



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Mestrado em Saúde Comunitária



FABIANE COSTA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE  
REABILITAÇÃO FÍSICA NO SUS NA CIDADE DE SALVADOR – BAHIA**

Salvador  
2013

FABIANE COSTA SANTOS

**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE  
REABILITAÇÃO FÍSICA NO SUS NA CIDADE DE SALVADOR – BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária na área de concentração de Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ediná Alves Costa

Salvador  
2013

## **DEDICATÓRIA**

Aos portadores de deficiências físicas, que aguardam por uma maior resolutividade, melhor organização e acesso aos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia. Isso se relaciona com a esperança de dias melhores em suas vidas...

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de mais uma etapa de aprendizagem e de “transformação” na minha vida, mas principalmente por estar comigo nos momentos em que mais precisei para continuar seguindo;

Aos meus pais, Ananias e Fátima, amigos fiéis, por todo apoio, pelas palavras de conforto e pelo amor incondicional;

Aos meus irmãos, Allan e Fábio, pelo cuidado, tanto carinho, e por estarem sempre na torcida;

A Cleber Sady, meu amor, pelo companheirismo e compreensão nos momentos de ausência e de afastamento do convívio familiar;

Ao ISC, pela experiência desafiadora de me tornar pesquisadora, e por me proporcionar a construção de um olhar diferente diante da saúde coletiva, carregado de esperança;

À professora Ediná, pelo acolhimento e serenidade nos momentos de orientação, me fazendo acreditar no meu potencial e aceitando de forma muito carinhosa as falhas de uma pesquisadora iniciante;

À Helena Maia, pela delicadeza e amizade de sempre e pelo incentivo desde o meu ingresso no mestrado. O seu apoio foi fundamental para eu acreditar que poderia;

Aos professores Luís Eugênio e Carmem Teixeira, por terem ofertado importantes sugestões para a concretização deste estudo e à professora Monique Esperidião, pela experiência enriquecedora do tirocínio;

Às colaboradoras do instituto, Nuncy, Bel e Néa, por toda ajuda e disponibilidade, tornando muito mais fácil a minha vida de mestranda;

Aos colegas da turma de Planejamento, com quem tive a chance de compartilhar angústias, incertezas, medos, mas também momentos ricos e muito divertidos;

Aos amigos que ganhei de presente neste período, Marcus e Ilena, pela solidariedade e cumplicidade, e à minha amiga Rose, pelo incentivo constante, mesmo à distância;

À Sílvia Pereira - colega fiel à causa da garantia do direito à saúde da pessoa com deficiência - grande incentivadora desta pesquisa;

À Liana, pela receptividade na SESAB, e aos gerentes dos serviços de reabilitação visitados, pela importante colaboração das informações prestadas;

À Cristiane Cavalcanti, Márcia São Pedro, Inez Farias, Valéria Salazar e Márcia Bastos, pela compreensão, incentivo e flexibilidade com as minhas atividades profissionais. Sem esse apoio, acho que não seria possível chegar aqui!

E por fim, ao meu querido professor Jairnilson Paim - uma mistura de grandeza e simplicidade, um exemplo de sabedoria - pela felicidade deste encontro.

## RESUMO

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, mais de um bilhão de pessoas são acometidas pelo problema e destas, 200 milhões enfrentam alterações de funcionalidade que comprometem suas atividades de vida diária. No Brasil, o envelhecimento populacional, o aumento da incidência de acidentes e violências e ainda outros agravos - que conferem ao indivíduo algum grau de deficiência - representam um desafio para o SUS, pautado na organização da assistência à saúde, dos cuidados básicos à reabilitação. Os serviços de reabilitação física encontram-se entre os principais problemas do sistema e apesar das políticas que normatizam a criação destas unidades, poucas conquistas foram evidenciadas, faltando implantar os planos desenvolvidos. Precariedade da oferta de atendimento multiprofissional e domiciliar, carência de dispensação de órteses e próteses e dificuldade de acesso foram problemas dos serviços de cinco capitais estudadas, e despertaram curiosidade em relação à situação de Salvador. Realizou-se um diagnóstico de doze serviços, com utilização de dados secundários do CNES e entrevistas com gerentes dos serviços e técnico da SESAB. O diagnóstico administrativo e o momento explicativo do planejamento situacional foram as referências teórico-metodológicas adotadas. Os resultados apontaram para insuficiência de unidades e infraestrutura, inexistência de serviço da rede própria municipal, problemas de gestão, organização e prestação de serviços, e divergência entre dados do CNES e a realidade dos estabelecimentos. O propósito de mudança da situação evidenciada exige a formação de sujeitos transformadores, visando impulsionar um movimento que resulte na concretização de ações de melhoria da assistência em reabilitação física em Salvador, Bahia.

Palavras chave: diagnóstico, situação, serviços de reabilitação, reabilitação física.

## ABSTRACT

According to the World Report on Disability, over one billion people are stricken by the problem and 200 million face alterations in functionality that compromise their daily lives. In Brazil, the aging population, increase in the incidence of accidents and violence as well as other grievances – all represent a challenge for Brazil's Unified Health System (SUS), based on the organization of health assistance for basic care towards rehabilitation. The physical rehabilitation services are included among the main problems of the system and despite the policies that regulate the creation of these units; only small achievements have been evidenced, lacking the implementation of the developed plans. Precariousness in the offer of multiprofessional and homecare attendance, lack of dispensation of orthotics and prosthetics and access difficulties were some of the issues in the services of five capitals studied, arising curiosity in relation to the situation of Salvador. A diagnosis was performed of twelve services, using secondary data of CNES and interviews with managers of the services and technicians of SESAB. The administrative diagnosis and the informative moment of the situational planning were the theoretical-methodological references used. The results point to insufficiency of units and infrastructures, lack of service from the municipal network, management, organization and service issues and divergence between the information from CNES and the reality encountered in the establishments. A change in the evidenced situation requires the formation of transforming individuals, with the purpose of impelling a movement resulting in the realization of actions for improvement in health assistance for physical rehabilitation in Salvador, Bahia.

Key-words: diagnosis, situation, physical rehabilitation services.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Fontes de evidências utilizadas para descrição dos serviços de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 2 - Síntese da descrição dos serviços 1, 2, 3 e 4 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 3 - Síntese da descrição dos serviços 5, 6 e 7 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 4 - Síntese da descrição dos serviços 8, 9,10 e 11 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 5 - Problemas relatados dos serviços ambulatoriais de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 6 - Tabela de caracterização dos serviços de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia

Tabela 7 - Cadastros dos serviços de reabilitação investigados

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRE - Associação Baiana de Reabilitação e Educação

APAE - Associação de Pais e Amigos Excepcionais de Salvador

APS - Associação das Pioneiras Sociais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPC - Benefício da Prestação Continuada

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPRED - Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CLIFIR - Clínica de Reabilitação Física e Mental

CLIFISA - Clínica de Fisiatria do Salvador

CLIGIOB - Clínica de Ginecologia e Obstetrícia LTDA

CME – Central de Material Esterilizado

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAPS - Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde

CRA - Coordenaria de Regulação e Avaliação

CURE - Clínica Única de Reabilitação LTDA

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DGC - Diretoria de Gestão do Cuidado

DIRES – Diretoria Regional de Saúde

DOC - Diatermia por Ondas Curtas

DS – Distrito Sanitário

DUS – Diatermia por Ultrassom

FE - Fisioterapia Especializada

GM – Gabinete Ministerial

HAN – Hospital Ana Nery

HEDRM - Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes

HGRS - Hospital Geral Roberto Santos

HSA - Hospital Santo Antônio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBR - Instituto Bahiano de Reabilitação

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

ION - Instituto de Organização Neurológica da Bahia

ISBA – Instituto Social da Bahia

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

IT – Instruções Técnicas

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

ME - Matrícula em Escola Pública

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MS – Ministério da Saúde

NACPC - Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral

NBR – Norma Brasileira

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PES – Plano Estadual de Saúde

PLI - Passe Livre Intermunicipal

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNRMAV – Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PPI – Programação Pactuada Integrada

PQ - Planejamento de Qualidade

RA – Região Administrativa

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

RH – Recursos Humanos

SAIS - Superintendência de Atenção Integral à Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

UFBA – Universidade Federal da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 OBJETIVOS</b>	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	22
3.1 Situação	22
3.2 Momento explicativo do planejamento situacional	24
3.3 Diagnóstico	26
3.4 Reabilitação	27
<b>4 METODOLOGIA</b>	30
4.1 Desenho do estudo	30
4.2 População e área	30
4.3 Produção de dados	30
4.3.1 Leitura documental	31
4.3.2 Coleta de dados secundários	31
4.3.3 Coleta de dados primários	32
4.4 Plano de análise	33
4.4.1 Análise documental	34
4.4.2 Análise dos dados secundários	34
4.4.3 Análise dos dados primários	34
4.5 Aspectos Éticos	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	36
5.1 A situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física no SUS de Salvador na visão da SESAB	36
5.2 Descrição dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS de Salvador cadastrados no CNES	39
5.3 Síntese da descrição dos serviços ambulatoriais de reabilitação física de Salvador	71
5.4 Situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS de Salvador, Bahia	81
5.5 Insuficiência de serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS em Salvador	81
5.6 Ausência de serviços de reabilitação física da rede própria municipal	86
5.7 Divergências entre as informações do CNES e a realidade dos serviços investigados	87
5.8 Infraestrutura dos serviços de reabilitação física	89
5.9 Organização e gestão dos serviços de reabilitação física	91
5.10 Prestação de serviços dos serviços de reabilitação física	96

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	105
<b>REFERÊNCIAS</b>	108
<b>APÊNDICES</b>	115
Apêndice I - Roteiro de entrevista para levantamento dos informantes-chave	115
Apêndice II - Roteiro de entrevista para técnicos (SESAB e SMS)	116
Apêndice III - Roteiro de entrevista para os gerentes dos serviços investigados	117
Apêndice IV – Relação dos entrevistados	119
Apêndice V - Etapas da pesquisa e cronograma de execução	120
Apêndice VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
Apêndice VII – Cópia de ofício encaminhado para as instituições	123
Apêndice VIII – Árvore de problemas	124
<b>ANEXOS</b>	125
Anexo I - Normas para cadastramento dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação	125
Anexo II – Relação dos serviços habilitados no chamamento público sob Edital 13/2012	131

## 1 INTRODUÇÃO

A deficiência física é caracterizada por uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando em comprometimento da função física, neurológica ou sensorial e apresenta diversas formas de exibição que se diferem pelo grau de acometimento da perda da função. Paraplegia, paraparesia, tetraplegia, tetraparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia e/ou ausência de membro são exemplos comuns de deficiência física (BRASIL MS, 1999; AMIRALIAN, 2000). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o seu conceito é baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde<sup>1</sup> (CIF) e significa *“algum problema nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda parcial ou total”* (OMS/CIF), o que pode levar à incapacidade temporária ou permanente do indivíduo acometido.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência aponta que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com o problema e que destas, cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais que são significativas para a realização das suas atividades de vida diária (OMS, 2011). Apesar de não existir no Sistema Único de Saúde (SUS) um sistema com informações específicas desta população (LIMA, 2009), dados de 2002 estimaram a existência de 18 milhões de pessoas com deficiência (PcD) no Brasil, sendo as suas principais causas relacionadas com transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência; doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e drogas e desnutrição (CONASS, 2011).

---

<sup>1</sup> A CIF pertence à família das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. A família de classificações internacionais da OMS fornece um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e assistência médica em todo o mundo entre várias disciplinas e ciências (Organização Mundial da Saúde/CIF, 2003).

Além destas, os traumas e lesões, decorrentes dos acidentes e violências, que se encontram entre os principais problemas de saúde atualmente, são a sexta maior causa de internações hospitalares e conferem às vítimas algum grau de incapacidade funcional e/ou deficiência (BRASIL MS, 2010; REICHENHEIM, 2011). O aumento da expectativa de vida dos brasileiros é ainda um fator a ser considerado, pelas evidências do maior risco de doenças crônicas, em especial diabetes, doenças cardiovasculares, câncer (SCHMIDT et al, 2011) e doenças degenerativas na população mais idosa (BONARDI, 2007). As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos e o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças, e conseqüentemente, mais incapacidades e deficiências (VERAS, 2009).

Diante deste contexto, o desafio é garantir uma atenção integral à saúde dos portadores de deficiências físicas, desde a prevenção dos agravos a uma adequada assistência em reabilitação. A estruturação de serviços de reabilitação é fundamental para dar conta das principais necessidades dos indivíduos, e sua especificidade é lidar com as incapacidades provocadas pelas várias formas de vitimização, assim como ajudar as pessoas a readequarem suas vidas e formas de inserção social, profissional ou de qualquer outra natureza (MINAYO, 2007). Para a OMS, a reabilitação é um bom e importante investimento, por construir a capacidade humana, e as respostas políticas devem enfatizar a intervenção precoce, os benefícios da reabilitação para a promoção da funcionalidade de pessoas com uma ampla gama de condições de saúde e a oferta de serviços o mais próximo possível de onde as pessoas vivem, com foco na melhoria da eficiência e expansão da cobertura (OMS, 2011), proposta esta pautada na mudança efetiva da forma de organização dos serviços de saúde.

O princípio da assistência em reabilitação é o de atenuar a deficiência, restaurando habilidades e capacidades por meio de treinamento funcional e da adaptação ambiental (DeLISA, 2002) e o seu objetivo reside em permitir aos indivíduos conduzir a vida que desejam, no contexto de eventuais restrições inevitáveis, impostas pelas incapacidades resultantes das doenças ou lesões. Na prática, isto significa combinar medidas de atenção para suplantarem ou criar soluções para as suas incapacidades, remover ou reduzir as barreiras à participação nos ambientes escolhidos pelo indivíduo e dar suporte à sua reintegração na sociedade (UEMS, 2009), entretanto a incipiente organização da assistência em reabilitação ainda é uma realidade evidenciada em diferentes regiões no mundo.

Dados de quatro países da África Meridional indicaram que apenas 26- 55% das pessoas tiveram acesso à reabilitação médica que precisavam e 17-37% receberam os dispositivos assistivos necessários aos seus tratamentos. As pesquisas nos Estados indianos de Uttar Pradesh e Tamil Nadu descobriram que a falta de serviços de reabilitação na região era o segundo maior problema dos portadores de deficiência (OMS, 2011). E na América Latina e no Caribe, os poucos serviços de reabilitação existentes apresentavam baixa qualidade e os objetivos do tratamento raramente eram cumpridos, pois a assistência em reabilitação não representava uma prioridade no setor público(Organização Panamericana de Saúde /OPAS, 1996).

