credenciados ao SUS e uma população de 434.474 habitantes, dos quais 61.212 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Belford Roxo possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Belford Roxo cadastrado para prestar dois tipos de atendimento (1) CAPS II, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionada à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial METRO I.5.3 - Nilópolis

Nilópolis é o único Município a compor este módulo, conta com uma população de 153.712 habitantes (24.061, são portadores de alguma deficiência) e com 413 leitos hospitalares credenciados ao SUS. Este Município é referência em alguns procedimentos de média e alta complexidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Nilópolis possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

2. CAPS – Espaço Vivo cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02.

6) Metropolitana II

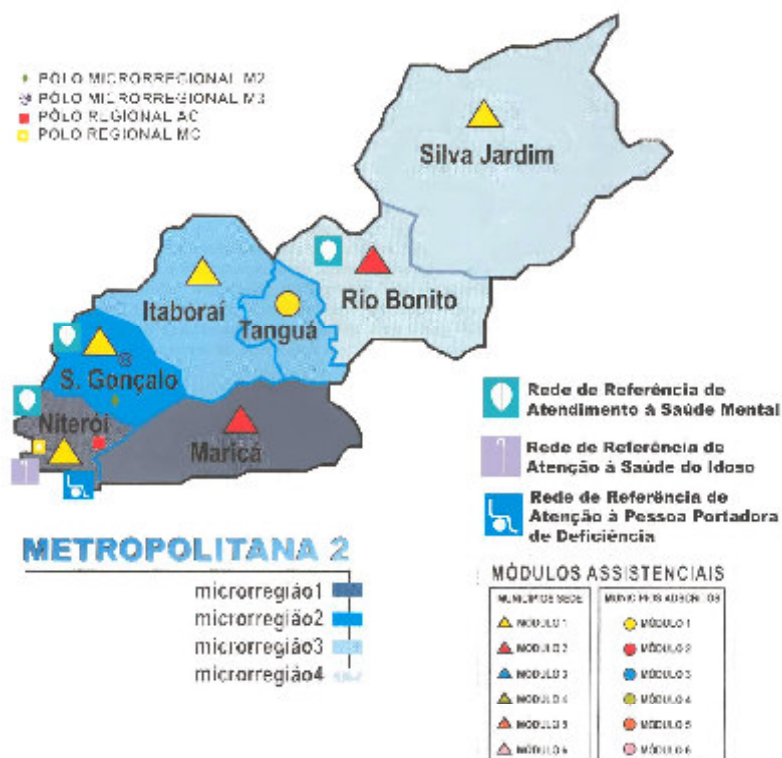


Figura7 – Mapa Metropolitana II – Fonte: PDR/RJ, 2002.

A Região Metropolitana II (METRO II) é composta por sete Municípios (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim e Rio Bonito), sendo que 11,89% da população estadual reside nesta região, o que significa 1.711.799 habitantes. Esta região está dividida em quatro microrregiões: METRO II.1, METROII.2, METRO II.3 e METRO II.4 (SES/RJ, 2002).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a principal causa de morte nesta região entre as causas externas são as agressões. Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, variou de 2 a 15%. Apresentando com 15% as faixas etárias de 10 – 14 anos e 50 – 59 anos (SES/RJ, 2002).

Microrregião Metropolitana II. 1 (METRO II.1)

Esta Microrregião é composta pelo Município de Niterói e Maricá. Estas duas cidades contam com uma população de 536.188 habitantes e formam dois módulos assistenciais (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial METRO II. 1.1 - Niterói

Este módulo é composto apenas pelo Município de Niterói, que conta com 2.387 leitos do SUS, distribuídos por praticamente todas as especialidades (SES/RJ, 2002).

Segundo dados do IBGE (2003), este Município possui uma população de 459.451 habitantes, dos quais 68.075 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Niterói é Pólo Estadual para oftalmologia e será Pólo Regional para Média e Alta Complexidade II e III, tendo em vista que a maioria dos municípios da região tem deficiência de serviços com capacidade para atender a demanda (SES/RJ, 2002).

O Município de Niterói possui sete serviços de referência para atendimento à saúde mental, dois para portadores de deficiências e um para idoso. Sendo eles descritos abaixo:

Os Serviços de Referência para atendimento à Saúde Mental são:

1. CAPS – Hebert de Souza cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. CAPS – Casa do Lago cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
3. CEJOP cadastrado para prestar atendimento em Oficina terapêutica II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02;
4. APAE cadastrado para prestar atendimento em Oficina terapêutica I (cód 19.151.03-9), relacionado à Portaria 1.635/02;
5. Centro de Saúde Antônio da S. cadastrado para prestar atendimento em Oficina terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02;
6. Centro de Saúde Santa Rosa cadastrado para prestar atendimento em Oficina terapêutica I (cód 19.151.03-9), relacionado à Portaria 1.635/02;

7. Hospital Estadual Psiquiátrico cadastrado para prestar atendimento em Oficina terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02;

Os Serviços de Referência para atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência são:

1. Associação Fluminense de Reabilitação cadastrado para prestar atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo (cód 19.141.01-7) e atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação (cód 19.141.03-3), relacionados à Portaria 185/02;
2. Pestalozzi cadastrada para prestar atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo (cód 19.141.01-7) e atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação (cód 19.141.03-3), relacionados à Portaria 185/02;

Os Serviços de Referência para atendimento ao Idoso são:

1. Universidade Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense cadastradas para prestar atendimento geriátrico em hospital – dia nos centros de referência em assistência à saúde do idoso (cód 91.500.20-6).

Módulo Assistencial METRO II. 1.2 - Maricá

Maricá forma este módulo com 76.737 habitantes, dos quais 12.770 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade (IBGE, 2003). Possui 86 leitos credenciados, referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Cabo Frio, e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro.

Este módulo assistencial não possui serviço de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Microrregião Metropolitana II. 2 (METRO II.2)

Esta microrregião é formada unicamente pelo Município de São Gonçalo. Possui uma população de 891.119 habitantes e apenas um módulo assistencial (SES/RJ, 2002).

Segundo dados demográficos do IBGE, este Município possui uma população de 142.536 habitantes portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Módulo Assistencial METRO II 2.1 – São Gonçalo

São Gonçalo conta com 1.646 leitos, distribuídos pelas diversas especialidades e referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Niterói, e de média complexidade para Niterói. Este Município deve ser um dos pólos da região para Média Complexidade (SES/RJ, 2002).

O Município de São Gonçalo possui dois serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – Paulo Marcos da Costa cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. APAE cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Microrregião Metropolitana II. 3 (METRO II.3)

Esta microrregião é composta por dois Municípios: Itaboraí e Tanguá. Juntos, possuem 213.536 habitantes a ser composto em um único módulo assistencial (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial METRO II. 3.1 - Itaboraí

Itaboraí é o município-sede deste módulo, conta com 187.479 habitantes, dos quais 33.463 habitantes possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade e 1.129 leitos disponíveis para pacientes usuários do SUS. Tanguá é o Município adstrito a Itaboraí, com 26.057 habitantes, sendo que destes 5.359, apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade. Conta com 180 leitos credenciados ao SUS, todos eles na Clínica Psiquiátrica (PDR, 2002; IBGE, 2003).

Itaboraí referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro; e, média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro. Este Município receberá os pacientes provenientes de Tanguá que necessitem de atendimento de Média Complexidade I (SES/RJ, 2002).

Tanguá referencia procedimentos de alta complexidade para Niterói, São Gonçalo e Cabo Frio, e média complexidade II e III para Niterói e Rio de Janeiro (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Microrregião Metropolitana II. 4 (METRO II.4)

Esta microrregião possui 70.956 habitantes, e está dividida em dois módulos assistenciais. Não há um Pólo Microrregional. O encaminhamento de procedimentos de Média Complexidade II e III não realizados por estes municípios deverão ser encaminhados para Niterói, Pólo da Região (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial METRO II. 4.1 – Silva Jardim

Silva Jardim conta com 14 leitos disponíveis aos usuários do SUS, divididos pelas especialidades básicas e com 21.265 habitantes, dos quais 3.125 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial METRO II 4.2 – Rio Bonito

Este módulo é composto apenas pelo Município de Rio Bonito, que possui 49.691 habitantes e 712 leitos credenciados, referencia procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio, Niterói e Maricá, e de média complexidade para Niterói e Maricá (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Rio Bonito possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Cleber Paixão cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

7) Noroeste (NO)

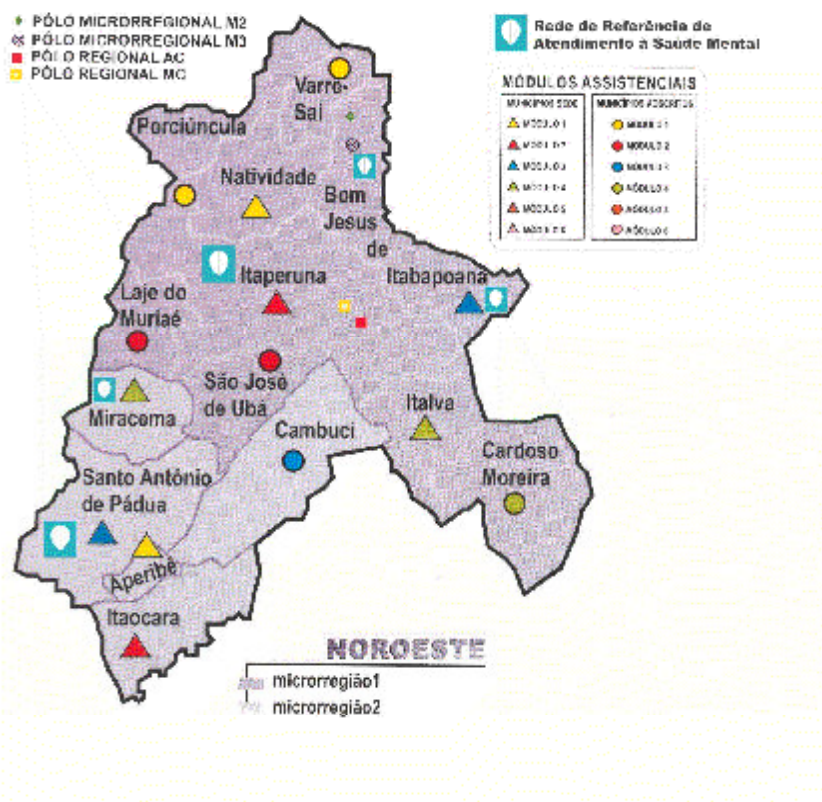


Figura8 – Mapa Noroeste – Fonte: PDR/RJ, 2002.