No Brasil, a fragilidade da assistência em reabilitação é um fato histórico. Antes do SUS, apesar do país ter acompanhado programas de reabilitação desenvolvidos em outros países, a assistência aos portadores de deficiência não era de competência de nenhuma esfera governamental. As primeiras instituições brasileiras criadas para atender à demanda da reabilitação surgiram nos anos 40, por iniciativa da sociedade civil, por meio de instituições filantrópicas e de caridade ou atendimentos particulares. Na década de 60, a reabilitação era entendida como nível terciário da assistência, as únicas instituições públicas eram os centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e não havia políticas públicas destinadas para este fim(RIBEIRO, 2010).

Com a criação do SUS, os programas de reabilitação passaram a ter administração federal e os atendimentos foram disponibilizados na rede pública de saúde, o que não significou uma organização maior deste nível de atenção. A realidade continuou marcada por uma rede precária de assistência, que nunca contemplou uma política integral de atendimento às incapacidades (RIBEIRO, 2010). Surgiram também as primeiras iniciativas normativas do Ministério da Saúde (MS) no sentido de estabelecer ações diretas aos portadores de deficiências. A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2002, apresentou os propósitos de proteger a saúde dessa população, reabilitá-la na sua capacidade funcional e desempenho humano, e prevenir agravos que determinassem o surgimento das deficiências. O seu principal objetivo foi o de propiciar atenção integral à saúde, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando necessários (BRASIL MS, 2002).

Vários outros documentos foram publicados, especificamente voltados para a reabilitação física das pessoas com deficiência no Brasil, como as portarias [MS/SAS 185/01](#)<sup>2</sup>; [MS/GM 818/01](#)<sup>3</sup>; [GM/MS 2.297/08](#)<sup>4</sup>; [GM/MS 2.373/08](#)<sup>5</sup>; [GM/MS 2.381/08](#)<sup>6</sup>; [MS/SAS 400/09](#)<sup>7</sup>, [MS/GM 1.032/10](#)<sup>8</sup> e [SAS/MS 1.329/12](#)<sup>9</sup>, e buscaram enfatizar a importância da organização da assistência em reabilitação, com a projeção de mudanças na elaboração das ações de saúde na esfera pública.

A mais recente norma que trata do assunto, a Portaria MS/GM nº 793, 24 de abril de 2012<sup>10</sup>, prevê a instituição de uma rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS e considera, dentre outros aspectos, a necessidade da oferta de uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua (BRASIL MS, 2012).

---

<sup>2</sup>**Portaria MS/SAS nº 185, de 5 de junho de 2001:** altera a descrição de serviços e procedimentos constantes na tabela de procedimentos do SUS, para adequá-los a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, que trata a Portaria nº 818/2001 (BRASIL MS, 2001).

<sup>3</sup>**Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001:** cria mecanismos para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física (BRASIL MS, 2001).

<sup>4</sup>**Portaria GM/MS nº 2.297, de 10 de outubro de 2008:** altera os valores de remuneração da tabela de procedimentos do SUS relacionados às órteses, próteses ortopédicas e procedimentos de acompanhamento em reabilitação física (BRASIL MS, 2008).

<sup>5</sup>**Portaria GM/MS nº 2.373, de 10 de outubro de 2008:** [estabelece recurso anual referente ao reajuste dos valores dos procedimentos de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção da tabela de procedimentos do SUS e ao reajuste dos procedimentos de acompanhamento em reabilitação física](#)(BRASIL MS, 2008).

<sup>6</sup>**Portaria GM/MS nº 2.381, de 10 de outubro de 2008:** estabelece recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual de média e alta complexidade, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para fortalecimento da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência - atendimento da fila de espera do SUS por órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL MS, 2008).

<sup>7</sup>**Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009:** Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS (BRASIL MS, 2009).

<sup>8</sup>**Portaria MS/GM nº 1.032, de 05 de maio de 2010:** inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais (BRASIL MS, 2010).

E outras políticas ainda, não voltadas diretamente à pessoa com deficiência, como a Política de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL MS, 1999) e a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) (BRASIL MS, 2001), também consideraram a necessidade da consolidação do atendimento em reabilitação no SUS, com protocolos específicos para detecção precoce e tratamento de pequenas limitações funcionais dos indivíduos; aparelhamento das unidades de saúde; provisão de órteses, próteses e dispositivos auxiliares de locomoção, além de ações específicas para as famílias envolvidas.

Contudo, apesar do avanço na criação de um arcabouço legal, poucas conquistas foram observadas na realidade conhecida, com ações de saúde fragmentadas e desvinculadas do processo de reabilitação (KIELMANN, 2011). Passados mais de 20 anos do reconhecimento dos deveres do poder público quanto à saúde e reabilitação, não foram evidentes alterações significativas no cenário assistencial brasileiro, valendo ressaltar o número reduzido de unidades disponíveis no país, em sua maioria ligada às universidades, o que confirma que a universalidade do SUS ainda não foi alcançada (ALMEIDA, 2002). A maioria dos programas é bastante centralizada, atende a um reduzido número de pessoas e não inclui experiências comunitárias. Todos os leitos de reabilitação pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado e uma precária distribuição dos recursos financeiros tem ajudado na não consolidação das propostas (BRASIL MS, 2006). Para além do marco legal bem estabelecido hoje disponível, o desafio maior é colocar em prática os planos de ação já desenvolvidos (LIMA, 2009; OMS, 2011).

---

<sup>9</sup>Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012: [aprova, na forma do anexo, a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada no âmbito do Sistema Único de Saúde \(BRASIL MS, 2012\).](#)

<sup>10</sup> A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS e considera a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades e de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. A rede de cuidados à pessoa com deficiência se organizará nos componentes da atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências; e atenção hospitalar e de urgência e emergência (BRASIL MS, 2012).

De acordo com Solla e Chioro, os serviços de média complexidade, onde também se inserem os serviços de reabilitação, representam um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência, com graves prejuízos à população (SOLLA; CHIORO, 2008). Falta de planejamento das ações, desconsideração dos dados epidemiológicos relacionados à necessidade/ perfil da população, baixos investimentos em qualificação profissional e baixa regulação da oferta existente pela gestão pública são entendidos como obstáculos históricos na assistência de média complexidade no Brasil (SOLLA; CHIORO, 2008).

Numa análise da assistência à saúde no SUS realizada em cinco capitais brasileiras, percebeu-se que os serviços de reabilitação representaram a maior fragilidade do sistema, quando comparados aos serviços de atenção pré-hospitalar e hospitalar. Dificuldade de acesso e número reduzido de unidades, precariedade da oferta de atendimento multiprofissional, carência de dispensação de órteses e próteses e inexistência do atendimento domiciliar foram apontados como os principais problemas a serem enfrentados (DESLANDES, 2006). O não cumprimento das ações relacionadas com a interação do paciente e sua família no atendimento, a falta do acompanhamento pós-alta (LIMA, 2009) e da articulação com outros serviços da rede integraram problemas dos serviços de reabilitação no Brasil citados por outros autores (CAVALCANTI, 2009). Esses resultados ressaltam as lacunas existentes na atenção à saúde no Brasil e representam importantes limitações para a plena efetivação do SUS. Para Lima, a organização dos serviços de reabilitação constitui um eixo crítico no sistema de saúde brasileiro, demandando urgente e contínuo investimento e necessita de aporte financeiro substancial do governo federal (LIMA, 2009).

Acredita-se que os caminhos para superação das dificuldades da assistência em reabilitação no Brasil dependem muito do envolvimento do governo e de suas prioridades. E para garantir a oferta de uma assistência adequada, faz-se necessário rever a legislação existente e utilizar como ponto de partida a identificação das falhas dos serviços disponíveis para o planejamento das ações a serem implementadas, a fim de atender às singularidades tão complexas dos indivíduos portadores de deficiências físicas.

A iniciativa de outros autores de buscar informações sobre a situação dos serviços de reabilitação física em diferentes capitais do país levou à percepção de lacunas existentes

no conhecimento sobre a situação de Salvador. Considerando a magnitude do problema e a importância de um adequado funcionamento destes serviços para atendimento das necessidades dos indivíduos, acreditou-se nodiagnóstico da situação como instrumento capaz de evidenciar os principais problemas dos serviços existentes na cidade, a fim de subsidiar a formulação de planos de ação eficazes, rumo ao cumprimento das políticas públicas, mas principalmente, dos princípios do SUS.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Descrever a infraestrutura dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia;
- 2.2.2 Analisar elementos da organização e gestão dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia;
- 2.2.3 Caracterizar a prestação de serviços dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia;
- 2.2.4 Identificar os principais problemas dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Trabalhou-se neste estudo com os conceitos de situação, diagnóstico e reabilitação. Para os termos diagnóstico e situação, foram adotados os referenciais teóricos do diagnóstico administrativo segundo Mário Testa e do planejamento situacional de acordo com Carlos Matus, em particular do momento explicativo do método. Para o termo reabilitação, em virtude de uma ausência de consenso conceitual, foram apresentados os conceitos propostos pelas organizações internacionais de saúde; pelo autor Joel DeLisa, pelo caráter clássico de sua obra e ainda aqueles trazidos na versão atual do Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), produzido pela Secção de MFR da Union Européenne des Médecins Spécialistes(UEMS), por ser considerado um contributo para os que trabalham nas equipas multiprofissionais de reabilitação e para todos os que necessitam de assistência, independentemente da etiologia e da sua condição.

- Situação

A busca de um significado para o termo situação já havia sido preocupação de autores clássicos na história e existiram importantes contribuições de estudiosos filósofos e psicólogos que acreditavam na necessidade do envolvimento com a situação para conhecê-la (MATUS, 1993). Para Gramsci, citado por Matus, a situação constituía uma categoria para conceber o futuro e explicar o passado, não estando assim limitada a uma apreciação do presente (MATUS, 1993).

A situação é a explicação da realidade e o seu significado não existe fora dela. Isso acontece porque a situação fala por si mesma e complementa a linguagem formal, dando-lhe um significado isento de equívocos. Além disso, o contexto situacional complementa o texto da linguagem nas conversações, da mesma forma que o contexto situacional complementa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação vital (MATUS, 1993). O conceito de situação torna explícito o interlocutor que, no conflito extremo, é o oponente. E é por isso que, ao explicar a realidade em que se vive, faz-se necessário considerar o papel dos outros atores e penetrar em suas explicações, pois caso contrário a realidade não estaria totalmente explicada. Talvez por este motivo

a apreciação situacional seja considerada por Matus uma espécie de diálogo entre atores e assim o contexto situacional admite vários relatos (MATUS, 1993).

Outra forma de explicar a situação trata de abordar a dimensão subjetiva de uma explicação situacional recorrendo nesse à categoria de distinção, pois a partir do conceito de distinção<sup>11</sup>, que divide o mundo em duas partes, o entorno e o sistema, chega-se à categoria de indicação. Quando a distinção é feita em função de um propósito concreto por quem se distingue, fala-se em indicação. Nesse sentido, explicar a situação torna-se um encadeamento de indicações, ou seja, indicam-se problemas, nós causais, sequências entre os nós, iniciativas e respostas (MATUS, 1993). E a indicação de um ator não é motivada pelo mero propósito de conhecer a realidade, mas de atuar sobre ela e alterá-la (MATUS, 1993). Assim, a situação refere-se ao ator da explicação, seus oponentes, aliados, assim como à realidade social construída no processo social e a explicação situacional trata-se de uma indicação, pelo fato de apresentar um propósito definido de alimentar uma alteração. É uma explicação ativa porque é feita pelo próprio ator envolvido na ação; é auto referencial, porque serve também ao ponto de vista do ator que explica e é também uma explicação de estado de equilíbrio dinâmico do sistema social. Ou seja, a situação é como é porque é o produto resultante dos conflitos, concorrência e contradições das forças sociais com objetivos conflitantes (MATUS, 1993).

Quando se busca compreender a explicação de uma situação, é importante considerar variáveis como a identidade do ator que explica, a posição da qual ele explica (dentro ou fora do sistema) e a referência ou ponto de vista que o ator conscientemente tenta assumir na explicação (MATUS, 1993), pois já é sabido que não existe somente uma explicação para uma dada realidade. E uma realidade descrita não é fixa, pois uma situação é passível de mudanças, o que pode acarretar em diferentes consequências.

---

<sup>11</sup> Distinção com o significado de Spencer Brow (*The Laws of Forms*, Allen and Unwin, 1969, Londres; Julian Press, 1972, N. York)(MATUS, 1993, p. 210).

Fatores como ações, políticas, tendências situacionais, mudança no cenário internacional e até mesmo o acaso, produzido por eventos e acontecimentos que escapam ao cálculo, são capazes de produzir uma mudança situacional. E esta, por fim, muda os problemas, resolve alguns, agrega outros, cria novos, torna inviáveis certas soluções e abre possibilidades para outras, admitindo assim duas variantes de significados: a reforma e a transformação situacional. Na reforma, o novo é absorvido e dominado pelo velho e na transformação é o novo que passa a ser dominante e articulador do velho, ou seja, a relação de determinação muda radicalmente (MATUS, 1993).

O conceito de situação foi abordado por este estudo em virtude da sua potencialidade de explicação da realidade. Quando se considera as categorias de situação inicial, situação objetivo e projetos pode-se dizer que a mudança de uma situação fundamenta-se na explicação da situação inicial, tem seu alcance e sua direção definidas pela situação objetivo e explicita seus meios de ação através de uma seleção de projetos de ação (MATUS, 1993). Com isso, entende-se, que a análise de qualquer situação ou realidade admite uma série de compreensões, que são diversas e que dependem dos atores envolvidos, suas visões, experiências e saberes. Em Matus, parte dessa concepção se declara quando o autor delimita o momento explicativo do planejamento situacional em saúde, onde o diagnóstico é construído a partir de abordagens de diferentes atores que convivem no contexto situacional.

(Ator aqui está entendido como ator social, força social e personalidade que controla centros de poder. Os atores sociais são produtores de eventos que alteram o situacional e suas lutas se realizam numa realidade em movimento que ora os favorece e ora os prejudica) (MATUS, 1993).

- Momento explicativo do planejamento situacional em saúde

O planejamento situacional em saúde se caracteriza por um método marcado por quatro momentos, que são simultâneos, não sequenciais e em constante processo. Os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional estão sempre presentes numa situação e são recorrentes para cada problema no processo de mudança situacional (MATUS, 1993). O momento explicativo implica na análise da situação

inicial, o que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas, além das oportunidades de ação do ator em situação. O momento normativo está relacionado com a elaboração da situação objetivo, construída a partir da decisão do ator sobre o que fazer para enfrentar os problemas selecionados. O momento estratégico supõe a definição e todas as operações que serão realizadas e deve contemplar a viabilidade destas operações propostas. E por fim, o momento tático-operacional corresponde à execução das ações que compõem o plano (TEIXEIRA, 2010).

A construção da análise de uma situação faz parte do momento explicativo, porém, esta construção está fundamentada numa ideia de futuro que se pretende alcançar (momento normativo), e ao mesmo tempo, é uma forma de avaliar o momento presente (momento tático-operacional), para enfrentar os problemas priorizados (TEIXEIRA, 2010). O momento explicativo do planejamento situacional em saúde tem o objetivo de entender a situação inicial e chegar a um acordo sobre critérios a serem adotados para selecionar os problemas e explica-los, o que significa elaborar hipóteses sobre o processo de geração de cada problema identificado. Diferentes problemas podem apresentar diferentes valores para os atores sociais envolvidos no processo de sua identificação, fato esse que tanto pode gerar potencialidades de cooperação, como anunciar conflitos entre os indivíduos (MATUS, 1993). É importante destacar que o momento explicativo coloca a complexa tarefa de selecionar problemas e descartar outros e é a partir da seleção que surge a necessidade de explicar as causas de cada problema (RIVERA<sup>12</sup>, 1989).

Para cada problema identificado, faz-se necessária a sua explicação, que é uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas destacados pelo ator, o que pode ser demonstrada através de uma técnica que auxilie na sistematização do conhecimento de uma realidade (MATUS, 1993). Importante destacar que nem sempre o ator que conhece o problema consegue determinar quais são as suas implicações. E nem sempre é conhecedor de suas soluções também (MATUS, 1993).

---

<sup>12</sup>Francisco Javier Uribe Rivera foi organizador da obra “Planejamento e Programação em saúde: um enfoque estratégico”, 1989, que teve a preocupação de apresentar, na língua portuguesa, extratos de trabalhos e conferências dos dois autores consagrados no âmbito da planificação em saúde: Mário Testa e Carlos Matus. Desta obra foram extraídas algumas informações do diagnóstico em saúde e dos objetivos do momento explicativo, conceitos adotados neste estudo.

O momento da seleção dos problemas que serão enfrentados deve obedecer alguns critérios, como a capacidade de enfrentar problemas, tendo em vista a permanência ou continuidade política na condução do processo, e ainda os critérios próprios de cada espaço de ação (geral, particular ou singular), a fim de que o plano seja um esforço criativo de compromisso para a ação em todos os espaços da prática social (MATUS, 1993). O presente estudo limitou-se à identificação e explicação dos problemas dos serviços de reabilitação física da cidade de Salvador, não avançando, portanto, para a fase da seleção e elaboração de planos de ação.

- Diagnóstico

Diagnósticos de saúde são também possibilidades de caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo e através destes, pode-se definir como melhorar uma situação inicial encontrada (TESTA, 1995). Na visão de Mário Testa, três tipos de diagnóstico servem à explicação de uma dada situação em saúde. Os diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico, significam, mais do que uma série de procedimentos, um quadro de análise para se pensarem os problemas de saúde, e funcionam como um modelo explicativo orientador de ações (RIVERA, 1989).

O diagnóstico administrativo, foco do presente estudo, é o diagnóstico clássico da planificação que dimensiona recursos, quantifica os objetivos e relaciona uns com os outros mediante procedimentos que se aproximam de alguma forma de avaliação que implique algum ótimo e o seu enfoque é basicamente funcional, pelo fato de relacionar variáveis que são objetivas (TESTA, 2007). Como o diagnóstico em saúde é um momento analítico, é necessário esmiuçar a realidade em componentes significativos, introduzindo categorias ordenadoras, neste caso, o estado de saúde da população, a situação epidemiológica, o setor saúde e os serviços de saúde (TESTA, 2007).

Para o diagnóstico do estado de saúde, consideram-se as questões relacionadas com a morbidade, mortalidade, natalidade, sexo, idade, macrolocalização e outros indicadores. A situação epidemiológica refere-se à causa/risco das doenças e o estudo do setor saúde constitui a análise de suas formas de organização a partir do duplo ponto de vista da composição subsetorial das relações interinstitucionais, o que poderia ser chamado de sistema de serviços de saúde (TESTA, 2007). Por fim, os serviços de saúde são uma das

formas de resposta da sociedade aos problemas apresentados pelo estado de saúde e a situação epidemiológica, isto é, às causas e suas manifestações ou efeitos (TESTA, 2007).

O diagnóstico administrativo dos serviços de saúde é o de sua eficácia e eficiência, e subsidiariamente o de sua cobertura e este nível de enfoque diagnóstico é tradicionalmente forte em planificação de saúde, já que é o mais claramente susceptível à formulação de metas de quantificação precisa e de resultados atingíveis e avaliáveis. Realizar diagnóstico no nível dos serviços proporciona propostas férteis sobre o que fazer no cotidiano a fim de resolver problemas de curto prazo; e em relação ao funcionamento do sistema, o qual, por ser um problema mais complexo, deverá levar em consideração prazos maiores (TESTA, 2007). Ao permitir uma análise detalhada da situação presente, o diagnóstico administrativo permite também identificar os atores de saúde e suas forças (TESTA, 1995) para que possa ser pensada formulação de propostas com objetivo de mudanças na realidade observada.

É importante ressaltar que a planificação global e da saúde, em particular, tem três grandes propósitos, que são de crescimento, mudança ou legitimação. Considerando que cada propósito da planificação dá origem a um diagnóstico, o diagnóstico administrativo corresponde ao crescimento, o estratégico à mudança e o ideológico à legitimação (RIVERA, 1989). E essa vinculação entre diagnóstico e propósitos é um componente importante para explicar a sobrevivência de um diagnóstico administrativo dentro dos órgãos públicos de saúde com um propósito instrumental de diagnóstico para produzir/reproduzir políticas (LIMA, 1995).

- Reabilitação

Para a OMS, a reabilitação significa 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 (OMS, 2011; ARAÚJO, 2000). A Organização Pan-americana de

Saúde (OPAS) entende a reabilitação como um processo contínuo e coordenado de atenção à saúde que visa à restauração máxima da pessoa com deficiência nos aspectos funcional, físico, psíquico, educacional, social e ocupacional, com o intuito de reintegrá-la como membro produtivo à comunidade (OPAS/OMS, 2006). E a Organização das Nações Unidas (ONU) acrescenta a idéia de que a reabilitação pode abranger uma ampla variedade de medidas, desde a reabilitação mais básica e geral até as atividades de orientação específica, a fim de restabelecer funções e de compensar a perda ou a falta de uma função ou uma limitação funcional (ONU, 1996).

Segundo DeLisa, a reabilitação é o processo de ajudar uma pessoa a atingir seu melhor potencial físico, psicológico, social, vocacional e educacional, compatível com seu déficit fisiológico ou anatômico, limitações ambientais, desejos e planos de vida. Deve envolver pacientes, familiares e equipe de reabilitação, que trabalham juntos para a elaboração de objetivos realistas e para desenvolvimento e realização de planos, rumo à obtenção da melhora da função, apesar da seqüela, ainda que o déficit tenha sido causado por um processo patológico irreversível. É um conceito que deve envolver todo o sistema de saúde e abranger ações que incluem prevenção e reconhecimento precoce de incapacidades, assim como programas de cuidado após alta de pacientes internados. O processo se concretiza com uma combinação de especialidades de vários profissionais de saúde e esta abordagem integrada apresenta uma eficácia maior do que o tratamento fragmentado, visto que o enfoque da equipe, que compartilha valores e objetivos comuns, é decisivo na resolução dos problemas complexos associados às várias debilidades dos indivíduos acometidos (DeLisa, 2002).

A UEMS considera que no contexto da saúde, a reabilitação tem sido especificamente definida como “um processo dinâmico pelo qual o indivíduo que sofreu incapacidade adquire o conhecimento e as competências técnicas necessárias para uma função física, psicológica e social otimizada” e seus objetivos residem na promoção da funcionalidade física e cognitiva e de qualidade de vida para os indivíduos e na modificação dos fatores pessoais e ambientais (UEMS, 2009). É caracterizada por uma atividade pluriprofissional, onde a maioria das equipes para tratamento da incapacidade física inclui um núcleo básico de profissionais, geralmente composto médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e técnico de reabilitação, e de outros intervenientes para responder a necessidades específicas. Para que funcione, a equipe deve estabelecer objetivos de reabilitação

claros para o doente, relativamente aos quais tanto o doente como os seus entes mais próximos possam ter uma participação ativa. Os diferentes especialistas apresentam então uma abordagem holística dos indivíduos com patologias agudas e crônicas, nomeadamente perturbações musculoesqueléticas e neurológicas, amputações, disfunções pélvicas, insuficiência cardiorrespiratória e incapacidades devido à dor crónica, e desenvolvem a sua atividade em diversos ambientes, como unidades hospitalares, serviços especializados e até no contexto comunitário (UEMS, 2009). Utilizam-se de instrumentos de avaliação e de diagnóstico específicos e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais com vistas a atingir os melhores resultados terapêuticos (UEMS, 2009).

O potencial de reabilitação de um indivíduo é diretamente relacionado à história natural da sua situação e a falta de acesso ao tratamento reduz o seu nível eventual de independência e de qualidade de vida. Em função disso, o plano de reabilitação deve levar em conta os desejos e os recursos do indivíduo, o prognóstico do seu problema médico incapacitante, a natureza das suas incapacidades físicas e cognitivas e a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos e técnicas, que deverão permitir melhorar seus níveis de atividade e de participação (UEMS, 2009).

A reabilitação proporciona a possibilidade de reduzir a sobrecarga decorrente da incapacidade, tanto para o indivíduo como para a sociedade, ao incluir uma maior autonomia pessoal bem como ao melhorar as oportunidades de emprego e de outras atividades ocupacionais, e embora existam muitos fatores sociais envolvidos no regresso à vida independente e ao ambiente profissional, pode preparar o indivíduo e a família/prestadores de cuidados no processo de reinserção social e profissional (UEMS, 2009).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de corte transversal e com abordagem qualitativa, que adotou como referências teórico-metodológicas o diagnóstico administrativo proposto por Mário Testa e o momento explicativo do planejamento situacional, segundo Carlos Matus.

### 4.2 População e área

O estudo foi realizado na cidade de Salvador, Bahia, com base em referência documental, entrevistas e visitas aos serviços ambulatoriais cadastrados como serviços de reabilitação física do SUS, identificados a partir da pesquisa na página eletrônica do MS. Além disso, buscaram-se técnicos na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) para coleta de informações adicionais relacionadas ao tema proposto.

De acordo com o MS, o serviço de reabilitação física representa um estabelecimento de saúde que deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e da capacidade funcional do indivíduo (BRASIL MS, 2012).

### 4.3 Produção dos dados

A coleta de dados ocorreu entre julho e novembro de 2012 e foi dividida em duas etapas. Entre julho e agosto foi feita a coleta dos dados secundários, enquanto os dados primários foram coletados nos meses de setembro, outubro e novembro.

Para esta fase do estudo, de identificação e descrição dos serviços de reabilitação física, foram seguidos os seguintes passos:

#### 4.3.1 Leitura documental

Com o objetivo de identificar as ações planejadas para os serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia e de facilitar a elaboração dos roteiros de entrevista, foi realizada a leitura do Plano Estadual de Saúde (PES) do Estado da Bahia 2007-2010 e do Plano Municipal de Saúde (PMS) da cidade de Salvador 2010-2013.

#### 4.3.2 Coleta de dados secundários

- Etapa 1: Identificação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia, através da página eletrônica do MS, Departamento de Informática do SUS, na seção do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde<sup>13</sup> (CNES), obedecendo a seguinte ordem de busca: Relatórios → Serviços Especializados → Bahia → Salvador → Serviço Próprio → Serviço de Reabilitação → Reabilitação Física → Ambulatorial SUS. Nessa fase foram identificados doze serviços, a saber: Associação Baiana de Reabilitação e Educação (ABRE), Associação de Pais e Amigos Excepcionais de Salvador (APAE), Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências (CEPRED), Clínica Única de Reabilitação LTDA (CURE), Hospital Ana Nery (HAN), Hospital do Aparelho Locomotor Sarah Salvador, Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes (HEDRM), Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Hospital Santo Antônio (HSA), Instituto Bahiano de Reabilitação (IBR), Instituto Guanabara e Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral (NACPC).

---

<sup>13</sup> O CNES é normatizado pela portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000 e compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos da área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. Tem o propósito de propiciar ao gestor, o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no processo de planejamento, programação, controle e avaliação da assistência, assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços (CONASS, 2011, p. 29). Para o processo de cadastramento das unidades são previstas as seguintes etapas: fornecimento da informação por parte do responsável pelo estabelecimento de saúde por meio do preenchimento de um formulário; verificação in loco, de competência do gestor, para validar as informações prestadas pelos estabelecimentos de saúde; encaminhamento dos dados pelo gestor ao DATASUS, que é responsável pela inclusão da unidade no CNES e certificação do processo de cadastramento do estado, sob responsabilidade do MS (CONASS, 2011, p.30).

- Etapa 2: Descrição dos serviços cadastrados, a partir dos módulos disponíveis para cada serviço no CNES. Foram colhidas informações da infraestrutura dos serviços (instalações físicas para assistência ambulatorial, equipamentos disponíveis e quadro de profissionais para desenvolvimento das atividades); elementos da organização e gestão dos serviços (tipo de unidade, esfera administrativa, natureza da organização, tipo de gestão e existência de contrato de gestão e metas) e ainda características da prestação de serviços (serviços especializados oferecidos, serviços de apoio, fluxo de clientela). Outros aspectos da gestão, da organização e da prestação de serviços foram investigados durante a coleta de dados primários, pelo fato das informações desejadas não estarem disponibilizadas nos módulos de serviços consultados. Foram visitadas ainda as páginas eletrônicas dos serviços selecionados, quando existentes, para coleta de informações adicionais.