A Região Noroeste (NO) é composta por quatorze municípios, com uma população total de 310.432 habitantes, representando 1,97% da população total do Estado. A Região foi subdividida em duas microrregiões: Noroeste I (NO I) e Noroeste II (NOII). Itaperuna deverá atuar como Pólo para Cirurgia Cardíaca, Bom Jesus de Itabapoana e Itaperuna como Pólo para TRS e Hemoterapia, e Santo Antônio de Pádua para TRS. A Central de Regulação que irá regular as referências e contra-referências ficará localizada em Itaperuna. Destaca-se ainda, que Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana atendem aos municípios de Minas Gerais e Espírito Santo. (SES/RJ, 2002).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a principal causa de morte nesta região entre as doenças do aparelho circulatório são as Doenças Isquêmicas e das causas externas acidentes de transporte.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, apresentou uma variação de 2 a 10%, tendo como a faixa etária de 10 – 14 anos o maior percentual (10%) (SES/RJ, 2002).

Microrregião Noroeste I (NO I)

Compreende esta microrregião os Municípios de Natividade, Varre e Sai, Porciúncula, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José de Ubá, Bom Jesus de Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira, que totalizam 198.985 habitantes formando quatro Módulos Assistenciais. Itaperuna e Bom Jesus de Itabapoana são referências para Média Complexidade na microrregião (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial NO I.1 - Natividade

Este módulo é composto pelos Municípios de Varre e Sai, Porciúncula e Natividade (sede), onde totaliza uma população de 39.072 habitantes e com um total de 109 leitos credenciados ao SUS, em diversas especialidades.

Varre e Sai tem uma população de 7.854 habitantes, das quais 777 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (IBGE, 2003) e 33 leitos hospitalares distribuídos entre as especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Obstétrica e Pediátrica). Os procedimentos de Média Complexidade I não realizados no próprio município serão referenciados para Natividade (SES/RJ, 2002).

O Município de Porciúncula possui 16.093 habitantes, sendo que 2.652 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (IBGE, 2003) e contam com 29 leitos hospitalares distribuídos entre as especialidades básicas. Os procedimentos de Média Complexidade I serão encaminhados para Natividade, município sede deste módulo. Já as referências para Média Complexidade II e III deverão ser Bom Jesus de Itabapoana e Itaperuna (SES/RJ, 2002).

Natividade, município-sede deste módulo assistencial, possui 15.125 habitantes, dos quais 2.376 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade e 47 leitos contratados (IBGE, 2002). Este Município referencia procedimentos de alta complexidade para Bom Jesus de Itabapoana e Rio de Janeiro, e de média complexidade para Bom Jesus de Itabapoana, Itaperuna e Rio de Janeiro (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial NO I.2 - Itaperuna

Este módulo assistencial tem como sede Itaperuna e como municípios adstritos Laje do Muriaé e São José de Ubá (SES/RJ, 2002). Itaperuna possui 86.720 habitantes, dos quais segundo o IBGE (2003) 86.720 apresentam algum tipo de deficiência ou

incapacidade e 587 leitos contratados, é referência para alguns procedimentos de média e alta complexidade (SES/RJ, 2002).

Laje do Muriaé conta com 52 leitos contratados e uma população de 7.909 habitantes, dos quais 1.184 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade.

O Município de São José de Ubá não possui leitos contratados pelo SUS, sendo composto por uma população de 6.413 habitantes, das quais 1.065 possuem pelo menos um tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Itaperuna possui dois serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo eles:

1. CAPS – Itaperuma cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. Centro de Atenção Psicossocial LTDA cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03- 9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial NO I. 3 – Bom Jesus de Itabapoana

Bom Jesus de Itabapoana conta com 443 leitos contratados e uma população de 33.655 habitantes, dados demográficos do IBGE demonstram que 6.411 da população total do Município possuem pelo menos um tipo de deficiência. Este Município é Pólo Microrregional para procedimentos de Média Complexidade (SES/RJ, 2002).

O Município de Bom Jesus de Itabapoana possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – José de Oliveira Borges cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial NO I.4 - Italva

O segundo módulo assistencial desta microrregião tem como sede Italva e como adstrito o Município de Cardoso Moreira. A população total do módulo é de 25.216 habitantes, contando com 42 leitos credenciados ao SUS em diversas especialidades (SES/RJ, 2002).

Italva possui 12.621 habitantes, dos quais 2.424 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade e seus 42 leitos encontram-se distribuídos por diversas especialidades. O Município de Cardoso Moreira não possui leitos cadastrados para

atendimento a usuário do SUS e conta com uma população de 12.595 habitantes, deste 2.419 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

Os procedimentos de Média Complexidade I serão atendidos no Município de Italva, sede deste módulo. Os demais procedimentos da Média Complexidade deverão ter atendimento em Bom Jesus de Itabapoana ou Italva (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Microrregião Noroeste II

Esta Microrregião é composta pelos municípios de Aperibé, Itaocara, Santo Antônio de Pádua, Cambuci e Miracema, totalizando 111.447 habitantes. Os Municípios estão dispostos em quatro módulos assistenciais e não sendo previsto um Pólo Microrregional para Média Complexidade, uma vez que as informações de capacidade instaladas e de fluxo intermunicipal apontam para a possibilidade de haver resolutividade para este grupo de procedimentos no nível regional.

Módulo Assistencial NO II. 1 - Aperibé

Segundo dados demográficos do IBGE (2003) o Município de Aperibé possui 8.018 habitantes, dos quais 1.180 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade. Este Município conta com 35 leitos, segundo o PDR do Estado do Rio de Janeiro, (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial NO II. 2 - Itaocara

O Município de Itaocara é o único a compor este módulo, conta com 63 leitos credenciados ao SUS, distribuídos pelas especialidades básicas e 23.003 habitantes, dos quais 3.582 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Itaocara possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Itaocara cadastrado para prestar dois tipos de atendimento (1) CAPS I, relacionado à Portaria 189/02 e (2)

Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial NO II. 3 – Santo Antônio de Pádua

Este módulo é composto pelo Município de Santo Antônio de Pádua (sede) e Cambuci (PDR, 2002). Santo Antônio de Pádua conta com 201 leitos distribuídos nas diversas especialidades e uma população de 38.692, dos quais, segundo dados do IBGE (2003) 5.819 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Este Município é referência para os procedimentos do Mínimo da Média Complexidade não realizados em Cambuci (SES/RJ, 2002).

O Município Cambuci tem uma população de 14.670 habitantes, sendo que 1.956 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade e 80 leitos hospitalares contratados (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

O Município de Santo Antônio de Pádua possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS – Ilha da Convivência cadastrada para prestar dois tipos de atendimento (1) CAPS I, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9) e II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial NO II. 4 - Miracema

Miracema é o único Município deste módulo, conta com 55 leitos contratados ao SUS e uma população de 27.064 habitantes, sendo que deste, 3.881 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade (PDR, 2002; IBGE, 2003). Segundo o PDR (2002) este Município deve realizar a totalidade de procedimentos do elenco Mínimo da Média Complexidade em seu território.

O Município de Miracema possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS Miracema cadastrado para prestar atendimento no CAPSI, relacionado à Portaria 189/02.

8) Norte (N)

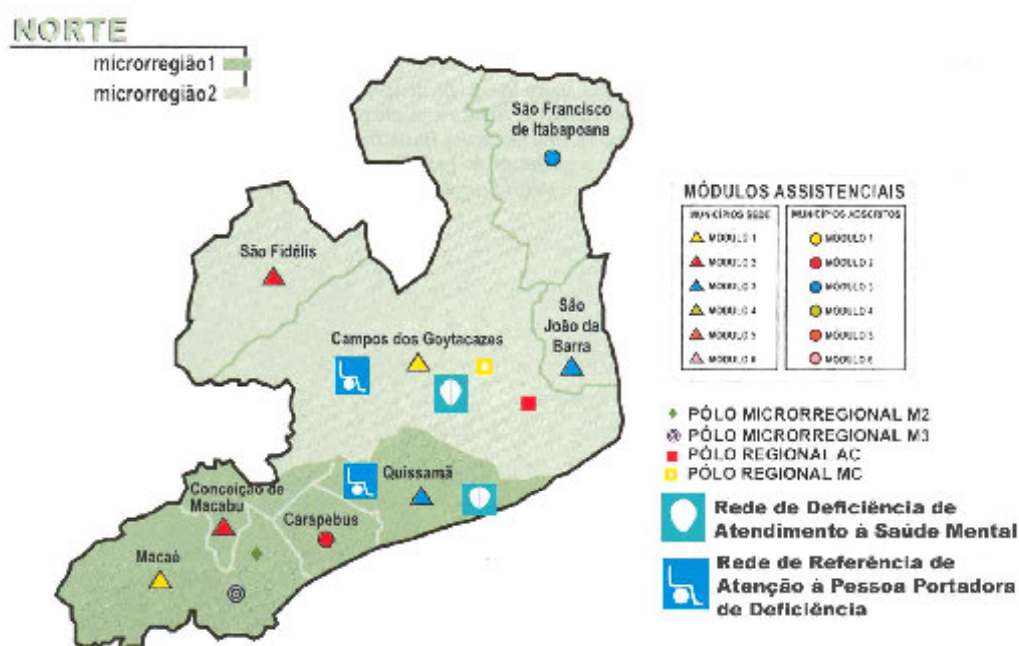


Figura9 – Mapa Norte – Fonte: PDR/RJ, 2002.