#### 4.3.3 Coleta de dados primários:

- Etapa 1: Levantamento de informantes-chave na SESAB e na SMS, para seleção de técnicos a serem entrevistados, a partir das posições que ocupavam nas unidades (apêndice I). Foram contactados funcionários do setor de Planejamento da SESAB, da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) e da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), a fim de detectar os mais aptos para responder as perguntas contidas no roteiro de entrevista. Na SMS, buscaram-se informantes na Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde (COAPS) e na Coordenaria de Regulação e Avaliação (CRA).
- Etapa 2: Entrevista semiestruturada com os técnicos identificados na SESAB e na SMS, para compreensão da organização assistencial dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia; das características do planejamento destes serviços e dos parâmetros e normas estabelecidos para seu funcionamento. Além disso, a entrevista buscou elementos para identificação e explicação dos principais problemas enfrentados no que diz respeito aos serviços de reabilitação física da cidade (apêndice II).

- Etapa 3: Entrevista semiestruturada com os gerentes dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia, selecionados para o estudo, visando à obtenção das seguintes informações: breve descrição do serviço, forma de acesso do paciente (fluxo de clientela), quantidade de pacientes atendidos por mês, tempo de espera para o primeiro atendimento, existência de parâmetros ou normas de funcionamento para o serviço e identificação e explicação dos principais problemas enfrentados. Além disso, os gerentes foram perguntados em relação às atividades realizadas, respondendo nesta fase sim ou não, sem descrição. As atividades questionadas foram: atendimento em grupo, orientação familiar, suporte psicológico para convívio social e familiar, dispensação de órteses, dispensação de próteses, treino para uso de órteses/próteses, atendimento domiciliar, transporte de pacientes, capacitação de profissionais, atendimento multiprofissional, cumprimento de protocolos assistenciais, acompanhamento pós-alta, oferta de informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiência física, encaminhamento para outros serviços e articulação com outros serviços da rede (apêndice III).

Utilizou-se um diário de campo com registro das observações feitas durante a realização das entrevistas nos serviços visitados e na SESAB. Também foram registradas as situações vivenciadas nas visitas à SMS e nos serviços onde não foi possível acesso aos gerentes.

#### 4.4 Plano de análise

As categorias de análise utilizadas neste estudo foram: infraestrutura dos serviços; organização e gestão dos serviços; prestação de serviços; e problemas dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia.

Para a categoria de análise infraestrutura, foi considerado o conjunto de recursos físicos, materiais e humanos da organização. A partir daí, as categorias operacionais utilizadas foram instalações físicas para assistência ambulatorial, equipamentos disponíveis para reabilitação física e quadro de profissionais para desenvolvimento das atividades.

Para a categoria de análise organização e gestão dos serviços, as categorias operacionais utilizadas foram: tipo de unidade, esfera administrativa, natureza da organização, tipo de

gestão, existência de contrato de gestão e metas, parâmetros e normas de funcionamento e planejamento de ações para os serviços.

Para a categoria de análise prestação de serviços utilizaram-se as seguintes categorias operacionais: serviços especializados oferecidos, serviços de apoio, fluxo de clientela, quantidade de pacientes atendidos por mês, tempo de espera para o primeiro atendimento e atividades realizadas pelos serviços de reabilitação.

Por fim, para a categoria de análise problemas dos serviços ambulatoriais de reabilitação física, utilizaram-se como categorias operacionais os problemas enumerados pelos entrevistados.

No momento da verificação dos serviços investigados foram considerados os parâmetros de funcionamento para serviços de reabilitação física dispostos na Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001).

#### 4.4.1 Análise documental

Dos documentos examinados, PES 2007-2010 e PMS 2010-2013, foram extraídas as informações disponíveis pertinentes ao objeto de estudo.

#### 4.4.2 Análise dos dados secundários

Os dados secundários colhidos no CNES foram organizados em quadros. Como estes foram conferidos com os gerentes durante as entrevistas, as lacunas existentes com a coleta inicial puderam ser preenchidas e os demais dados confrontados. As divergências encontradas foram comentadas durante apresentação dos resultados e as informações organizadas nos quadros foram apenas àquelas correspondentes à realidade dos serviços.

#### 4.4.3 Análise dos dados primários

Os dados qualitativos foram obtidos a partir das entrevistas, que foram gravadas, transcritas por profissional habilitado e revisadas pela autora. Na análise do material

colhido foi escolhida a técnica da análise de conteúdo na modalidade de análise temática, pelo fato desta técnica possibilitar trilhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, o que permite avançar no entendimento das idéias analisadas (MINAYO, 2006, p. 43). Foram seguidas as seguintes etapas na aplicação da técnica: pré-análise, com leitura flutuante das respostas e sistematização das idéias iniciais; exploração do material para codificação das questões em unidades de análise e por fim, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010, p. 316-317). Assim, fragmentos dos textos das entrevistas foram classificados de acordo com as categorias de análise propostas e foram utilizadas também informações do diário de campo anotadas durante o período da coleta de dados.

Os problemas relatados foram classificados em: problemas de infraestrutura, de financiamento, de gestão e/ou de prestação de serviços. Além disso, foi elaborada uma árvore de problemas<sup>14</sup> (apêndice VIII), com o propósito de organizar a explicação do problema central identificado por este diagnóstico.

#### 4.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Na fase de pré-coleta dos dados primários, o projeto foi submetido à apreciação dos Núcleos de Pesquisa das instituições envolvidas.

Todos os indivíduos entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice VI). Foram oferecidas informações sobre a pesquisa e referentes à ausência de despesas ou compensações financeiras pela participação e ao direito de se retirarem do estudo a qualquer momento, sem riscos ou prejuízos. Além disso, foi garantido o anonimato dos entrevistados e das instituições na apresentação dos resultados.

---

<sup>14</sup> A árvore de problemas é um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificado durante o processo de análise da situação, momento inicial de um processo de planejamento. Utiliza o formato de uma árvore, onde o problema central é colocado no “tronco”, e as “raízes” correspondem aos determinantes e condicionantes do problema (causas) e os “galhos”, “folhas” e “frutos” correspondem às “consequências” do problema registrado no meio da “árvore” (SÁ; ARTMANN, 1994; VILASBOAS; TEIXEIRA, 1999).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente apresenta-se a descrição geral da situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física de Salvador, Bahia, obtida a partir de entrevista com técnico da DGC na SESAB. A seguir, são descritos os serviços cadastrados no CNES selecionados para o estudo.

### 5.1 A situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física no SUS da cidade de Salvador-Bahia na visão da Secretaria Estadual de Saúde (SESAB)

O primeiro momento da entrevista com técnico na SESAB foi marcado por uma situação insólita, pois, apesar de conhecer o tema do estudo e seus objetivos através de ofício encaminhado previamente, o entrevistado não reconheceu a lista de serviços ambulatoriais de reabilitação física apresentada no início do encontro e logo afirmou que Salvador não possuía doze serviços de reabilitação física.

*“(...) você vai verificar que realmente aparecem vários serviços no cadastro, mas dentro desses serviços daqui tem muitos serviços que não são de reabilitação física...”*(técnico da SESAB).

Depois de explicada a estratégia de busca dos serviços adotada pela pesquisa, o entrevistado prestou esclarecimentos sobre os serviços selecionados, mesmo com insuficiência de informações detalhadas em alguns casos e explicou que determinados serviços apresentam cadastros que não correspondem às atividades que realizam.

*“(...) quanto ao serviço 7 a gente tem conhecimento de que ele tem um atendimento ao usuário com pessoas com deficiência intelectual; o serviço 10 idem; o serviço 1 é o único serviço da rede e é referência estadual em reabilitação física (...) o serviço 11 também atende deficiente intelectual; o serviço 6 eu não tenho conhecimento do tipo de reabilitação que presta (...) o serviço 8 faz a reabilitação inclusive na parte hospitalar, mas ele tem uma relação com os serviços públicos diferente desses serviços que compõem a rede nesse processo de habilitação; o serviço 3 tem uma oficina ortopédica e é por isso que ele tem esse cadastramento no CNES; o serviço 12 possivelmente por causa das concessões de próteses hospitalares, mas não tem reabilitação (...) o serviço 5 é um ambulatório de Fisioterapia; o serviço 2 é uma unidade que realiza filantropia e também tem uma oficina própria e deve ser por isso o cadastro; o serviço 4 atende deficiente intelectual e o serviço 9 também...”* (técnico da SESAB).

De acordo com o técnico, são muitos os equívocos nas informações contidas no CNES, o que compromete a realização de qualquer diagnóstico em saúde que se utilize apenas deste sistema para obtenção de dados.

*“(...) se a gente entende que o CNES é um cadastro que deveria traduzir a realidade dos serviços, da atuação desses serviços, ele deveria ser a referência dos usuários (...) mas a gente esbarra em situações onde a gente não tem um diagnóstico totalmente real...”* (técnico da SESAB).

No que se refere à organização dos serviços de reabilitação física na cidade de Salvador, a informação obtida foi a de que não existe uma rede estabelecida.

*“(...) a gente não pode falar em rede organizada em relação a esses serviços que você traz (...) alguns serviços destes prestam assistência às pessoas que necessitam de reabilitação física (...) quando a gente fala de rede hoje, é uma rede de serviços especializados, pensando em todos os pontos de atenção que seriam a atenção básica, atenção especializada e urgência e emergência (...) a Portaria 793 explica (...) ainda não temos isso...”* (técnico da SESAB).

O entrevistado revelou a existência de apenas um serviço de reabilitação física na cidade, de gestão estadual e componente da rede estadual de atenção à pessoa portadora de deficiência, estabelecida pela Portaria MS/GM n° 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001).

*“Reabilitação física em Salvador a gente só tem o serviço 1... habilitado pela Portaria 818, mas isso não quer dizer que não haja outras unidades que desenvolvam atividades de reabilitação física, de Fisioterapia, sendo ela filantrópica ou privada...”* (técnico da SESAB).

Ao falar da falta de organização dos serviços de reabilitação física em Salvador, o entrevistado discorreu sobre a última portaria publicada sobre assistência aos portadores de deficiência, a Portaria MS/GM n° 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL MS, 2012) e afirmou que em seu núcleo de trabalho já existe um grupo encarregado da realização de diagnóstico, análise da situação de saúde no estado da Bahia e elaboração do desenho regional desta rede de cuidados, considerando as necessidades da população. Apontou para a dificuldade de obtenção de dados epidemiológicos da deficiência e para a ausência de um espaço específico nos sistemas de informação para este grupo da população, fato que atrapalha no momento do dimensionamento da rede de serviços.

*“(...) estamos fazendo a matriz diagnóstica... aliando a situação de saúde em relação ao segmento da pessoa com deficiência para enfim pensar nos serviços (...) estamos levantando dados, infelizmente com extrema dificuldade (...) é esse processo é que vai gerar a implantação de ações... as pactuações...”* (técnico da SESAB).

Em relação à existência de outros serviços de reabilitação física sob gestão municipal, o entrevistado informou não possuir as informações, pelo fato do município ser o único responsável pela gestão, acompanhamento e dimensionamento de suas unidades.

*“(...) se existem outras unidades que prestam reabilitação física em Salvador, essas informações não chegam à SESAB (...) a SMS tem as informações das unidades filantrópicas e unidades privadas porque o município de Salvador tem gestão plena, então a capacidade e a necessidade desses serviços são programadas pelo próprio município” (técnico da SESAB).*

No tocante à questão do planejamento para os serviços de reabilitação física de Salvador, os resultados apontaram para uma ausência de atividades nesta secretaria. A única unidade sob gestão estadual que presta assistência em reabilitação física em Salvador é habilitada pela Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001) e possui o seu próprio núcleo de planejamento de ações. Para os demais serviços da cidade, o planejamento é de responsabilidade da SMS.

*“(...) planejamento de serviços não (...) o planejamento aqui é macro, existem ações que a área técnica articula, mas o serviço 1 é uma unidade gestora, ele tem recurso próprio (...) todo o seu planejamento ele opera individualmente (...) a função das outras unidades é responsabilidade da SMS, cabe à gestão municipal estar planejando, fazendo esse acompanhamento, monitoramento e avaliação em relação função dessas unidades...” (técnico da SESAB).*

Os problemas apontados para os serviços de reabilitação física foram: inexistência da referência e contra referência das unidades, a forma de repasse em bloco dos recursos financeiros e o número limitado de serviços de reabilitação física para o estado.

O problema da falta de referência e contra referência das unidades foi atribuído ao descumprimento de protocolo, pelas unidades.

*“(...) cumprir protocolo significa responsabilização por esse usuário na condução dos processos das suas necessidades individuais (...) tem que ser traçado o plano terapêutico... os serviços de modo geral precisam dar um direcionamento para o paciente...” (técnico da SESAB).*

A dificuldade de comunicação entre os serviços, e o prejuízo da inexistência de um encaminhamento adequado para os usuários também foram questões abordadas pelo entrevistado.

*“(...) isso aí é um ponto crucial (...) o serviço 1, por exemplo, em relação aos demais serviços (...) ele como referencia... existe uma dificuldade justamente nisso, nesses encaminhamentos, nessa interação (...) falta comunicação e aproximação maior dessas unidades...” (técnico da SESAB).*

A forma de repasse em bloco dos recursos foi um problema, devido ao fato de não haver especificidade no momento do investimento. Apesar de compreender que deve existir

flexibilidade no uso dos recursos em virtude das prioridades na gestão, o técnico afirmou que algumas áreas tendem a ficar sempre descobertas, o que acarreta em danos à assistência em reabilitação.

*“(...) como o recurso vem num bloco e não é específico, é utilizado para outras ações que não de reabilitação (...) então, de fato teria que ter conta carimbada; eu sei que o repasse para um bloco específico dificultaria a gestão... eu entendo que precisa ter uma flexibilidade de suas ações, pois tem momentos que a gestão precisa atuar epidemiologicamente mais num serviço do que em outro, mas ele não pode descobrir totalmente um serviço (...) descobrir a ponto de ficar sem concessão de material(...) para uma unidade isso implica que você não está reabilitando as pessoas (...) o ideal seria a gente ter uma estratégia para garantir um percentual em relação a esses serviços de reabilitação física...” (técnico da SESAB).*

E o número limitado de serviços de reabilitação física foi relatado por exigir enormes deslocamentos dos usuários pelo estado a fim de garantir assistência em reabilitação física e aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

*“(...) apenas três municípios hoje realizam a concessão de material (...) isso significa deslocamento de pessoas que estão vulneráveis às estradas, além dos gastos com o transporte (...) paciente de Teixeira de Freitas vem colocar ostomia em Salvador (...) os usuários são pessoas na sua grande maioria vítimas de arma de fogo e arma branca por causa da questão de violência... no transporte as pessoas desidratam, complicam seu estado geral...” (técnico da SESAB).*

O roteiro foi estendido no momento da entrevista com o propósito de investigar uma questão que pareceu relevante, e o técnico, indagado se a assistência em reabilitação constava do rol de prioridades no SUS na Bahia. A resposta obtida abordou aspectos não questionados e não trouxe os esclarecimentos solicitados.

*“(...) como é que eu entenderia e responderia isso? Nossa! No foco para pessoa com deficiência eu acho que o principal está na atenção básica, prevenção... não só para pessoa com deficiência, como também todos os segmentos da saúde, acho que a atenção primária tem que ser olhada com um olhar mais atencioso (...) é de fato assim... os gestores entenderem que o investimento nessa área é um investimento de custo benefício para saúde da sua população” (técnico da SESAB).*

## 5.2 Descrição dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia cadastrados no CNES

Os resultados apresentados por este estudo foram marcados por uma série de dificuldades na operacionalização da pesquisa, o que comprometeu o cumprimento de todas as etapas previamente definidas para a realização do diagnóstico proposto. A

impossibilidade de acesso a um dos gerentes selecionados, a recusa de três serviços em participar do estudo, a pouca receptividade na SMS e o pouco tempo dispendido para as entrevistas constituíram as principais dificuldades anunciadas.

Na SMS, após parecer favorável do Núcleo de Pesquisa da instituição e busca dos setores pré-definidos, CRA e COAPS, não foi possível a realização da entrevista. Na CRA, a profissional responsável, pouco receptiva, ofereceu uma resposta<sup>15</sup> via e-mail após a leitura do roteiro e a pesquisadora foi encaminhada para COAPS. Em visita ao setor, obteve-se a informação de que o técnico apto a responder a entrevista, o responsável pela área técnica da Pessoa com Deficiência, havia sido transferido da unidade, não tendo sido substituído até o momento da visita. Outros funcionários foram procurados, mas afirmaram não possuir as informações solicitadas. Desta forma, questões importantes para o estudo não puderam ser respondidas na SMS.

Diante dos gerentes nos serviços, a dificuldade foi o pouco tempo dispendido para a realização da entrevista, pois em quase todos os casos o gerente foi entrevistado no próprio serviço no seu horário de trabalho, o que não permitiu um aprofundamento maior das questões investigadas. Apenas um dos gerentes aceitou realizar entrevista fora da unidade e pôde-se perceber a diferença na quantidade de detalhes fornecidos em comparação com os outros entrevistados.

Após estes necessários esclarecimentos, serão descritos a seguir os serviços ambulatoriais de reabilitação física que foram identificados a partir do CNES: ABRE, APAE, CEPRED, CURE, HAN, Hospital do Aparelho Locomotor Sarah Salvador, HEDRM, HSA, IBR, Instituto Guanabara e NACPC. Dos doze serviços identificados inicialmente, o serviço de reabilitação física do HGRS não foi encontrado. De acordo com a unidade hospitalar, o serviço foi extinto, apesar de ainda possuir o cadastro. O profissional contactado não soube informar a data da sua extinção.

---

<sup>15</sup> Eis a resposta da responsável pela CRA encaminhada por e-mail: *“Dei uma olhada em seu roteiro e acredito que o CRA não é o setor indicado para responder às suas perguntas. Acredito que na SMS, no setor da COAPS você poderá encontrar essas respostas. Conversei com as pessoas do setor de programação aqui da CRA e como havia dito, o CRA trabalha apenas com a parte da contratação junto aos prestadores. A parte política é com a COAPS. Verifique com eles junto ao setor de portadores de necessidades especiais”*.

Dos onze serviços selecionados, classificados a partir deste momento por números aleatórios, foi possível acesso aos gerentes e realização de entrevista em sete deles. Assim, não foram entrevistados os gerentes dos serviços 8, 9, 10 e 11. No serviço 11, não houve resposta às repetidas solicitações de realização de entrevista e no serviço 10, após cadastro do projeto na instituição e parecer favorável, a pessoa designada para responder à entrevista se recusou a fazê-lo após ter tido conhecimento do roteiro.

Fato semelhante ocorreu no serviço 9, onde o gerente inicialmente concordou em prestar as informações e após leitura das questões a serem investigadas, informou que o serviço não participaria de mais nenhuma pesquisa no ano de 2012 por decisão da diretoria do estabelecimento. Por fim, no serviço 8, um hospital de reabilitação, o profissional contactado se recusou a participar do estudo, alegando que o hospital não pertencia ao SUS de Salvador e que pesquisadores não funcionários não possuíam autorização para acessar as informações institucionais.

A descrição dos serviços cujos gerentes puderam ser entrevistados (serviços 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7), foi feita com base nos dados secundários obtidos, nas informações colhidas nas entrevistas e nos registros contidos em diário de campo. Nos demais serviços, a descrição apresentada foi fruto apenas de dados disponíveis publicamente nos módulos de informação do CNES, nas páginas eletrônicas dos serviços, quando existentes e nas informações obtidas em entrevista realizada na SESAB. Assim, questões das características da prestação de serviços investigadas que dependeriam das entrevistas, como quantitativo de pacientes atendidos por mês, tempo de espera para primeiro atendimento e atividades realizadas não puderam ser respondidas nestes últimos estabelecimentos, onde também não foi possível conferir os dados secundários coletados, nem identificar os problemas (ver tabela 1). Após descrição detalhada de cada serviço, foi feita uma síntese do diagnóstico obtido em quadros (ver tabelas 2, 3 e 4).

Tabela 1 – Fontes de evidências utilizadas para descrição dos serviços de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia.

Serviço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Fonte de evidências	CNES	CNES	CNES	CNES							
	Entrevista com gerente	----	----	----	----						
	Entrevista na SESAB	Entrevista na SESAB	Entrevista na SESAB	Entrevista na SESAB							
	Registros do diário de campo	----	----	----							
	----	----	----	----	----	----	----	Página eletrônica institucional	Página eletrônica institucional	Página eletrônica institucional	----

Fonte: Elaborada pela autora. Salvador, Bahia, 2013.

Tabela 2 - Síntese da descrição dos serviços 1, 2, 3 e 4 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia.

Unidades de observação	Serviço 1	Serviço 2	Serviço 3	Serviço 4
Tipo de unidade	Ambulatório de especialidade	Centro de especialidade	Ambulatório de Especialidade	Clínica de especialidade
Esfera administrativa	Estadual	Privada	Estadual	Privada
Tipo de gestão	Estadual	Municipal	Estadual	Municipal
Natureza da organização	Administração direta da saúde (MS, SES, SMS).	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Administração direta da saúde	Entidade beneficente sem fins lucrativos
Contrato de gestão e metas	Não possui	Sem informação	Não possui	Não possui
Instalações físicas	14 consultórios médicos/ 1 de Odontologia/ 9 para outros profissionais de saúde 1 sala de curativo/ 2 salas de Enfermagem	4 consultórios médicos 8 para outros profissionais de saúde	1 sala de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 1 oficina ortopédica	2 consultórios médicos 23 consultórios multiprofissionais
Equipamentos	Todos os equipamentos exigidos para um serviço de reabilitação física pelo MS .	Aparelho de eletroestimulação Aparelho de DUS/ Aparelho de DOC Demais equipamentos exigidos para um serviço de reabilitação física.	Sem equipamentos de reabilitação física	Sem equipamentos de reabilitação física
Profissionais	Enfermeiros/ Psicólogos/ Fisioterapeuta Terapeutas ocupacionais/ Fonoaudiólogos Assistentes sociais/ Pedagogo/ Médicos Nutricionista/ Musicoterapeuta	Psicólogos/ Fisioterapeuta/ Musicoterapeuta Terapeutas ocupacionais/ Fonoaudiólogos Assistentes sociais/ Pedagogo/ Médicos Nutricionista/ Arteterapeuta/	Fisioterapeutas/ Terapeuta ocupacional Técnicos da oficina ortopédica	Psicólogos/ Fisioterapeuta Terapeutas ocupacionais/ Fonoaudiólogos Assistentes sociais/ Enfermeiro/ Médicos Psicopedagogo/ Professor de educação física Técnicos em reabilitação/ Pedagogo
Serviços especializados	Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Serviço de Atenção Psicossocial	Serviço de Fisioterapia Serviço de Dispensação de órteses e próteses Serviço de Reabilitação Serviço de Atenção Psicossocial	Serviço de Fisioterapia Serviço de Dispensação de órteses e próteses	Serviço de Reabilitação Intelectual
Serviços de apoio	CME/ SPP/ Serviço Social Serviço de manutenção	SPP/ Serviço Social Serviço de manutenção de equipamento	SAME/ Serviço Social/ CME Serviço de manutenção	SAME Serviço Social
Fluxo de clientela	Demanda espontânea e referenciada	Demanda espontânea	Demanda espontânea e referenciada	Demanda espontânea
Quantitativo de pacientes/ mês	Aproximadamente 332 pacientes	3800 pacientes	Aproximadamente 15 pacientes/dia	Aproximadamente 300 pacientes
Tempo de espera para primeiro atendimento	Até 3 meses	Até 7 meses	Até 30 dias	Até três meses
Parâmetros de funcionamento	Portaria MS/GM n° 818, de 2001	Projeto de acessibilidade	Manuais de condutas do MS em hanseníase	Plano de trabalho interno
Atividades realizadas	Atendimento em grupo/ Orientação familiar Suporte psicológico/Capacitação de profissionais Dispensação órteses e próteses/treino para uso Atendimento domiciliar / multiprofissional Acompanhamento pós-alta Cumprimento de protocolos assistenciais Oferta de informações sobre direitos de PCD Encaminhamento para outros serviços Articulação com outros serviços da rede.	Atendimento em grupo/ Orientação familiar Suporte psicológico para convívio social e familiar Treino para uso de órtese e prótese Capacitação de profissionais Cumprimento de protocolos assistenciais Atendimento multiprofissional Acompanhamento pós-alta	Orientação familiar Dispensação de órtese e próteses Encaminhamento para outros serviços	Atendimento em grupo/ Orientação familiar Suporte psicológico para convívio social e familiar Atendimento multiprofissional Cumprimento de protocolos assistenciais Oferta de informações sobre direitos de PCD Encaminhamento para outros serviços Articulação com outros serviços da rede.

Fonte: CNES/ entrevistas

Tabela 3 – Síntese da descrição dos serviços 5, 6 e 7 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia.

Unidades de observação	Serviço 5	Serviço 6	Serviço 7
Tipo de unidade	Ambulatório de Especialidade inserido em hospital geral	Ambulatório de Especialidade inserido em hospital geral	Ambulatório de Especialidade
Esfera administrativa	Privada	Federal	Privada
Tipo de gestão	Privada	Dupla	Municipal
Natureza da organização	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Administração direta da saúde	Entidade beneficente sem fins lucrativos
Contrato de gestão e metas	Não possui	Não possui	Não possui
Instalações físicas	1 sala de avaliação/ 1 ginásio de Fisioterapia 12 boxes de atendimento	1 sala para reabilitação cardíaca	3 consultórios médicos 10 consultórios multiprofissionais
Equipamentos	Aparelho de DUS/ Aparelho de DOC Aparelho de Micro-ondas Aparelho para laserterapia Biofeedback Aparelho de eletroestimulação Acessórios para ginásio de Fisioterapia	Esteira ergométrica Ciclo ergômetro/ Treshold Equipamento de avaliação respiratória Equipamento de avaliação muscular Equipamento de avaliação metabólica Aparelho de eletroestimulação Equipamento de ventilação não invasiva	Sem equipamentos de reabilitação física
Profissionais	Fisioterapeutas	Fisioterapeutas Médico cardiologista	Psicólogos/ Fonoaudiólogos/ Fisioterapeuta/ Terapeutas ocupacionais/ Médicos / Assistentes sociais Psicopedagogo/ Pedagogo Professor de educação física
Serviços especializados	Serviço de Fisioterapia	Serviço de Reabilitação Cardíaca	Serviço de Reabilitação Intelectual
Serviços de apoio	CME/ SPP/ Serviço Social Serviço de manutenção	CME/ SPP/ Serviço Social Serviço de manutenção de equipamento	SAME Serviço Social
Fluxo de clientela	Demanda espontânea e referenciada Regulação pela SMS	Demanda espontânea e referenciada	Demanda espontânea
Quantitativo de pacientes/ mês	Aproximadamente 400 pacientes dia	Aproximadamente 40 pacientes	Aproximadamente 300 pacientes
Tempo de espera para primeiro atendimento	Até 30 dias	Uma semana	Até três meses
Parâmetros de funcionamento	Protocolos operacionais (Instruções Técnicas e Parâmetros de Qualidade internos).	Parâmetros de reabilitação cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia.	Plano de trabalho interno
Atividades realizadas	Treino para uso de órtese e prótese Encaminhamento para outros serviços e Capacitação dos profissionais.	Capacitação de profissionais Cumprimento de protocolos assistenciais Encaminhamento de pacientes para outros serviços	Atendimento em grupo Orientação familiar Suporte psicológico para convívio social e familiar Atendimento multiprofissional Cumprimento de protocolos assistenciais Oferta de informações sobre direitos de PCD Encaminhamento para outros serviços

			Articulação com outros serviços da rede.
--	--	--	------------------------------------------

Fonte de evidência: CNES/ Entrevistas

Tabela 4 – Síntese da descrição dos serviços 8, 9,10 e 11 de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia.

Unidades de observação	Serviço 8	Serviço 9	Serviço 10	Serviço 11
Tipo de unidade	Hospital Especializado	Centro de especialidade	Ambulatório de especialidade	Policlínica
Esfera administrativa	Privada	Privada	Privada	Privada
Tipo de gestão	Dupla	Municipal	Dupla	Municipal
Natureza da organização	Serviço Social Autônomo	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Privada
Contrato de gestão e metas	Possui	Não possui	Não possui	Não possui
Instalações físicas	37 consultórios de clínica indiferenciada 3 salas de curativo/ 1 sala de gesso 1 sala de Enfermagem 1 sala de repouso 119 leitos de reabilitação	4 consultórios médicos 16 consultórios multiprofissionais 1 sala repouso 1 sala de Enfermagem	4 consultórios médicos 1 consultório de Odontologia 18 consultórios multiprofissionais 1 sala de imunização	1 consultório médico 11 consultórios multiprofissionais
Equipamentos	Aparelho de DUS Aparelho de DOC Aparelho de eletroestimulação	Aparelho de eletroestimulação	Audiômetro Cabine acústica Emissões otoacústicas evocadas Imitanciômetro Potencial evocado auditivo Aparelho de DUS/ Aparelho de DOC Aparelho de eletroestimulação	Aparelho de DUS Aparelho de DOC Aparelho de eletroestimulação Forno de Bier
Profissionais	Psicólogos Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Fonoaudiólogos Assistentes sociais Nutricionistas Enfermeiros Médicos Técnicos de reabilitação Técnicos de Ortopedia	Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Fonoaudiólogos Psicólogos Assistentes sociais Médicos	Psicólogos Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Fonoaudiólogos Assistentes sociais Psicopedagogo Médicos Enfermeiros Professores de alunos com deficiência Farmacêuticos Dentista Nutricionistas	Psicólogos Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Assistentes sociais Médicos Técnicos de reabilitação Atendentes de ambulatório
Serviços especializados	Serviço de Atenção Psicossocial Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Serviço de dispensação de órteses e próteses Serviço de Traumatologia e Ortopedia	Serviço de Atenção Psicossocial Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva Serviço de Atenção Psicossocial Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação.	Serviço de atenção psicossocial Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação.
Serviços de apoio	CME SPP Serviço Social	SAME Serviço de Manutenção Serviço Social	CME SPP Serviço Social	SPP

	Serviço de ambulância	Serviço de Nutrição	Serviço de Manutenção	
Fluxo de clientela	Demanda espontânea e referenciada	Demanda referenciada	Demanda referenciada	Demanda espontânea e referenciada

Fonte: CNES/ páginas eletrônicas institucionais/ Entrevista na SESAB.