A Região Norte (N) compreende oito municípios, distribuídos em duas microrregiões (Norte I – N I e Norte II – II) com uma população de 684.409 habitantes, representando 4,76% da população total do Estado (SES/RJ, 2002).

A referência especializada da região (oncologia, TRS e hemoterapia) e a regulação a ser realizada pela Central de Regulação estarão sediadas no Município de Campos (SES/RJ, 2002).

O Plano Estadual de Saúde (2003), não apresentou dados epidemiológicos específicos desta região.

Microrregião Norte I (N I)

Compreende esta Microrregião os Municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã totalizando 164.841 habitantes, que se dividem em três Módulos Assistenciais (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial N I. 1 - Macaé

Macaé é o único Município a compor este módulo, conta com um total de 269 leitos cadastrados ao SUS e 132.461 habitantes, sendo que deste, 15.960 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial N I. 2 – Conceição de Macabu

Este módulo é composto pelos Municípios de Conceição de Macabu (sede) e Carapebus (município adstrito). Conceição de Macabu conta com 101 leitos cadastrados no SUS e uma população de 18.706 habitantes (SES/RJ, 2002)

O Município de Carapebus não possui leitos cadastrados no SUS e conta com uma população de 8.666 habitantes, das quais 1.852 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial N I.3 - Quissamã

Quissamã apresenta 13.674 habitantes, sendo que destes 2.420 apresenta algum tipo de deficiência ou incapacidade e contando com 40 leitos cadastrados pelo SUS (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Quissamã possui um único serviço de referência para atendimento à saúde mental e um para portadores de deficiências. Sendo eles descritos abaixo:

O Serviço de Referência para atendimento à Saúde Mental é:

1. CAPS Quissamã cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

O Serviço de Referência para atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência é:

1. Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus, segundo informações da área técnica esta instituição, é referência para prestar atendimento à nível hospitalar (leitos).

Microrregião Norte II – N II

Compreende esta Microrregião os Municípios de Campos, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra que juntos totalizam 1.447 leitos cadastrados e uma população de 513.114 habitantes, o que equivale a 3,56% do total de população do Estado. Esta microrregião foi subdividida em três módulos assistenciais (SES/RJ, 2002; 2003).

Módulo Assistencial N II.1 – Campo dos Goytacazes

O Município de Campos dos Goytacazes é o único deste módulo assistencial, com uma população de 407.168 habitantes, destes 56.464 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade e 1.251 leitos cadastrados pelo SUS (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este Município é referência para alguns procedimentos de alta e média complexidade como por exemplo, potencial de acuidade visual, prova de esforço, potencial evocado visual, procedimentos de fisioterapia, e outros (SES/RJ, 2002).

O Município de Campos dos Goytacazes possui dois serviços de referência para atendimento a saúde mental e um para portadores de deficiências. Sendo eles descritos abaixo:

Os Serviços de Referência para atendimento à saúde mental são:

1. CAPS Dr. João Batista A. Gomes cadastrado para prestar atendimento no CAPS II, relacionado à Portaria 189/02;
2. Centro de Atenção Psicossocial Dr. Ari Viana cadastrado para prestar atendimento no CAPSad, relacionado à Portaria 189/02.

O Serviço de Referência para atendimento à Pessoa Portadora de Deficiência é:

1. Serviço de Reabilitação do Hospital Geral de Guarus, segundo informações da área técnica esta instituição, é referência para atendimento hospitalar (leitos).

Módulo Assistencial N II. 2 – São Fidélis

Segundo dados demográficos do IBGE (2003) o Município de São Fidélis conta com uma população de 36.789 habitantes, dos quais 5.693 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade e com 128 leitos cadastrados no SUS (SES/RJ, 2002).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial N II. 3 – São João da Barra

Este módulo é composto pelos Municípios de São Francisco do Itabapoana e São João da Barra (sede). São Francisco de Itabapoana conta com 43 leitos cadastrados e uma população de 41.475 habitantes, dos quais 6.849 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

O Município de São João da Barra possui 25 leitos cadastrados e uma população de 27.682 habitantes, sendo que deste 4.858 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

9) Serrana (SR)



Figura10– Mapa Serrana – Fonte: PDR/RJ, 2002.

A Região Serrana (SR) possui dezesseis municípios, com uma população total de habitantes, representando 5,3% da população total do Estado. Esta região foi

subdividida em três microrregiões (Serrana I (SR I), Serrana II (SR II) e Serrana III (SR III)) (SES/RJ, 2002).

Nesta Região, os Municípios de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo devem atuar como Pólos para referências especializadas. A regulação dos fluxos de referência e contra-referência intermunicipais deverá ser feita por meio da Central de Regulação de Teresópolis (SES/RJ, 2002).

Segundo os dados epidemiológicos apresentados no Plano Estadual de Saúde (2003), a principal causa de morte nesta região entre as doenças do aparelho circulatório são as Doenças Isquêmicas.

Quanto à distribuição etária por causa indeterminada de morte, a variação foi de 1 a 8%, tendo a faixa etária de 50 – 59 anos o seu maior percentual (8%) (SES/RJ, 2002).

Microrregião Serrana I (SR I)

Compreende apenas um módulo assistencial formado pelo Município de Petrópolis.

Modulo Assistencial SR I. 1 – Petrópolis

O Município de Petrópolis conta com 1.973 leitos cadastrados pelo SUS e com uma população de 286.537 habitantes, sendo que destes, 39.301 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE 2003).

O Município de Petrópolis possui dois serviços de referência para atendimento a pessoas portadores de deficiência. Sendo eles descritos abaixo:

1. Sanatório de Correias cadastrado para prestar atendimento a nível hospitalar em reabilitação (códigos 67.300.01-4 e 67.500.01-3), relacionado à Portaria 305/92;
2. Sanatório Oswaldo Cruz Ltda – Petrópolis cadastrado para prestar atendimento a nível hospitalar em reabilitação (códigos 67.300.01-4 e 67.500.01-3), relacionado à Portaria 305/92.

Microrregião Serrana II

Esta Microrregião é composta pelos municípios de Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Carmo, que totalizam 224.776 habitantes. Formada por quatro Módulos Assistenciais (SES/RJ, 2002).

O Município de Teresópolis é referência regional para Média e Alta Complexidade (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial SR II. 1 – Teresópolis

Este módulo é formado apenas pelo Município de Teresópolis, que conta com 401 leitos cadastrados e uma população de 138.081 habitantes, dos quais 17.908 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo o PDR do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ, 2002) o Município de Teresópolis é referência para alguns procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial SR II. 2 – Guapimirim

Guapimirim possui 37.952 habitantes, sendo que destes 5.699 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade e 26 leitos cadastrados no SUS (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial SR II. 3 – São José do Vale do Rio Preto

O Município de São José do Vale do Rio Preto é o único a compor este módulo, com 49 leitos cadastrados e com uma população de 19.278 habitantes, dos quais 2.289 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade (PDR, 2002; IBGE, 2003). Este Município, segundo o PDR (SES/RJ, 2002) do Estado do Rio de Janeiro é referência em eletroencefalografia.

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial SR II. 4 – Carmo

O Município de Carmo tem 470 leitos cadastrados, e uma população de 15.289 habitantes, das quais 3.365 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, no Município de Carmo, sendo ele:

1. CAPS Carmo cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial SR II. 5 – Sumidouro

Sumidouro é o único Município que compõe este módulo e conta com 27 leitos cadastrados (SES/RJ, 2002). Segundo demonstram os dados demográficos do IBGE (2003), possui uma população de 14.176 habitantes, dos quais 2.192 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade.

O Município de Sumidouro possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS Sumidouro cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Microrregião Serrana III (SR III)

Esta Microrregião é composta pelos Municípios de Nova Friburgo, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena que totalizam uma população de 327.358 habitantes, formando seis Módulos Assistenciais, sendo que o Município de Nova Friburgo é o terceiro município Pólo para Média e Alta complexidade na região (SES/RJ, 2002).

Módulo Assistencial SR III. 1 – Nova Friburgo

Nova Friburgo possui 173.418 habitantes, dos quais 68.075 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade e conta com 699 leitos cadastrados para o SUS (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Segundo o PDR (2002) do Estado do Rio de Janeiro, o Município de Nova Friburgo é referência em alguns procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial SR III. 2 – Cachoeiras de Macacu

Este módulo é composto apenas pelo Município de Cachoeiras de Macacu, que conta com 97 leitos cadastrados no SUS e uma população de 48.543 habitantes, sendo que 8.266 são portadores de alguma deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Cachoeiras de Macacu possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. SOPECAM cadastrado para prestar atendimento em Oficina Terapêutica I (cód 19.151.03-9), relacionado à Portaria 1.635/02.