## Serviço 1

### a. Infraestrutura

A infraestrutura da unidade, no que se refere às instalações físicas, de acordo com as informações disponíveis no CNES, corresponde a quatorze consultórios médicos de clínica especializada, um consultório de odontologia, nove consultórios para atendimento dos outros profissionais de saúde, uma sala de curativo e duas salas de enfermagem. Os equipamentos para reabilitação física cadastrados são apenas aparelhos de eletroestimulação, apesar da unidade dispor de todos os equipamentos exigidos pela Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001) para um serviço de Medicina Física e Reabilitação<sup>16</sup> (anexo I).

O quadro de profissionais é formado por fonoaudiólogos, assistentes sociais, pedagogos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos clínicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos nas especialidades de Clínica Geral, Neurologista, Ortopedia, Pediatria, Fisiatria, Psiquiatria, Cirurgia Geral. Além destes, o serviço conta com um profissional de musicoterapia, não cadastrado no CNES.

### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como ambulatório de especialidade de esfera administrativa estadual e gestão estadual, com administração direta da saúde (MS, SES, SMS) e não possui contrato de gestão e metas. Corresponde a um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação para o estado da Bahia, componente da rede estadual de assistência à pessoa com deficiência física e presta assistência a pacientes adultos e pediátricos.

---

<sup>16</sup> Constitui um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação a unidade ambulatorial, devidamente cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, que disponha de serviços especializados para o diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiências físicas. Caracteriza-se como serviço de maior nível de complexidade, com instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada, para o atendimento de pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação física. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2001).

Os parâmetros de funcionamento obedecidos são aqueles contidos na Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001), segundo o entrevistado (anexo I). Mesmo revogado, com a publicação da Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL MS, 2012), o documento anterior continua sendo o norteador das ações do serviço nesta fase de transição, enquanto se discutem as adaptações exigidas pela última portaria publicada.

*“(...) a gente segue as portarias sim (...) agora que foram revogadas, deixou a gente no meio do caminho (...) eu considero que as portarias novas são muito inconsistentes, a portaria 818 era muito completa (...) as portarias novas estão sendo interpretadas ainda, a gente está em transição...”* (gerente do serviço 1).

O serviço conta com uma estrutura organizacional composta de um colegiado gestor, comissão de prontuário, comissão técnica da reabilitação física (adulto e infantil), comissão técnica de ostomia, coordenação de estudos e pesquisas, núcleo de saúde do trabalhador, núcleo de educação permanente e núcleo de planejamento. Embora estas informações não tenham sido objeto de investigação, foram relatadas durante entrevista e seu registro pareceu relevante.

#### c. Prestação de serviços

Os serviços especializados oferecidos cadastrados são Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação. Os serviços de apoio são CME, SPP, Serviço Social e Serviço e manutenção de equipamento e todas estas informações correspondem à realidade.

O fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada. Os pacientes são admitidos para tratamento em reabilitação física ou para recebimento de órtese e/ou prótese caso já tenha sido reabilitado ou esteja em tratamento em outro local.

No que se refere ao quantitativo de pacientes atendidos, foi apresentado um relatório de atendimentos do ano de 2012 para obtenção de uma média, e foram contabilizados 12.750 atendimentos por mês de pessoas atendidas na reabilitação física. Trezentos e trinta e dois novos pacientes são admitidos por mês. No total, são quase cinquenta mil pacientes da capital e de diversas cidades do interior cadastrados neste serviço de reabilitação física.

O tempo de espera para início do tratamento pode variar de uma semana a três meses, dependendo da necessidade do paciente, que é encaminhado para uma triagem, logo que se apresenta ao serviço.

*“(...) na reabilitação física existe uma equipe interdisciplinar pra todos os serviços e eu tenho uma forma de avaliação... todos são acolhidos inicialmente (...) ali já é identificada qual a necessidade do serviço dele (...) vou fazer uma média pra você (...) eu tenho determinados serviços da física (reabilitação) que eu tô com uma semana de espera, mas tem outros que eu tenho dois, três meses de espera...”* (gerente do serviço 1).

Como o serviço dispõe de poucos médicos fisiatras, caso haja necessidade de consulta com este profissional, o paciente espera cerca de três meses para ser avaliado, o que posterga o início do seu tratamento. Por outro lado, para os pacientes que necessitam de ostomia, o atendimento acontece em sete dias no máximo.

*“(...) se ele precisar de fisiatra infantil leva três meses, porque a Fisiatria é uma especialidade que está em falta na Bahia, então eu tenho três fisiatras só (...) já para ostomia eu tenho pra daqui a uma semana... depende do serviço...”*. (gerente do serviço 1).

As atividades realizadas pelo serviço são atendimento em grupo, orientação familiar, suporte psicológico para convívio social e familiar, dispensação de orteses e de próteses, treino para uso de órtese e de prótese, atendimento domiciliar, cumprimento de protocolos assistenciais, capacitação dos profissionais, atendimento multiprofissional, acompanhamento pós-alta, oferta de informações sobre direitos das pessoas com deficiência, encaminhamento pra outros serviços e articulação com outros serviços da rede. De todas as atividades investigadas, necessárias a um serviço de reabilitação física, apenas o transporte de pacientes não é realizado por este serviço.

#### d. Problemas

Os problemas relatados do serviço foram ausência de funcionamento da rede estadual de atenção aos portadores de deficiência física e falta de especialistas em Fisiatria. Além destes, o descaso dos gestores da saúde para com os locais onde não estão funcionando os serviços de reabilitação física no estado da Bahia. De acordo com o entrevistado, a ausência de funcionamento da rede estadual é um problema porque acarreta em sobrecarga para o estabelecimento, que assume atendimentos de pacientes oriundos de diversos municípios, o que compromete a qualidade da assistência prestada e a imagem

do serviço, que apesar de apresentar uma boa estrutura, não consegue atender à demanda atual de maneira adequada.

*“(...) a maior questão é a rede não estar funcionando (...) minha capacidade instalada não dá pra atender o Estado da Bahia inteiro, e hoje as outras unidades do estado... nenhuma delas concede nada, então tudo está vindo pra Salvador, tudo vem pra cá (...) a minha estrutura física é muito boa, os equipamentos todos funcionando, a gente tem contrato de manutenção, a equipe é muito capacitada, os novos que chegaram também muito preparados (...) eu acho que a gente tem tudo... crescemos muito de 1999<sup>17</sup> para cá (...) mas sem o funcionamento da rede a gente está com uma demanda imensa prejudicando a unidade, não só a imagem, mas o que a gente quer oferecer de qualidade do SUS...” (gerente do serviço 1).*

Pacientes provenientes de locais onde outros serviços de referência deveriam estar prestando assistência em reabilitação física à sua população buscam assistência neste serviço, e assumem o desgaste físico proporcionado por longos deslocamentos a fim de obterem atendimento.

*“(...) Salvador atender pessoas de Teixeira de Freitas para prótese, para ostomia, não tem cabimento, (...) Barreiras? São muitos quilômetros, o paciente chega aqui com o coto totalmente edemaciado, vai fazer uma medida de uma prótese, quando ele volta pra fazer o teste aquela prótese já não está tão bem porque o edema vai reduzir, então ele perde tempo, a gente perde recurso...” (gerente do serviço 1).*

O problema da falta de especialistas em Fisiatria foi apontado pelo entrevistado como de difícil solução, devido à escassez de profissionais com esta especialidade no mercado de trabalho nos dias atuais. E para o problema do descaso dos gestores sobre os locais onde não estão funcionando os serviços de reabilitação física no estado não foi apresentada uma explicação.

---

<sup>17</sup> Foi relatado pela gerente do serviço 1 que este serviço foi uma solicitação da sociedade civil ao estado para que fosse possível garantir assistência adequada a pacientes portadores de deficiência física. Desde 1997, já existia uma preocupação de um grupo da sociedade em esclarecer aos gestores de saúde que reabilitação não se resumia à assistência em Fisioterapia e que existiam especificidades no processo de reabilitar que dependiam de equipe especializada e estrutura apropriada. Discutiu-se com gestores questões sobre deficiência, incapacidade e necessidade de reabilitação para reinserção dos indivíduos na sociedade e no trabalho. O serviço foi fundado em 1998, inaugurado em 1999 e já começou como um serviço de reabilitação física, em Brotas, com 57 funcionários e uma visão ampliada do conceito de reabilitação.

*“(...) por mais que o secretário queira resolver, não pode criar fisiatra da noite para o dia, é opção fazer a especialidade, então eu só tenho esses quatro fisiatras, e o fisiatra é o especialista chave da reabilitação física enquanto especialista medico...” (gerente do serviço 1).*

## Serviço 2

### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, o serviço dispõe de um consultório para clínica básica, três consultórios para clínica especializada e oito consultórios para atendimento de outros profissionais de saúde. Os equipamentos de reabilitação física cadastrados são aparelho de diatermia por ultrassom, aparelhos de diatermia por ondas curtas e aparelhos de eletroestimulação, porém o entrevistado garantiu que o serviço dispõe de todos os equipamentos necessários a um serviço de reabilitação física, o que pôde ser observado na visita.

O quadro de profissionais cadastrado é formado por fisioterapeutas, ortopedistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionista e médicos nas especialidades de Neurologia e Fisiatria. Além destes, foi obtida a informação de que o serviço dispõe ainda de pedagogos, arteterapeuta e musicoterapeuta, sendo estes últimos não contidos no CNES.

### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como centro de especialidade de esfera administrativa privada e gestão municipal, caracterizada como uma entidade beneficente sem fins lucrativos. Não existe informação disponível sobre existência de contrato de gestão e metas no CNES e nem foi possível obter esta informação durante a entrevista.

Quanto aos parâmetros de funcionamento, o entrevistado informou apenas a existência de um projeto de acessibilidade que tem o objetivo de atender as normas contidas na NBR 9050. Questionado sobre os parâmetros estabelecidos nas portarias relacionadas

aos portadores de deficiência física, informou não participar das discussões, que provavelmente devem acontecer somente em nível de diretoria.

*“(...) a gente fez um projeto de acessibilidade aqui do serviço (...) quanto às portarias, eu creio que essa parte deve ficar com o diretor, tem algumas decisões que vem de cima pra baixo, eu sou supervisora da área técnica, da reabilitação, (...) então ele deve ter lido, e caso tenha alguma coisa que precisa ajustar vem de lá pra cá... eu não participo dessas discussões.”* (gerente do serviço 2).

### c. Prestação de serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Dispensação de Órteses e Próteses, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação. Os serviços de apoio disponíveis são SPP, Serviço de Manutenção e Serviço Social. Destes, apenas não foi confirmada a existência do Serviço de Dispensação de Órteses e Próteses. O serviço 2, que atualmente atende exclusivamente ao SUS, dispõe de uma oficina ortopédica, porém as órteses e próteses fabricadas são vendidas pela unidade aos pacientes que necessitam.

*“(...) não há dispensação, o instituto vende para o paciente, mas a gente procura fazer um preço menor do mercado (...) se você for olhar o mesmo material, você não vai achar nenhum preço menor, mais de cinquenta por cento de diferença (...) não é nada exorbitante não (...) aqui a oficina é aberta, basta vir com a requisição...”* (gerente do serviço 2).

Na SESAB, já tinha sido obtida a informação de que o serviço possuía uma oficina própria, mas que não existia faturamento dos materiais produzidos no DATASUS.

De acordo com o entrevistado, o serviço atende pacientes adultos e pediátricos portadores de deficiências físicas causadas por lesões neurológicas e/ou ortopédicas e os profissionais inseridos na unidade trabalham em conjunto no processo de reabilitação física com o objetivo de reinserir o paciente portador de deficiência no seu ambiente social e laboral.

*“(...) o nosso objetivo é tratar o paciente tentando inserir ele de novo num contexto social, reabilitar para o trabalho, tem muitos casos que a gente já conseguiu fazer a pessoa voltar a trabalhar mesmo (...) a gente está com um paciente de AVC jovem, na fase produtiva, então a gente vai conseguir reinseri-lo no trabalho”* (gerente do serviço 2).

O gerente destacou que apesar de contar pedagogos na equipe, o serviço não presta assistência em reabilitação intelectual e a sua inserção tem o objetivo de dar suporte nas

tarefas escolares de crianças que possuem algum tipo de deficiência física que atrapalha o desempenho escolar.

*“(...) aqui é um serviço de reabilitação física (...) o pedagogo trabalha com o paciente infantil na oficina de aprendizagem, dá um suporte aos pacientes que tem essa deficiência física e que na escola não conseguem escrever e o professor acha que ele não é alfabetizado (...) os professores vem muito aqui para ver como acessar essas crianças...”* (gerente do serviço 2).

O fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada de acordo com o CNES, porém, a informação obtida no serviço foi de atendimento apenas à demanda espontânea. O paciente passa por uma triagem e o tratamento é iniciado após avaliação pela equipe multiprofissional.

Mesmo se tratando de um serviço de reabilitação física, o serviço não admite pacientes com determinadas patologias degenerativas ou progressivas e nesses casos os pacientes são informados de que não poderão ser acompanhados na instituição. Também não há encaminhamento formal para outra unidade que possa prestar a assistência necessária nessas situações, mas o paciente é orientado sobre locais que podem ser buscados.