Módulo Assistencial SR III. 3 – Bom Jardim

Este módulo é composto pelos municípios de Bom Jardim (sede) e Duas Barras. Que juntos totalizam uma população de 32.985 habitantes e 79 leitos cadastrados ao SUS (SES/RJ, 2002).

O Município de Bom Jardim conta com 53 leitos e uma população de 22.651 habitantes, dos quais 3.127 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade. Este município é referência em eletroencefalografia (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Duas Barras possui 10.334 habitantes, sendo que destes 1.469 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade e 26 leitos, distribuídos em quase sua totalidade nas Clínicas básicas. Este Município é referência para eletroencefalografia (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Módulo Assistencial SR III. 4 – Cantagalo

Compreende este módulo três Municípios, sendo eles: Macuco, Cordeiro e Cantagalo (sede), totalizando assim, 43.322 habitantes e 38 leitos (SES/RJ, 2002).

Macuco não possui leitos cadastrados ao SUS e conta com 4.886 habitantes, dos quais 731 são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003). Este Município é referência em eletroencefalograma – EEG (SES/RJ, 2002).

Cordeiro possui 18.601 habitantes, sendo que destes 2.664 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade e 13 leitos cadastrados, distribuídos em quase sua totalidade pelas clínicas básicas (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de Cantagalo é sede deste módulo, com uma população de 19.835 habitantes, sendo que destes 3.144 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade e 25 leitos, distribuídos em quase sua totalidade nas clínicas básicas (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial possui serviços de referência para prestar atendimento em saúde mental, um único serviço no Município de Cordeiro e um no município de Cantagalo, sendo eles:

1. CAPS de Cordeiro cadastrado para prestar dois tipos de atendimento (1) CAPS I, relacionado à Portaria 189/02 e (2) Oficina Terapêutica II (cód 19.151.04-7), relacionado à Portaria 1.635/02.
2. CAPS de Cantagalo cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial SR III. 5 – São Sebastião do Alto

Este módulo conta com uma população total de 8.402 habitantes, sendo que destes 1.729, são portadores de algum tipo de deficiência ou incapacidade e com 39 leitos, dos quais 80% estão nas clínicas básicas (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

O Município de São Sebastião possui um único serviço de referência para prestar atendimento em saúde mental, sendo ele:

1. CAPS de São Sebastião do Alto cadastrado para prestar atendimento no CAPS I, relacionado à Portaria 189/02.

Módulo Assistencial SR III. 6 – Trajano de Moraes

Este módulo é composto pelos Municípios de Trajano de Moraes (sede) e Santa Maria Madalena, que juntos totalizam 20.688 habitantes e 81 leitos cadastrados ao SUS (SES/RJ, 2002).

O Município de Trajano de Moraes tem uma população de 10.212 habitantes, dos quais 1.627 apresentam algum tipo de deficiência ou incapacidade e possui 35 leitos cadastrados ao SUS, sendo quase 70% nas clínicas básicas e 20% em clínica cirúrgica (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Santa Maria Madalena conta com 46 leitos cadastrados e com uma população de 10.476 habitantes, sendo que 1.073 possuem algum tipo de deficiência ou incapacidade (SES/RJ, 2002; IBGE, 2003).

Este módulo assistencial não possui serviços de referência para prestar atendimento em reabilitação.

Em síntese, a apresentação da inserção dos serviços de reabilitação no PDR possibilitou verificar a distribuição geográfica em que estes se inserem, e contribuir para uma análise posterior, relacionando estes com as normatizações nacionais.

V. ANÁLISE DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nesta dissertação, a análise dos serviços de reabilitação relacionada ao estado do Rio de Janeiro, será realizada a partir de dois referenciais: o primeiro diz respeito à inserção dos serviços de reabilitação no Plano Diretor de Regionalização (PDR), contemplado e complementado no capítulo anterior, o segundo, enfocou a oferta de serviços, utilizando como ferramenta de análise parâmetros fixados pela Portaria 1101/02, complementados com os apresentados pela Portaria 579/00, que propõe compatibilizar os procedimentos realizados de internação com o diagnóstico principal informado.

A seleção do PDR como um dos referenciais, se faz necessária, na medida em que este é o atual instrumento nacional que disciplina o processo de regionalização, a partir do qual se poderá analisar como se dá a inserção das portarias das áreas técnicas no Estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se ainda, que a análise a partir das portarias permite identificar em que medida os parâmetros vinculados a elas são cumpridos, contudo não se pode afirmar que as afecções, que não estão incluídas nas normatizações serão atendidas.

Outro parâmetro selecionado foi a Portaria 1101/02, que estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial do SUS, informação esta, necessária à análise da situação da oferta de serviços.

A incompatibilidade de procedimentos x CID apresentados na portaria 579/00, complementam a análise ao trazer informações relacionadas às afecções associadas à reabilitação, dando condições de inferir a amplitude do atendimento.

Estes são os parâmetros identificados e utilizados para a organização dos serviços de reabilitação no Estado do Rio de Janeiro.

Na inserção dos serviços de reabilitação no PDR pode-se analisar alguns pontos relevantes: a) a distribuição dos serviços por microrregião no PDR e b) a distribuição dos serviços de acordo com as portarias publicadas em âmbito nacional.

Apresenta-se na tabela a seguir, a distribuição dos serviços de reabilitação segundo as portarias ministeriais por microrregião no PDR.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE ACORDO COM AS PORTARIAS EDITADAS PELAS ÁREAS TÉCNICAS, POR REGIÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PDR - RJ		Serviços Cadastrados de Acordo com as Portarias Editadas pelas Áreas Técnicas						
Região	Microrregião	Mental		Pessoa Portadora de Deficiência			Idoso	
		PT 189/02	PT 1.635/02	PT 185/02	PT 305/92	SR	PT 738/02	SR
Baía da Ilha Grande (BIG)	BIG	2	2	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Baixada Litorânea (BL)	BL I	1	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	BL II	Não possui serviço de referência cadastrados para atendimento em reabilitação						
Centro Sul (CS)	CS I	2	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	CS II	2	3	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Médio Paraíba (MP)	MP I	5	3	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	MP II	3	2	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Metropolitana I (METRO I)	METRO I.1	9	5	2	1	6	0	1
	METRO I.2	2	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	METRO I.3	2	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	METRO I.4	3	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	METRO I.5	3	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Metropolitana II (METRO II)	METRO II.1	2	5	2	0	0	1	0
	METRO II.2	1	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	METRO II.3	Não possui serviço de referência cadastrados para atendimento em reabilitação						
	METRO II.4	1	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Noroeste (NO)	NO I	2	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	NO II	3	2	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional			Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Norte (N)	N I	1	0	0	0	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	N II	2	0	0	0	1	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Serrana (SR)	SR I	0	0	0	2	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	SR II	2	0	0	0	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
	SR III	3	2	0	0	0	Não possui serviço de referência para atendimento voltado a este grupo populacional	
Total de Serviços por Portaria		51	29	4	3	8	1	1
Total Geral de Serviços por Área técnica		80		15			2	

Fonte: PDR,2002; SIA/SUS, 2002; SIH/SUS, 2002; Portarias Ministeriais; Informações das áreas técnicas

Legenda: PT – Portarias; SR – Serviço de Referência pela área técnica

Composição: elaborado pela autora

Na análise da tabela (8), observa-se que em relação à distribuição dos serviços por microrregião, apenas duas Microrregiões não possuem serviços voltados à Saúde Mental, sendo elas a Microrregião II da Baixa Litorânea I e a Microrregião 3 da Metropolitana II.

Nos serviços voltados à saúde mental, observa-se ainda, uma concentração destes serviços, ou seja, 35%.na região Metropolitana I. Já os serviços voltados para atenção da pessoa dependente de álcool e drogas, inseridos na Portaria 189/02, encontra-se apenas no Município de Campos de Goytacazes, contudo esta população pode vir a ser atendida nos serviços voltados à saúde mental.

Para os serviços referenciados ao atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência, somente cinco microrregiões possuem estes serviços. Sendo elas: a microrregião 1 da Metropolitana I; a microrregião 1 da metropolitana II; a microrregião I e II da Região Norte e a microrregião I da Região Serrana.

Segundo a Portaria GM/MS 818/02, que criou os centros de referência ao atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência física, os parâmetros máximos para o Estado de Rio de Janeiro estabelecidos no anexo II desta portaria, são 06 para serviços de referência em medicina física e reabilitação e 09 para serviços de reabilitação física, nível intermediário. Contudo, observa-se que estes parâmetros não foram atingidos, encontrando –se então, bem abaixo do referenciado.

Ademais, do total de 15 serviços voltados ao atendimento da Pessoa Portadora de deficiência, aproximadamente 73% destes, encontram-se concentrados na Região Metropolitana I.

As microrregiões que não possuem serviços de reabilitação voltados ao atendimento da PPD representam 7.201.720 habitantes, ou seja, 50% da população total do Estado.

Esta distribuição desigual dos serviços, acrescida da dificuldade de locomoção das Pessoas Portadoras de Deficiência, pode dificultar o acesso e a acessibilidade a esses serviços.

As informações selecionadas para o estudo não permitem a identificação da procedência do usuário, informação esta que proporcionaria a análise da referência do atendimento.

Para a Atenção à Saúde do Idoso, apenas duas microrregiões possuem serviços de referência voltados para o atendimento deste grupo populacional, sendo elas: a microrregião 1 da Região Metropolitana I e a microrregião 1 da região Metropolitana II.

Segundo o anexo da Portaria GM/MS 702/02, os parâmetros máximos estabelecidos para o Estado de Rio de Janeiro, referente ao atendimento a Centros de

Referência ao Idoso é de 07 centros, observa-se então que este parâmetro não foi atingido, encontrando-se bem abaixo do referenciado.

O processo de regionalização pode ser visualizado, na distribuição dos serviços para deficiente mental, onde os serviços estão circunscritos a uma determinada área geográfica. Enquanto nos demais grupos, como o idoso e o deficiente, observa-se uma concentração desses serviços nos grandes municípios como o Rio de Janeiro e Niterói.

Em síntese, os serviços de reabilitação cadastrados de acordo com as portarias editadas pelas áreas técnicas, 81% referem-se ao atendimento ao deficiente mental. Este grupo populacional, segundo os dados do Censo Demográfico de 2000 representa cerca de 8% da população total do estado (IBGE, 2003), ou seja, observa-se então uma acentuada priorização desta área em detrimento aos demais serviços.

Pode-se inferir então, que as demais deficiências não estão tendo acesso adequado aos serviços de reabilitação, principalmente o deficiente visual que representa cerca de 46% da população do estado, segundo dados do IBGE (2003).

Apresenta-se na tabela a seguir, a distribuição dos serviços de acordo com as portarias publicadas em âmbito nacional.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO POR PORTARIAS

Portarias das Áreas Técnicas		Serviços	
		Nº de Serviços por Portaria	N ° Total
DEFICIENTE	PT 305/92	03	17
	PT 306/92	Não foi encontrado	
	PT 185/02	04	
	PT 116/93	Não foi avaliado	
	PT 432/00	Não possui	
	PT 364/01	Não foi avaliado	
	Serviços referenciados pela área	10	
IDOSO	PT 738/02	01	02
	Serviços referenciados pela área	01	
MENTAL	PT 1.635/02	29	72
	PT 189/02	51	

Fonte: SIA/SUS, 2002; SIH/SUS, 2002; Portarias Ministeriais; Informações das áreas técnicas

Legenda: PT – Portarias

Composição: elaborado pela autora

Na análise da tabela (9) observamos que a Portaria 432/00, que trata da inclusão de serviços voltados ao atendimento ao deficiente auditivo, não possui serviços

cadastrados no Estado do Rio de Janeiro. O relatório de avaliação da rede de assistência ao deficiente auditivo encaminhado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, a área técnica da pessoa com deficiência, “*esclarece alguns fatores que estariam dificultando a implantação desse atendimento, a partir da análise e discussão da organização da rede, do modelo assistencial vigente e dos ditames das Portarias Ministeriais*” (Ministério da Saúde, 2003). Esses fatores estariam assim relacionados às exigências estabelecidas nesta portaria para cadastramento de serviços.

A Portaria 306/92 que inclui na tabela SIA/SUS procedimentos ambulatoriais, voltados para o atendimento da PPD, não foi encontrada na identificação dos serviços cadastrados, que prestam assistência em reabilitação no âmbito ambulatorial, no sistema de informação utilizado. A provável justificativa é que devido à substituição da portaria 306/92 pela Portaria 185/02, os serviços cadastrados na PT 306/92, ainda não preencheram os requisitos necessários estabelecidos na PT 185/02, para prestarem atendimento em reabilitação.

Nas Portarias 116/93 e a 364/01 o motivo pelo qual não foram avaliadas, se deve ao fato de tratar de serviços complementares a reabilitação, não sendo no momento foco desse estudo.

Em relação aos serviços cadastrados para o atendimento ao deficiente mental, ao relacionar o número de serviços por portarias pelo número total de serviços, observa-se que há uma superposição dos mesmos; uma vez que uma mesma instituição está cadastrada para atender a duas portarias, com a mesma finalidade.

Nos serviços voltados para a pessoa portadora de deficiência e para o idoso, não se observa esta superposição claramente, porém ao considerarmos que o atendimento no serviço de saúde não é excludente, ou seja, a saúde é um direito de todos, pode-se inferir a existência desta superposição.

Na análise da tabela (9) observa-se ainda, que existem tanto na área do idoso como na do deficiente um quantitativo de serviços que são referenciados por estas áreas, porém, o sistema de informações do Ministério da Saúde, não faz referência a nenhum procedimento nestes serviços. Este fato provavelmente refere-se a um inadequado preenchimento nos boletins de pagamentos ou há um erro no cadastramento dos serviços no sistema de informação.

Em síntese, podemos inferir que a organização dos serviços de reabilitação no Estado do Rio de Janeiro, reflete a opção de indução de políticas por grupos

populacionais (idoso, deficiente e deficiente mental), ou seja; segue as normatizações nacionais.

Os serviços de reabilitação do Rio de Janeiro corroboram com a percepção das análises das Portarias, a qual complementa-se com a necessidade da oferta de serviços de reabilitação.

Na análise do PDR em relação aos serviços referenciados pelas áreas técnicas, evidencia-se uma concentração na distribuição desses serviços, bem como uma ausência em determinadas regiões. Não se pode afirmar, contudo, que esta concentração se deu pela aplicação das normatizações do Ministério da Saúde, considerando que, fica sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, adequar as normatizações de acordo com a sua necessidade e realidade local.

Esta dificuldade poderia ser atenuada se o Ministério da Saúde propusesse mais claramente normas para distribuição equânime desses serviços, e se no processo de habilitação considerasse a necessidade de serviços em consonância com a densidade populacional e as informações epidemiológicas.

5.1 – ANÁLISE DOS PARÂMETROS SEGUNDO A PORTARIA GM/MS 1101/02

A Portaria GM/MS 1101/02 estabeleceu alguns parâmetros assistenciais, os quais permitirão analisar a necessidade da oferta de serviços de reabilitação.

Esta portaria estabelece parâmetros de cobertura assistencial que se constitui como uma ferramenta para orientar os gestores do SUS, nos três níveis de governo, no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas.

Os parâmetros assistenciais se dividem em parâmetros de cobertura e de produtividade. No estudo de caso, trabalharemos com o parâmetro de cobertura, o qual é destinado a estimar a necessidade de atendimento a uma determinada população.

Para o cálculo da cobertura assistencial ambulatorial, utiliza-se como base, a composição da tabela SIA/SUS (grupos de procedimentos), sendo que alguns procedimentos são calculados com base na população, enquanto outros derivam de um procedimento ou ato profissional. Assim, os de terapia (reabilitação) por serem decorrentes de uma consulta médica deverão ser calculados com base na estimativa total de consultas. Já para o de cobertura hospitalar deverão ser calculadas com base na

expectativa esperada de internações por habitante/ano, decorrentes de cuidados de reabilitação.

Utiliza-se aqui os parâmetros assistenciais estabelecidos na Portaria GM/MS 1101/02 para analisar se no ano de 2002, a oferta de serviços de reabilitação atenderam aos parâmetros estabelecidos, tanto para a cobertura ambulatorial como para a hospitalar.

Trabalha-se abaixo os Parâmetros de cobertura assistencial ambulatorial, tendo como ano base, 2002, no Estado do Rio de Janeiro relacionados aos serviços de reabilitação ambulatorial.

Para se chegar na análise propriamente dita dos serviços de reabilitação em nível ambulatorial, é necessário realizar dois cálculos preliminares: (1) a cobertura de consultas médicas e (2) a cobertura de terapias especializadas.

1) Cobertura de Consultas Médicas

Os parâmetros estabelecidos pela portaria 1101/02 para cobertura de consultas médicas são de 2 a 3 consultas, por habitante (hab.)/ano. Trabalhou-se com o parâmetro mínimo de 2 consultas hab/ano e com o máximo de 3 consultas hab/ano.

Para obter-se o mínimo esperado de consultas médicas elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{CME_i = CM_i \times NHA}$$

Sendo,

CME_i = número mínimo de consultas médicas esperadas

CM_i = número mínimo de consultas médicas

NHA = número de habitantes/ano

O resultado obtido corresponde ao número de consultas mínimas esperadas para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (10).

Para obter-se o máximo de consultas médicas esperadas elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{CME_a = CM_a \times NHA}$$

Sendo,

CME_a = número máximo de consultas médicas esperadas

C_{Ma} = número máximo de consultas médicas

N_{HA} = número de habitantes/ano

O resultado obtido corresponde ao número de consultas máximas esperadas para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (10).

O número de procedimentos realizados no ano de 2002 em consultas médicas pelo Estado do Rio de Janeiro, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS é de 34.061.233 consultas médicas ambulatoriais.

Para verificarmos se o parâmetro mínimo foi atingindo, elaboramos a seguinte fórmula:

$$PM_i = (PRC \div CME_i) \times 100$$

Sendo,

PM_i = percentual mínimo realizado

PRC = total procedimentos realizados

CME_i = número mínimo de consultas médicas esperadas

O resultado obtido corresponde ao percentual mínimo de consultas realizadas no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (10).

Para verificarmos se o parâmetro máximo foi atingindo, elaboramos a seguinte fórmula:

$$PM_a = (PRC \div CME_a) \times 100$$

Sendo,

PM_a = percentual máximo realizado

PRC = total procedimentos realizados

CME_a = número máximo de consultas médicas esperadas

O resultado obtido corresponde ao percentual máximo de consultas realizadas no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (10).

A tabela (10) demonstra o resultado encontrado da cobertura de consultas médicas.

TABELA 10 – COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS

População Utilizada para o cálculo - 14.392.106 - (IBGE,2003)

Tipos de Consultas	Parâmetros	CMEi	CMEa	Procedimentos Realizados em 2002 SIA/SUS	PMi	PMa	Total de Consultas hab/ano
Consultas Médicas (Total)	2 a 3 por hab./ano	28.784.212	43.176.318	34.061.233	118,3%	78,9%	2,4

FONTE: PORTARIA GM/MS 1101/02 E PROCEDIMENTOS SIA/SUS

Legenda: CMEi - número mínimo de consultas médicas esperadas; CMEa - número máximo de consultas médicas esperadas; PMi - percentual mínimo realizado; PMa - percentual máximo realizado.

Composição: elaborado pela autora

Na análise da tabela (10) observa-se um excedente de 18,3% no percentual mínimo de consultas realizadas. Em relação ao número máximo de consultas esperadas não atingiu ao parâmetro estabelecido em 21,1%.

Entretanto no total de consultas médicas realizadas de 2,4 consultas hab/ano, encontra-se dentro dos parâmetros recomendados de 2 a 3 consultas/hab/ano.

2) Cobertura de Terapias Especializadas

Os parâmetros estabelecidos pela portaria 1101/02 para a cobertura de terapias especializadas são de 2 a 3 % do total de consultas médicas (CMEi e CMEa).

Para obter-se o mínimo esperado para terapia especializada elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{TEMi = CMEi \times PARi}$$

Sendo,

TEMi = terapia especializada mínima esperada

CMEi = número mínimo de consultas médicas esperadas

PARi = parâmetro mínimo estabelecido

O resultado obtido corresponde ao número de consultas mínimas esperadas para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (11). Trabalhou-se com o parâmetro mínimo de 2% (0,02) consultas médicas (CMEi).

Para obter-se o máximo esperado para terapia especializada elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{TEMa = CMEia \times PARa}$$

Sendo,

TEMa = terapia especializada máxima esperada

CMEi = número máxima de consultas médicas esperadas

PARi = parâmetro máximo estabelecido

O resultado obtido corresponde ao número de consultas mínimas esperadas para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (11). Trabalhou-se com o parâmetro máximo de 3% (0,03) consultas médicas (CMEa).

O número de procedimentos realizados no ano de 2002 em terapias especializadas pelo Estado do Rio de Janeiro, segundo o SIA/SUS foi de 332.469 terapias especializadas.

Para verificarmos se o parâmetro mínimo foi atingindo, elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{PMTEi = (PRC \div TEMi) \times 100}$$

Sendo,

PMTEi = percentual mínimo de terapias especializadas realizadas

PRC = total procedimentos realizados em terapias especializadas

TEMi = terapia especializada mínima esperada

O resultado obtido corresponde ao percentual mínimo de terapias especializadas realizadas no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (11).

Para verificarmos se o parâmetro máximo foi atingindo, elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{PMTEa = (PRC \div TEMa) \times 100}$$

Sendo,

PMTEa = percentual máximo de terapias especializadas realizadas

PRC = total procedimentos realizados

TEMa = terapia especializada máxima esperada

O resultado obtido corresponde ao percentual máximo de terapias especializadas realizadas no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (11).

A tabela (11) demonstra os resultados da cobertura das Terapias Especializadas, considerada como o grupo 19 da tabela SIA/SUS.

TABELA 11 – COBERTURA DAS TERAPIAS ESPECIALIZADAS

Procedimentos Especializados Grupo 19	Parâmetro	TEMi	TEMa	Procedimentos Realizados em 2002 SIA/SUS	PMTEi	PMTEa
Terapias Especializadas (por terapia)	2 a 3 % do total de consultas	575.684	1.295.290	332.469	57,8%	25,7%

Fonte: Portaria GM/MS 1101/02 e procedimentos SIA/SUS

Legenda: TEMi – terapia especializada mínima esperada; TEMa – terapia especializada máxima esperada; PMTEi - percentual mínimo de terapias especializadas realizadas; PMTEa - percentual máximo de terapias especializadas realizadas.

Composição: elaborado pela autora

Na análise da tabela (11) observa-se que os procedimentos realizados de terapia especializada não atingiram os parâmetros estabelecidos pela portaria 1101/02.

Ao concluir-se o estudo das coberturas médicas e de terapias especializadas desenvolvemos a análise, foco desse trabalho, do atendimento em reabilitação, inserida nas terapias especializadas.

Neste trabalho optou-se por utilizar os procedimentos de Terapia Especializada, grupo 19, (atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial; Atendimento Oficina Terapêutica e Atendimento Núcleo/Centro Reabilitação) que representam a reabilitação, não sendo considerados, para efeito do estudo, os procedimentos isolados como por exemplo, a fisioterapia; órtese/prótese e outros.

Os parâmetros estabelecidos pela portaria 1101/02 para os procedimentos de reabilitação são de 36 % do total de terapias especializadas (TMEi e TMEa).

Para obter-se o resultado esperado para o procedimento de reabilitação trabalhamos com os dois resultados encontrados para terapias especializadas, ou seja, com o mínimo e com o máximo esperado.

Para ilustrar elaboramos a seguinte fórmula, em relação à terapia especializada mínima esperada:

$$\boxed{MER_1 = TMEi \times PAR}$$

Sendo,

MER₁ = meta esperado para reabilitação

TEMi = terapia especializada mínima esperada

PAR = parâmetro estabelecido para reabilitação

O resultado obtido corresponde ao número de procedimentos de reabilitação esperado para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (12).

Para ilustrar elaboramos a seguinte fórmula, em relação à terapia especializada máxima esperada:

$$\boxed{MER_2 = TMEa \times PAR}$$

Sendo,

MER₂ = meta esperado para reabilitação

TEMa = terapia especializada máxima esperada

PAR = parâmetro estabelecido para reabilitação

O resultado obtido corresponde ao número de procedimentos de reabilitação esperado para o Estado do Rio de Janeiro, tabela (12).

O número de procedimentos realizados no ano de 2002 em reabilitação pelo Estado do Rio de Janeiro, segundo o SIA/SUS foi de 216.325 procedimentos.

Para verificarmos se o percentual dos procedimentos realizados em reabilitação relacionados às terapias especializadas mínimas foi satisfatório, elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{PER_1 = (PR \div TEMi) \times 100}$$

Sendo,

PER₁ = percentual de reabilitação realizado

PR = procedimentos realizados em reabilitação

TEMi = terapia especializada mínima esperada

O resultado obtido corresponde ao percentual de procedimentos de reabilitação realizado no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (12).

Para verificarmos se o percentual dos procedimentos realizados em reabilitação relacionados às terapias especializadas máximas foi satisfatório, elaboramos a seguinte fórmula:

$$\boxed{PER_2 = (PR \div TEMa) \times 100}$$

Sendo,

PER₂ = percentual de reabilitação realizado

PR = procedimentos realizados em reabilitação

TEMa = terapia especializada máxima esperada

O resultado obtido corresponde ao percentual de procedimentos de reabilitação realizado no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2002, tabela (12).

A tabela (12) demonstra os resultados da cobertura dos procedimentos de reabilitação.

TABELA 12 – COBERTURA DOS PROCEDIMENTOS DE REABILITAÇÃO

Procedimentos Especializados Grupo 19	Parâmetro	MER ₁	MER ₂	Procedimentos Realizados em 2002 SIA/SUS	PER ₁	PER ₂
Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial	36%	207.246	466.304	216.325	104,4%	46,4%
Atendimento Oficina Terapêutica						
Atendimento Núcleo/Centro Reabilitação						

Fonte: Portaria GM/MS 1101/02 e procedimentos SIA/SUS

Legenda: MER₁ - meta esperada para reabilitação; MER₂ - meta esperada para reabilitação; PER₁ - percentual de reabilitação realizado; PER₂ - percentual de reabilitação realizado.

Composição: elaborado pela autora

Em análise da tabela (12), observamos que em relação ao mínimo das terapias especializadas os procedimentos de reabilitação excederam 4,4%. O valor máximo, das terapias especializadas, não foram atingidos pelo Estado do Rio de Janeiro.

Na relação dos serviços ambulatoriais trabalhados nos parâmetros com os serviços apresentados no PDR, no capítulo anterior, verificamos que os serviços apresentados no PDR se dividem por grupo populacional, atendendo a demanda das portarias das áreas técnicas (capítulo 3). O parâmetro da portaria 1101/02, considera estes serviços como um único grupo do grande grupo 19 – Terapias Especializadas, ou seja, não separa os serviços de Atendimento Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial; do Atendimento Oficina Terapêutica e do Atendimento Núcleo/Centro Reabilitação.

Para complementar a análise da cobertura assistencial, trabalharemos a seguir os Parâmetros de cobertura assistencial hospitalar, tendo como ano base, 2002, no Estado do Rio de Janeiro relacionados às internações em reabilitação.

A fórmula para o cálculo das internações esperadas numa determinada região por ano é a seguinte:

$$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

Fonte: Portaria GM/MS 1101/02

Legenda: NIHE – Número de Internações Hospitalares Esperadas

Neste trabalho, para o cálculo das internações esperadas em reabilitação, optou-se por utilizar apenas os procedimentos de internação relativos à reabilitação, não sendo considerados para efeito do estudo os leitos psiquiátricos.

Para o cálculo do número de internações esperadas para Reabilitação será adotada a fórmula a seguir: $(\text{Total da População} \times 0,08) \times 1,08\%$.

Segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2003) a população do Estado do Rio de Janeiro é de 14.392.106 habitantes. Ao utilizarmos a fórmula anterior para verificar o número de internações esperadas para reabilitação constatamos o valor de 12.435.

Nos dados do SIH/SUS o Estado do Rio de Janeiro apresentou no ano de 2002, 1.060 internações apresentadas de reabilitação. Ao relacionar o número de internações esperados com o número de internações apresentadas, obteve-se uma cobertura de internação de 8,0%.

Para analisarmos a média de permanência em internações por reabilitação utilizaremos a seguinte fórmula:

$$\text{TMP} = \frac{\text{Procedimentos realizados}}{\text{número de internações apresentadas}}$$

Sendo,

TMP = Tempo Médio de Permanência

A tabela (13) demonstra o Tempo Médio de Permanência.

TABELA 13 – MÉDIA E PERMANÊNCIA DE INTERNAÇÃO

Especialidades	Varição entre Regiões/1999/AIHs pagas	Parâmetro	Unidade de Medida	Cobertura de Internção x Parametro	Procedimento realizado 2002 (SIH)	Média de Permanência
Reabilitação	24,6 a 31,7	28	Dias/ano por internação	348.180	29.762	28,1

Fonte: Portaria GM/MS 1.101/02; IBGE, 2003; SIH/SUS, 2002.

Composição: elaborado pela autora

Podemos verificar que a média de permanência das internações por reabilitação encontra-se dentro dos parâmetros estabelecidos.

Para obtermos a necessidade de leitos esperados em Reabilitação, para o Estado do Rio de Janeiro, utilizaremos a seguinte fórmula:

$$\text{Necessidade de leitos} = \frac{\text{número de habitantes} \times 0,14}{1000 \text{ habitantes}}$$

A tabela (14) demonstra a necessidade de leitos de reabilitação no Estado do Rio de Janeiro

TABELA 14 – NECESSIDADES DE LEITOS DE REABILITAÇÃO

Especialidades	Parâmetro Recomendados		Unidade de Medida	População IBGE (2000) RJ	Necessidade de Leitos RJ	Número de Leitos 2002
	% sobre necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população				
Reabilitação	14,06	0,14	leitos/1.000 hab.	14.392.106	2.015	227

Fonte: Portaria GM/MS 1.101/02; IBGE, 2003; SIH/SUS, 2002.

Composição: elaborado pela autora

Conforme analisamos na tabela (14) a necessidade de leitos de reabilitação para o Estado do Rio de Janeiro é de 2.015 leitos, sendo que no ano de 2002 foram apresentados pelo SIH/SUS 227 leitos, ou seja, 11,03% do valor ideal. Correspondendo a 0,11 leitos para cada 1000 habitantes.

Esses leitos de reabilitação distribuem-se nos seguintes serviços hospitalares: Hospital Universitário Antônio Pedro Universidade Federal Fluminense; Sanatório de Correias Ltda; Sanatório Oswaldo Cruz Ltda. e Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação localizados nos Municípios de Niterói, Petrópolis e Rio de Janeiro. Constata-se assim uma concentração destes serviços nos grandes centros urbanos.

É importante ressaltar-se que existem outros serviços referenciados pelas áreas técnicas (distribuídos no PDR do estado, item 4.2) que não constam cadastrados no SIH/SUS para realizar estes procedimentos.

Para complementar a análise das internações hospitalares, pode-se utilizar a Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal informado, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão – CID 10 no processamento das

AIH do SIH – Sistema de Informações Hospitalares, constante da Portaria SAS/MS 579/2001 de 20/12/2001 (Ministério da Saúde, 2001).

Esta Portaria considerou que as informações relativas a internações, contidas no Sistema de Informações Hospitalares - SIH e os diagnósticos devem ser registrados corretamente e guardarem correlação entre si e que os registros lançados corretamente na Autorização de Informação Hospitalar – AIH do SIH, possuam caráter epidemiológico valioso fornecendo informações para planejamento das ações em saúde (Ministério da Saúde, 2001).

A Portaria determina ainda que todo procedimento incluído na Tabela de Procedimentos do SIH deverá constar obrigatoriamente nos diagnósticos possíveis de acordo com o CID 10 (Ministério da Saúde, 2001).

Diante disto a SAS emitiu um Relatório sobre Incompatibilidade de Procedimentos X CID 10, no qual a reabilitação se insere. O Relatório compatibiliza os seguintes códigos 67300014 – Tratamento em Reabilitação e ao código 67500013 – Tratamento em Reabilitação em relação ao CID10, conforme demonstrado nas tabelas 02 e 03. (Ministério da Saúde, 2001).

Segundo a tabela de incompatibilidade de procedimentos X CID 10, nos hospitais referenciados acima, com exceção do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, o qual não foi encontrado no SIH/SUS, foram diagnosticadas as seguintes patologias: Paralisia cerebral infantil NE (G80.9); Paraplegia espástica (G82.1); Tetraplegia espástica (G82.4); Encefalopatia NE (G 93.4); Hemiplegia espástica (G 81.1); Hemiplegia NE (G 81.9); Paraplegia flácida (G 82.0); Paraplegia NE (G 82.2); Tetraplegia flácida (G 82.4); Encefalopatia NE (G 93.4) e Espondilite anquilosante (M45). Caracteriza-se, portanto um predomínio das patologias associadas à reabilitação motora.

Na tabela a seguir, apresenta-se uma síntese dos percentuais encontrados para a cobertura ambulatorial e hospitalar de acordo com informações coletadas do Rio de Janeiro, no ano de 2002.

TABELA 15 - PERCENTUAIS ENCONTRADOS PARA A COBERTURA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Cobertura ambulatorial	Cobertura Hospitalar	
Terapias Especializadas (grupo 19)	Necessidade esperada de Internação	Necessidade de leitos de Internação
4,4 % acima do valor mínimo encontrado e 53,6% abaixo do valor máximo encontrado	8% do valor esperado para internação	11,03 do valor ideal.

Na análise da cobertura dos serviços de reabilitação a nível ambulatorial, pode-se inferir que os parâmetros mínimos, ou seja, 4,4%, foram ultrapassados devido ao grande número de serviços referenciados ao deficiente mental, pois neste nível os parâmetros recomendados pela portaria 1101, não separam os serviços de reabilitação, por grupos populacionais, sendo ambos tratados como um único grupo.

Em relação à cobertura hospitalar para reabilitação observa-se que o número de leitos e o número de internações esperadas estão abaixo da necessidade estabelecida, ou seja, pode-se inferir que não suprem a necessidade da população, devido à reduzida oferta de serviços. Contudo os parâmetros utilizados para este nível de atenção separam os leitos de reabilitação dos leitos de psiquiatria, o que justifica o valor encontrado.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como ponto de partida a hipótese de que a Organização dos Serviços de Reabilitação do Estado do Rio de Janeiro, estão diretamente relacionadas às normatizações nacionais.

Em função da análise dos serviços de reabilitação do Estado do Rio de Janeiro, inseridos no Plano Diretor de Regionalização, observou-se uma superposição das normatizações referenciadas, refletindo assim um sistema verticalizado e fragmentado.

Constata-se uma má distribuição geográfica, na inserção dos serviços de reabilitação no Plano Diretor de Regionalização, onde 73% do atendimento voltado à Pessoa Portadora de Deficiência está concentrado na Região Metropolitana I, o que pode sugerir, dificuldades de acesso e acessibilidade da população.

Acrescenta-se ainda que apenas 28% dos Centros de Referência à Saúde do Idoso previstos para o Estado foram implantados, o que sugere falta de cobertura à saúde do idoso.

No que se refere ao atendimento ao deficiente auditivo e visual, não foram identificados serviços cadastrados no Estado do Rio de Janeiro, que prestassem assistência a este grupo populacional.

Observa-se também que há uma superestimação dos serviços voltados à atenção à saúde mental no Estado do Rio de Janeiro, representando cerca de 81% do total dos serviços de reabilitação.

Ao relacionar-se os serviços do Estado do Rio de Janeiro com os parâmetros da portaria 1101/02, verifica-se que as coberturas médicas encontram-se acima do número mínimo preconizado, e abaixo do máximo ou seja, 2,4 consultas/habitantes.ano. Outra cobertura que também excedeu o estabelecido foram os procedimentos relacionados à reabilitação mental, que se justifica pela existência de um elevado número de serviços direcionados ao deficiente mental.

Em relação às coberturas de internações, pelo fato da assistência ao deficiente mental ser calculada separadamente, observa-se a real desassistência aos serviços de reabilitação, onde o número de leitos necessários e o número de internação

encontram-se abaixo do estabelecido, como necessidades estimadas. O que permite inferir a possibilidade da inadequada oferta do serviço, que pode estar atrelada à inexistência de profissionais especializados.

A existência de leitos, ou seja a sua oferta, não significa necessariamente que o leito foi utilizado, isto ocorre principalmente em leitos destinados à reabilitação, que além de raros, necessitam de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Por mais que hajam tentativas do Estado no cumprimento às normas e elaboração do Plano Diretor de Regionalização, com o objetivo de descentralizar as ações, ainda verifica-se uma distribuição inadequada dos serviços, com concentração ou ausência em algumas regiões. Supõe-se ser necessário incrementar a utilização de dados epidemiológicos e outras formas que auxiliem no planejamento das ações voltadas à reabilitação, de acordo com a necessidade e realidade de cada região.

A fragmentação verificada no Estado do Rio de Janeiro reflete o modelo proposto pelas normatizações nacionais, pode-se acrescentar ainda, a intersetorialidade típica dos serviços de reabilitação, onde no Município do Rio de Janeiro, a Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula- FUNLAR, órgão da secretaria Municipal de desenvolvimento social- SMDS, da Prefeitura Município do Rio de Janeiro – PCRJ, responsável por aplicar as políticas voltadas para PPDs, desenvolve o Programa de Reabilitação Comunitária – PRC, que procura identificar e tratar os problemas de PPDs em seus locais de moradia. Há inclusive, por parte da PCRJ, uma proposta de incluir no Programa de Saúde da Família, agentes comunitários que trabalhem reabilitação.

Essa forma de construção de políticas de saúde fragmentada, quer seja em programas, quer em níveis de complexidade não acontece por acaso, mas devido a rumos tomados por cada grupo de atores presentes no campo da saúde, orientados por seus diferentes interesses, concepções, valores, práticas e modos de organizar a atenção. Os serviços de reabilitação para o SUS foram planejados e normatizados, a partir das necessidades apontadas por programas implementados por diferentes áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Parece que o desafio atual para a organização do setor saúde está colocado para os gestores das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e consiste no equacionamento entre a adequação e ampliação da capacidade instalada e o dimensionamento das demandas e necessidades populacionais, considerando as diferenças regionais existentes.(capacidade instalada, profissionais, equipamentos...), à

partir da revisão crítica a normatização estabelecida, sendo acompanhada da implementação de um sistema de avaliação que permita adequar às necessidades da população, garantindo o acesso ao serviço especializado, o que segundo Artmann e Rivera (1999) “há uma incapacidade do Estado de representar a diversidade mediante atos formuladores que substituem a negociação política”.

No que tange às demandas populacionais, sabe-se que vêm se transformando, devido à transição demográfica e epidemiológica, iniciada na década de 70, e à incorporação tecnológica do setor. O envelhecimento populacional, a violência urbana e os agravos decorrentes de doenças neurológicas, ortopédicas dentre outras, que são determinantes da ampliação da demanda por serviços de reabilitação, e a mensuração destes fatores é fundamental para o planejamento da rede.

A formulação de uma política que atenda a estas necessidades de mudanças e que esteja voltada para a atenção integral deve ser a meta de gestores e técnicos do Ministério da Saúde, a partir de um estreitamento entre os Programas Estratégicos, compondo uma rede transversal de atenção. Neste processo, o campo da reabilitação surge como um tema importante e polêmico, onde as tentativas e iniciativas de harmonizar as diferentes conceitualizações e práticas recebe destaque e arregimenta esforços.

Percebe-se, após a análise das diversas Portarias que normatizam as ações e serviços de reabilitação, que embora existam profundas diferenças entre as mesmas, fruto da especificidade de cada grupo populacional ou agravo, a programação e financiamento destes serviços são definidos em conjunto, como serviços de terapias especializadas, conforme a Portaria 1101/2002, constando do grupo 19 da Tabela de Procedimentos SIA/SUS. Os parâmetros definidos desta Portaria são resultantes de séries históricas de produção, que parece estarem sendo utilizadas como parâmetros de necessidade populacional.

“As necessidades populacionais por procedimentos diagnósticos são oriundos do perfil epidemiológico e demográfico, da disponibilização no mercado de tecnologias diagnosticas de média e alta complexidade e do padrão de formação ou das práticas dos profissionais de saúde que atuam no SUS” (Bomfim, 2002, pág. 19).

Cabe ao Ministério da Saúde propor um instrumento para a organização e funcionamento dos serviços de reabilitação de forma descentralizada e participativa, ou seja, conduzidas segundo as diretrizes do SUS. Assim, a organização comportará os três

níveis de complexidade, interdependentes e complementares como, por exemplo: atenção básica, atenção ambulatorial, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar. Incluindo também, o atendimento domiciliar e a reabilitação baseada na comunidade, tendo aí, os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de suporte básico.

Enfim, propõe-se após este estudo, que o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde, avalie a necessidade de definição de um locus-único de discussão referente aos serviços de reabilitação, contemplando as especificidades de cada área técnica, permitindo assim uma organização transversal desses serviços. Outra necessidade a ser apontada é a incorporação no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, informações relativas ao diagnóstico do atendimento, informações estas que subsidiariam o conhecimento dos prováveis usuários desses serviços, hoje não identificados.

Urge também, o estabelecimento de um sistema que permita o acompanhamento, a avaliação e o controle dos atendimentos realizados, com o objetivo de avaliar e planejar a organização dos serviços.

Assim, considera-se os apontamentos, premissa básica para a garantia do atendimento voltados as necessidades de saúde da população.

Este estudo não se finaliza aqui, a sua continuidade se faz necessária para o aprimoramento da organização dos serviços e avaliação dos processos a serem implementados, na busca da qualidade do atendimento, à população.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, Cláudia. **O Trânsito e o Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação. Brasília.2000.

Almeida, Célia. **A Reforma Sanitária Brasileira: Um Balanço Preliminar Dos Anos 90**.Rio de Janeiro. Mimeo.

Bomfim, Regina. **Programação e Financiamento. Parâmetros para uma Universalização ou para o Racionamento: O Caso da Média Complexidade**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. 2002.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde 2002. 104 p.**

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Assistência. – 2. ed. Revista atualizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108p.**

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde / **A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - Portaria n. ° 737/GM - 16 de maio de 2001**

Brasil.Ministério da Saúde / Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle da Hanseníase**. Brasília.2000.

Brasil.Ministério da Saúde. **Guia para Implantar/Implementar as Atividades de Controle da Hanseníase nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde**. Brasília.1999.

Brasil.Ministério da Saúde.Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde 2002. 72 p.**

Brasil.Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 3444p.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde 2003. 216 p.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. **Reduzindo as Desigualdades e Ampliando o Acesso à saúde no Brasil 1998 - 2002**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde 2002. 280 p.

Brasil. Ministério da Justiça. **Normas e Recomendações Internacionais sobre a Deficiência**/Tradução: Edilson Alkmin Cunha, - Brasília: Corde, 1996.

Brasil.Ministério da Saúde.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 de serviços. Brasília. 1995. 48 p.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Portaria MS/MS N °1.060, de 05 de junho de 2002. Brasília. 2002

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 303**, de 02 de julho de 1992. Brasília. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 304**, de 02 de julho de 1992. Brasília. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 305**, de 02 de julho de 1992. Brasília. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 306**, de 02 de julho de 1992. Brasília. 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 116**, de 09 de setembro de 1993. Brasília. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 146**, de 14 de outubro de 1993. Brasília. 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.395**, de 10 de dezembro de 1999. Brasília. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 432** de 14 de novembro de 2000. Brasília. 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 818**, de 05 de junho de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 185**, de 05 de junho de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 364**, de 05 de junho de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.531**, de 04 de setembro de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 579**, de 20 de dezembro de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 189**, de 20 de março de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 702**, de 12 de abril de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 249**, de 12 de abril de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 738**, de 12 de abril de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 816**, de 30 de abril de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.101**, de 12 de junho de 2002. Brasília. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.635**, de 12 de novembro de 2002. Brasília. 2002.

Brasil.Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Departamento da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: NOAS-SUS 01 /02 e Portaria MS/GM nº373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Gestão da Assistência. – 2. Ed. Revista atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Diretor de Regionalização**. Rio de Janeiro. 2002.

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Estadual de Saúde**. Rio de Janeiro. 2002.

Carvalho, Guido Ivan de Santos, Lenir. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde**: Lei 8080/90 e Lei 8142/90: Sistema Único de Saúde. 2ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1995.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro. 2003.

Lima, Cheila Marina e Rocha, Dais Gonçalves. **Modelos de Atenção Desejáveis Subsídios para a Construção de uma Agenda da Saúde**. In Série Técnica – Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Volume 6, pp 171 – 191. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília – DF. 2003.

Mendes, Eugênio Vilaça. **Os Sistemas de Serviços de Saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas / Eugênio Vilaça Mendes. – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 186p.

Mendes, E. V. – **Os Grandes Dilemas do SUS**. Salvador/Bahia: Instituto de Saúde Coletiva – UFBA/Casa da Qualidade Editora. Tomos I e II. 2001

Merhy, Emerson Elias. **A Perda da Dimensão Cuidadora na Promoção da Saúde: Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência**. In: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. Ed: Xamã 1998. 387 p. Belo Horizonte.

Nações Unidas. **Normas: sobre a equiparação de oportunidade para pessoas com deficiência**. APADE/CVI-NA . São Paulo, 1996.

Paim, Jairnilson Silva. **A Epidemiologia na Organização dos Serviços de Saúde**. Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde. Salvador-BA. 1992.

Proadess. ENSP. Projeto: **Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desenvolvimento do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro

Universidade Estadual de Campinas. Núcleo de Economia Social. Urbana e Regional – Núcleo de Estudo da População. **Aglomerados de Saúde**. Rio de Janeiro/UNICAMP. NESUR/I.E., NEPO – Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

Radis. **Movimento da Reforma Sanitária**: Propostas e Ideais. n°16, pág. 09, dezembro/2003. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2003.

Rivera, Francisco Javier Uribe e Artmann, Elizabeth. **Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. In Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO. Volume 4 n° 2, pp355 – 365. Rio de Janeiro. 1999.

Roesse M.. **A Metodologia do Estudo de Caso**. In Cadernos de Sociologia da UFRGS. Volume 9, pp 189-200. Porto Alegre-RS. 1998.

<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/listacateg.htm> 04/10/2003 - CID10

file://A:\Normas%Jurídicas%20(Texto%20Integral)%20-%20LEI-08080%20de%2019-09-1990.htm 25/04/2003.- Lei 08080.