*“... nos casos de algumas doenças degenerativas, doenças progressivas, o paciente é informado de que não vai poder continuar (...) quando é uma patologia que a gente não tem capacitação técnica suficiente pra atender, é melhor a gente passar adiante do que a gente fazer mal feito (...) a gente orienta quando sabe onde tem serviço (...) manda para as clínicas das faculdades (...) mas não é referência e contra referência”* (gerente do serviço 2).

Em relação ao quantitativo de pacientes atendidos no mês, o gerente informou, após consulta de um relatório de atendimentos, três mil e oitocentos pacientes atendidos. Transformando isso em dias, num serviço que funciona de segunda a sexta, são aproximadamente 172 pacientes atendidos diariamente. E apesar do elevado número de atendimentos, o entrevistado admitiu ainda uma demanda reprimida, devido ao fato de muitos pacientes buscarem o serviço e não receberem tratamento por falta de vagas.

*“(...) a gente realizou doze mil, cento e quarenta e sete atendimentos em julho, mais de doze mil atendimentos em um mês com a média de três mil, oitocentos pacientes atendidos... essa é a realidade daqui...”* (gerente do serviço 2).

O tempo de espera para início do tratamento pode chegar a sete meses, dependendo da necessidade do paciente, apesar da triagem ocorrer logo após a busca pelo serviço.

*“(...) de uma forma geral a triagem acontece na mesma semana. (...) o início do tratamento já demora um pouco (...) o paciente de neuro pode demorar de três a sete meses pra iniciar (...) tratamento de ortopedia é um pouco menos porque a rotatividade na ortopedia é maior (...) deve demorar uns dois meses”* (gerente do serviço 2).

As atividades realizadas pelo serviço são atendimento em grupo, orientação familiar, suporte psicológico para convívio social e familiar, treino para uso de órtese e prótese, cumprimento de protocolos assistenciais, capacitação dos profissionais, atendimento multiprofissional e acompanhamento pós-alta.

#### d. Problemas

O único problema relatado pelo entrevistado foi a escassez de outros serviços de reabilitação física na cidade, o que, em sua opinião, causa uma sobrecarga para a unidade e uma lista de espera com uma grande quantidade de pacientes.

*“(...) não estou defendendo o meu trabalho, mas eu acho que o problema maior é de saúde pública, não do serviço (...) a gente trabalha com mais de vinte fisioterapeutas, atende com hora marcada, tem todos os recursos, sala de reabilitação virtual, a gente tem tudo, mas como a gente tem poucos centros de referência, fica sobrecarregado, tem essa lista de espera que demora no mínimo dois meses pra entrar...” (gerente do serviço 2).*

Mais uma vez perguntado sobre possíveis dificuldades ou necessidades, não houve sequer um problema relatado do serviço.

*“(...) a gente tem toda uma organização (...) de uma forma geral a fundação que é nossa mantenedora dá toda condição pra gente... a gente está numa reforma agora (...) você vê que está tudo melhorando, sempre está tendo reforma, vai botar ar condicionado em toda reabilitação. Então de uma forma geral o que a gente precisa a Fundação dá, não falta nada pra gente...” (gerente do serviço 2).*

### Serviço 3

Em visita à unidade hospitalar, foi obtida a informação de que não existia um serviço de reabilitação física ali implantado e o setor de Recursos Humanos, que já havia feito análise do projeto de pesquisa, designou dois profissionais para responderem as questões do roteiro: o gerente do serviço de Fisioterapia e o técnico responsável pela oficina ortopédica. A partir daí, durante as entrevistas, muitas foram as divergências nas informações colhidas no que se referiu à infraestrutura, serviços oferecidos e atividades realizadas, quando considerados os dados do CNES.

*“(...) a gente não tem um serviço de reabilitação, não tem estrutura para reabilitação aqui (...) existe hoje a cirurgia reparadora no hospital, o serviço de Fisioterapia nesta sala e uma oficina ortopédica para onde a gente*

*encaminha alguns pacientes com sequela de pé, com lesão de pele, com anestesia do pé, para fazer as palmilhas e só...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

#### a. Infraestrutura

O serviço dispõe de vinte e quatro consultórios médicos para diversas especialidades e cinco consultórios para atendimento por outros profissionais de saúde cadastrados.

Não há cadastro de equipamentos de reabilitação física e o quadro de pessoal no CNES é composto por psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiros, nutricionistas e médicos nas especialidades de Cardiologia, Pediatria, Ortopedia, Clínica Geral, Psiquiatria, Angiologia, Dermatologia, Infectologia, Ginecologia, Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.

O serviço encontrado foi um ambulatório de Fisioterapia que presta assistência aos indivíduos com sequelas físicas, localizado numa sala de aproximadamente dez metros quadrados, que serve também para atuação do profissional de Terapia Ocupacional. Não existem equipamentos para reabilitação física.

*“(...) as pessoas confundem muito Fisioterapia com reabilitação. A reabilitação é quando você propõe uma atividade para habilitar o paciente a uma função que ele havia perdido. Então para este serviço funcionar como serviço de reabilitação, ele teria que estar integrado a uma oficina, ter um fonoaudiólogo, um psicólogo... outros profissionais trabalhando junto. Aqui não existe isso...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

O quadro real de profissionais é composto por dois fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional, cujas funções são pautadas apenas na orientação de prevenção de incapacidades dos pacientes, não havendo de fato intervenção, em decorrência da precária infraestrutura do serviço.

*“... hoje o serviço se transformou num serviço de referência em prevenção de incapacidade. Então a gente acompanha as cirurgias de descompressão que são feitas aqui, orienta o paciente e quando há necessidade de uma reabilitação por conta de uma paralisia, a gente não faz aqui, encaminha para qualquer serviço da cidade...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

Os demais profissionais cadastrados para o serviço pertencem quadro geral do hospital, mas não desempenham atividades de reabilitação junto aos pacientes que buscam o “serviço de reabilitação”. Assim, não podem ser considerados profissionais do serviço, pois não há um trabalho multidisciplinar desenvolvido.

*“(...) aqui a gente tem uma equipe fragmentada, ou seja, grupos (...) fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e a oficina. (...) não há equipe multidisciplinar atuando sobre o paciente. Cada um fica no seu setor, não tem um conjunto para discutir a realidade do paciente...”* (técnico responsável pela oficina ortopédica).

Além do ambulatório de Fisioterapia descrito, que serve também para atuação do terapeuta ocupacional, funciona, de forma isolada, uma oficina ortopédica, aberta ao público, com instalações físicas precárias, pouco investimento em equipamentos, basicamente fundamentada no trabalho artesanal de um técnico administrativo que atua com desvio de função como ortoprotesista, profissional entrevistado para obtenção de outras informações. A oficina faz dispensação de órteses e próteses, porém pacientes dificilmente buscam o serviço por conta de uma herança medieval de estigmatização e preconceito em relação aos pacientes atendidos na unidade, de acordo com o profissional entrevistado.

Quando informado sobre o fato do serviço estar cadastrado no CNES como serviço de reabilitação física, o coordenador de Fisioterapia fez uma crítica à fidedignidade dos dados apresentados no sistema de informações.

*“(...) pelo CNES, nós somos referência em varias coisas... uma vez perguntaram se a gente fazia drenagem linfática aqui porque estava cadastrado no CNES. (...) existe um faz de conta muito grande nestes sistemas, nesse nosso Estado, onde diz que as coisas acontecem, mas na verdade não acontecem, não existem. Essa é a nossa sala, somente, e a gente divide com a terapia ocupacional. É esse o serviço então?”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como ambulatório de especialidade, inserido num hospital especializado de esfera administrativa estadual e gestão estadual, com administração direta da saúde (MS, SES, SMS), que não possui contrato de gestão e metas.

No que se refere aos parâmetros de funcionamento, o entrevistado informou que o manual do MS de condutas para alterações neurotróficas e traumáticas e o manual de adaptação de palmilhas e calçados são os documentos norteadores do serviço.

Acrescentou que as portarias relacionadas aos portadores de deficiência física não são consultadas e nem são objeto de discussão na unidade.

### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Reabilitação, Serviço de Fisioterapia e Serviço de dispensação de órteses e próteses e materiais especiais. Os serviços de apoio são CME, Serviço de Nutrição, Serviço de Manutenção, SAME e Serviço Social.

O fluxo de clientela do serviço se dá por demanda espontânea e referenciada.

*“... os pacientes são atendidos no ambulatório mais próximo de sua casa e se tiver alguma sequela da doença, alguma incapacidade em curso, ele é encaminhado para avaliação com médico, aí passa pelo serviço de Fisioterapia para a gente fazer uma avaliação do quadro”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

O entrevistado informou não ter controle da quantidade de pacientes que buscam o serviço por mês, mas afirmou que diariamente são atendidos aproximadamente quinze pacientes provenientes da capital e do interior.

*“... se eu for fazer um cálculo dos pacientes que passam por mim, pela Fisioterapia, você pode ter uma média de quinze pacientes por dia... mas não tenho aqui este controle por mês...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

O tempo de espera para o primeiro atendimento em Fisioterapia não chega a uma semana, porém, como o paciente precisa passar pelo médico antes de ser encaminhado ao serviço, às vezes espera até trinta dias. É importante lembrar que esta espera não é para o tratamento propriamente dito, pois o paciente apenas recebe orientações neste serviço.

*“(...) o mais difícil é a consulta com o médico, que demora quase um mês (...) para a Fisioterapia o paciente consegue ser atendido na mesma semana...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

O serviço realiza orientação familiar, dispensação de órtese e prótese e encaminhamento para outros serviços da rede.

#### d. Problemas

Para o serviço de Fisioterapia, os problemas relatados foram a estrutura física insuficiente (espaço físico pequeno), a falta de equipamentos para atendimento e a localização geográfica do hospital.

De acordo com o gerente do serviço, o problema do espaço físico pequeno e a falta de equipamentos impede a implantação de um programa de intervenção aos pacientes que necessitam de assistência em Fisioterapia. Por este motivo é que atualmente só se trabalha com a prevenção de incapacidades com os pacientes.

*“(...) quando o paciente precisa da cirurgia, o nosso papel é trabalhar basicamente com a prevenção de incapacidades... tanto o fisioterapeuta como o terapeuta ocupacional fazem o mesmo trabalho, que é avaliação de incapacidade, encaminhamento, orientações...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

O problema da localização geográfica do hospital, que fica numa área periférica da cidade, de difícil acesso, prejudica a assiduidade do paciente e compromete o acompanhamento nos casos em que é preciso retornar à unidade para novas avaliações ou teste de próteses, por exemplo.

*“... quando os pacientes fazem uma cirurgia e tem que fazer pré-operatório, tem que fazer todo o acompanhamento, fica difícil porque o hospital é de difícil acesso...”* (gerente do serviço de Fisioterapia).

Para a oficina ortopédica, os problemas relatados foram ausência de investimento, desmotivação para o trabalho, falta de manutenção de equipamentos e número reduzido de profissionais.

Segundo o técnico responsável, não existe investimento para melhoria da estrutura, não são adquiridos novos equipamentos e as instalações são precárias, o que, para ele, está atrelado à falta de atenção por parte do estado.

*“... o estado não reconhece a oficina daqui, os recursos vão todos para outro local (...) se não fosse pela gente, essa oficina não existiria... você precisa entrar lá para vivenciar... quem conhece a estrutura é quem trabalha... é difícil...”* (técnico responsável pela oficina ortopédica).

O problema da desmotivação dos profissionais foi explicado pela falta de regulamentação da profissão de ortoprotésista até os dias de hoje, o que faz com que os técnicos administrativos atuem em desvio de função, acarretando em prejuízo financeiro e de identidade profissional.

*“(...) até hoje não existe regulamentação para a profissão de ortoprotesista. É possível que as atividades aqui sejam encerradas ou terceirizadas, pois eu não posso mais trabalhar fazendo prótese e receber como agente administrativo...”* (técnico responsável pela oficina ortopédica).

Quanto à falta de manutenção dos equipamentos, a explicação foi atribuída ao descaso por parte da diretoria do hospital, que não atende as solicitações feitas e não dispensa atenção para o executante das atividades, a pessoa mais indicada para explicar sobre os defeitos encontrados nos equipamentos, na opinião do entrevistado.

*“a gente explica o que precisa (...) o filtro do forno, por exemplo, é barato, mas não compram isso, consertam outra coisa... não estão nem aí para o que a pessoa fala, entra um e sai outro e nada diferente acontece (...) eles pedem manutenção para algo que não precisa, não dá para entender...”* (técnico responsável pela oficina ortopédica).

Para o número reduzido de profissionais, a explicação foi pautada na inexistência de outros técnicos na unidade com experiência para atuar na oficina ortopédica e também no fato da profissão do ortoprotesista não estar regulamentada, condição que seria necessária para realização de um concurso público.

Além dos aspectos investigados neste serviço, um fato importante sobre uma experiência de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)<sup>18</sup> em Salvador pôde ser conhecido durante as entrevistas e pareceu relevante registrá-lo.

De acordo com informações da SESAB, o cadastro de serviço de reabilitação física do serviço 3 no CNES pode ser explicado pela necessidade de faturar as órteses e próteses dispensadas pela unidade.

*“... é um hospital que tem uma oficina ortopédica (...) por conta disso tem cadastrados alguns procedimentos de concessão. Para faturar os procedimentos, é necessário que ele tenha esses serviços cadastrados... é por isso que ele tem serviço no CNES... deve ser... mas não é um serviço de reabilitação física na rede...”* (entrevistada na SESAB).

---

<sup>18</sup>Os entrevistados relataram uma iniciativa na área de reabilitação na Bahia em 1997, quando a Associação Handicap Internacional apoiou a construção da primeira oficina ortopédica para portadores de deficiência e ofereceu treinamento para uma equipe de funcionários que iria compor o Serviço de Reabilitação do referido hospital. Existiu um rico projeto, com implantação inclusive da RBC. Apesar da relevância e recurso internacional investido, um ano depois aproximadamente, os profissionais voltaram a trabalhar de forma fragmentada e o centro nunca se consolidou. Informações adicionais em documentos oficiais não foram encontradas, porém o relato foi confirmado pelo gerente do serviço 1.

## Serviço 4

### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, o serviço apresenta dois consultórios médicos para clínica especializada e 23 consultórios para atendimento por outros profissionais de saúde cadastrados e não possui equipamentos de reabilitação física disponíveis, informações confirmadas no momento da entrevista. O quadro de profissionais é formado por psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiro, psicopedagogo, técnicos em reabilitação e médicos, nas especialidades de Neurologia, Clínica Geral, Pediatria e Psiquiatria. Além destes, professor de educação física e pedagogo, sendo estas duas categorias não cadastradas no CNES. Na época da visita, o único fisioterapeuta do serviço encontrava-se afastado em função de licença gestação.

### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como clínica de especialidade de esfera administrativa privada e gestão municipal, caracterizada como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sem contrato de gestão e metas.

Quanto aos parâmetros de funcionamento do serviço, obteve-se a informação de que é seguido um plano de trabalho interno, com a definição de rotinas, produzido na própria unidade.

### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação. Os serviços de apoio disponíveis são Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME) e Serviço Social.

Apesar do cadastro de serviço de reabilitação física e das informações do CNES apresentadas sobre os serviços prestados pela instituição, o entrevistado afirmou que a unidade trata exclusivamente da assistência em reabilitação intelectual para pacientes com idade superior a doze anos, informação também obtida em entrevista realizada na SESAB. Assim, não há serviço de reabilitação física implantado no local.

*“... a gente aqui não trabalha com a deficiência física, mas exclusivamente com o deficiente intelectual. Os pacientes com deficiência física são encaminhados para outros locais, como o IBR, por exemplo”* (gerente do serviço 4).

O fluxo de clientela se dá por demanda espontânea; os pacientes apresentam a guia de solicitação e passam por uma triagem, sendo então encaminhados para os profissionais que compõem a equipe, responsáveis pela identificação das necessidades.

No que diz respeito à quantidade de pacientes atendidos por mês, o entrevistado não soube oferecer uma resposta exata, mas admitiu pelo menos trezentos pacientes matriculados e em tratamento.

*“(...) a parte pedagógica tem trezentos e tantos pacientes, que são fixos, toda semana atendidos... (...) os externos... eu não tenho esse cálculo, só mesmo o pessoal do faturamento...”* (gerente do serviço 4).

O tempo de espera para início do tratamento depende da necessidade do paciente e pode chegar a três meses.

O serviço realiza atendimento em grupo, orientação familiar, suporte psicológico para convívio social e familiar, atendimento multiprofissional, cumprimento de protocolos assistenciais, oferta de informações sobre direitos de pessoas portadoras de deficiências, encaminhamento para outros serviços e articulação com outros serviços da rede.

#### d. Problemas

Os problemas relatados foram recursos financeiros escassos, número reduzido de profissionais e estrutura física insuficiente para atendimento. E o gerente atribuiu os dois últimos problemas à falta de recursos.

*“(...) não tem o que fazer sem recursos... a gente poderia fazer muito mais se os recursos fossem suficientes para suprir a carência... atender melhor os pacientes. (...) sem dinheiro, não tem mais profissional e não tem como melhorar a estrutura aqui...”* (gerente do serviço 4).

A explicação para o problema da escassez de recursos foi a omissão do governo para as questões sociais e a ausência de prioridade para a assistência aos deficientes intelectuais.

*“... o governo esquece essas pessoas carentes, que acima de tudo, tem problemas (...) então o problema, é todo dele, do governo”* (gerente do serviço 4).

### Serviço 5

#### a. Infraestrutura

Não foi possível separar os dados relacionados apenas ao serviço de reabilitação física cadastrado no que diz respeito à infraestrutura, pois os números apresentados referiam-se ao hospital como um todo (31 consultórios de clínica especializada, 19 consultórios de clínica básica, 36 consultórios não médicos, 1 sala de curativo, 2 salas de enfermagem e 2 salas de gesso). Desta forma, foi apenas considerada a descrição da infraestrutura apresentada pelo gerente da unidade durante entrevista. O serviço corresponde a um serviço de Fisioterapia e apresenta uma sala para avaliação do paciente, doze boxes para atendimento e um ginásio de Fisioterapia. Os equipamentos cadastrados são aparelhos de diatermia por ultrassom e diatermia por ondas curtas e equipamentos de eletroestimulação. Além destes, foi informado que o serviço dispõe de aparelho de micro-ondas, laserterapia, biofeedback e acessórios necessários a um ginásio de Fisioterapia.

O quadro de profissionais é composto apenas por fisioterapeutas, apesar de constar no cadastro profissionais de todas as categorias de saúde, provavelmente caracterizando o quadro geral do hospital.

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como um ambulatório de especialidade inserido num hospital geral de esfera administrativa privada e gestão privada, caracterizado como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sem contrato de gestão e metas.

Quanto aos parâmetros de funcionamento, o entrevistado citou os protocolos operacionais e os registros de funcionamento, documentos produzidos na própria instituição.

*“A gente tem o que a gente chama de IT e PQ. IT são instruções técnicas, próprias da Fisioterapia e as PQ são... planejamento da qualidade... que são instruções de como você deve atender... eu preciso ter as rotinas escritas, por exemplo, o paciente chega, pra onde é que ele se encaminha, onde é que ele pega a ficha de atendimento dele (...) são chamados de 20 em 20 a cada hora...” (gerente do serviço 5).*

Apontou ainda que as portarias específicas do MS para os serviços de reabilitação são consultadas, mas que há uma adequação para o que é possível seguir no serviço, pois as exigências muitas vezes não podem ser fielmente cumpridas num serviço com um quantitativo tão grande de pacientes, uma equipe reduzida e uma infraestrutura limitada.

*“... as portarias são consultadas, mas a gente tem que adequar ao serviço... não dá para seguir... porque o que a portaria quer... é muito difícil seguir quando você tem 400 pacientes por dia, treze profissionais e essa estrutura aqui... infelizmente” (gerente do serviço 5).*

### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção à Saúde Auditiva, Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Dispensação de Órteses e Próteses, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação. Porém, apenas o Serviço de Fisioterapia foi identificado durante a entrevista. Não há serviço de dispensação de órteses e próteses no hospital e os demais serviços citados no cadastro não apresentam nenhuma relação com o serviço de reabilitação da unidade, que neste caso é o serviço de Fisioterapia. Os serviços de apoio disponíveis são CME, SPP, Serviço de manutenção e Serviço Social.

*“O serviço de reabilitação física daqui é apenas um serviço de Fisioterapia, que atende nas áreas de Fisioterapia em Ortopedia, Neurologia, Pneumologia, Pediatria e Uroginecologia, mas a gente tá sem profissional nesse momento para esta última especialidade” (gerente do serviço 5).*

O fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada, mas há uma reserva de vagas todos os meses para a prefeitura, segundo o gerente.

*(...) os pacientes chegam ao serviço espontaneamente, ou dos ambulatórios de lá ou de médicos externos e ainda por marcação da prefeitura... a gente manda normalmente pra prefeitura uma média de quanto vai ceder de vagas durante o mês (...) e ela marca em dias pré-estabelecidos (...) agora só uma ressalva, tem mês que a prefeitura não manda ninguém e as vagas ficam ociosas” (gerente do serviço 5).*

O entrevistado não soube informar exatamente quantos pacientes são atendidos por mês, mas afirmou que o serviço atende em média quatrocentos pacientes por dia.

*“Fielmente eu não tenho como dizer quantos pacientes buscam o serviço por mês, mas a gente sabe que são mais ou menos 400 pacientes por dia que são atendidos (...) e tem dia que a gente atende aquele que vem do interior na ambulância, e que a gente não manda voltar, então acaba atendendo 420, 430 pacientes no dia (...) e são treze fisioterapeutas para dar conta disso...”* (gerente do serviço 5).

O tempo de espera para o primeiro atendimento pode chegar a trinta dias, dependendo da necessidade do paciente quanto aos serviços oferecidos e frequência do tratamento.

*“... a gente abre uma pasta de marcação e já no meio do mês eu não tenho mais vaga para o outro mês... mas o paciente não espera muito não, 15 dias, 20 dias para conseguir a avaliação (...) o paciente garante a avaliação... mas precisa esperar para entrar na agenda do serviço... o máximo que eu já vi de marcação agendada foi para o mês seguinte...”* (gerente do serviço 5).

O serviço realiza treino para uso de órtese e prótese, encaminhamento para outros serviços e capacitação dos profissionais.

#### d. Problemas

Os problemas relatados foram infraestrutura limitada no que diz respeito aos equipamentos, quantidade elevada de pacientes, baixa remuneração dos profissionais, número reduzido de profissionais e pouca liberdade para organizar a agenda do serviço. No caso dos equipamentos limitados, foi apontada a dificuldade de aquisição de equipamentos mais caros, atribuída ao desinteresse da diretoria do hospital em investir no serviço de Fisioterapia.

*“... a gente conseguiu comprar um aparelho de nove mil reais, mas é só um... enfim, toda semana ele está quebrado... muita gente mexe, o uso é intenso, ele é usado o dia todo (...) a gente tem manutenção preventiva, uma vez por semana, mas o aparelho não dá conta sozinho... e não se consegue comprar outros (...) não há interesse em se gastar dinheiro com a Fisioterapia aqui...”* (gerente do serviço 5).

Na opinião do entrevistado, o serviço não se encontra entre as prioridades da unidade, pois outros setores são atendidos em relação às solicitações de melhoria de infraestrutura.

*“(...) a gente sabe que verba vem para algumas coisas, mas naquela história de não aumentar o custo, não se compra materiais que são necessários... a gente tem notícia de que outros equipamentos mais caros são comprados para outros setores...”* (gerente do serviço 5).

A explicação para a quantidade elevada de pacientes, na visão do gerente, é a baixa oferta de serviços de reabilitação na cidade de Salvador, o que dificulta a prestação de uma assistência de qualidade.

*“... o alto número de pacientes é uma coisa importante. Você não tem como dar uma assistência adequada, um atendimento ideal para aqueles pacientes em quinze minutos... são quatrocentos... você acaba de atender um e vem outro... são poucos serviços na cidade...”* (gerente do serviço 5).

O problema da baixa remuneração dos profissionais foi atribuído a uma “falta de vontade de fazer” da alta direção da unidade hospitalar. Para o entrevistado, os recursos recebidos pela Fisioterapia seriam suficientes para garantir uma melhor remuneração dos profissionais, mas os valores não foram revelados.

*“... quanto à remuneração, eu acho que eles não querem pagar mais (...). O argumento deles é que o hospital não tem verba. Mas a gente sabe que a Fisioterapia é autossuficiente, ela consegue se pagar e o salário poderia ser melhor...”* (gerente do serviço 5).

O problema do número reduzido de profissionais teve explicação semelhante às anteriores. As solicitações de aumento do quadro de profissionais são sempre negadas pela direção do hospital com a justificativa da necessidade de diminuir o custo, já que se trata de uma unidade filantrópica.

*“(...) com os profissionais é igual, a gente vai rodar no mesmo... eles (direção) dizem que aumenta o custo, aí vem mais encargo social e eles não podem aumentar custo...”* (gerente do serviço 5).

Por fim, a pouca liberdade para organizar a agenda foi um problema pelo fato da dificuldade do serviço em controlar a quantidade de pacientes em atendimento na unidade.

*“(...) a questão da marcação é todo um emaranhado. Se eu não tenho aquele número x de pacientes, eu não bato teto, mas eu fico dependendo da prefeitura. A prefeitura manda (paciente) quando quer, tem dia que manda vinte pacientes e tem dia que não manda nenhum. O ideal seria a gente não ter essa obrigação com a prefeitura e controlar sozinhos a agenda, mas essas vagas são uma exigência da prefeitura...”* (gerente do serviço 5).

## Serviço 6

Durante coleta de dados deste estabelecimento, observou-se, da mesma forma que no serviço 5, que a alimentação do sistema no CNES não separa os dados por serviço especializado existente dentro das unidades hospitalares, impossibilitando a coleta de algumas informações específicas do serviço ambulatorial de reabilitação física

cadastrado neste hospital, o que tornou confusa a descrição das características em alguns aspectos, como na quantidade de profissionais e equipamentos. Nesses casos, apenas os dados que se relacionavam com os serviços de reabilitação física foram considerados. Além disso, houve uma significativa discrepância nos dados contidos no CNES com as informações colhidas durante entrevista, principalmente no que diz respeito à infraestrutura do serviço.

#### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, o serviço apresenta cadastro de três consultórios médicos para clínica básica, três consultórios médicos para clínica especializada, treze consultórios para atendimento por outros profissionais de saúde e três leitos para reabilitação. Os equipamentos cadastrados monitor de ECG, reanimador pulmonar, respirador, eletrocardiógrafo, aparelho de diatermia por ultrassom, aparelho de diatermia por ondas curtas e fototerapia.

O quadro de profissionais cadastrado é formado por psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, médicos nas especialidades de Neurologia, Clínica Médica, e Cardiologia, enfermeiros e nutricionistas.

Porém, de acordo com o entrevistado, o serviço de reabilitação física cadastrado corresponde a um serviço de reabilitação exclusivamente cardíaca, que funciona numa única sala, possui uma esteira ergométrica, dois ciclo ergômetros, equipamento de avaliação respiratória, muscular e metabólica, aparelho de eletroestimulação, de ventilação não invasiva e para treinamento muscular respiratório. E a equipe é composta por apenas um cardiologista e dois fisioterapeutas, sendo que o profissional médico não é exclusivo do serviço, informações estas diferentes das registradas no CNES.

*“(...) o serviço de reabilitação cardíaca surgiu da demanda de pacientes cardiopatas que apresentavam limitações físicas impostas pela própria cardiopatia (...) nós temos um espaço que gira por volta de quarenta metros quadrados, com uma esteira ergométrica, dois ciclo ergômetros, maca pra avaliação do paciente, equipamento de avaliação respiratória, avaliação muscular e avaliação metabólica, aparelho de eletroestimulação, ventilação não invasiva e treinamento muscular respiratório através do treshold (...) nesse espaço, consegue-se se trabalhar com o fisioterapeuta, que traça um protocolo de tratamento, que vincula atividade física e alguns equipamentos, e como na reabilitação cardíaca é obrigatória a presença de um médico, então tem um cardiologista no setor de ergometria, que fica durante o*

*período da reabilitação (...) a nossa reabilitação é realizada por médico e fisioterapeuta.” (gerente do serviço 6).*

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como um ambulatório de especialidade inserido num hospital geral de esfera administrativa federal e gestão dupla, com administração direta da saúde (MS, SES, SMS), sem contrato de gestão e metas.

Os parâmetros de funcionamento seguidos se baseiam na diretriz de 2005, que define todos os parâmetros da reabilitação cardíaca da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

#### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção psicossocial, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação, porém somente foi encontrado o Serviço de Reabilitação Cardíaca. Os serviços de apoio são CME, SPP, Serviço Social e Serviço de manutenção de equipamento e o fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada.

Os pacientes portadores de algum tipo de deficiência física ao buscarem este serviço, são encaminhados para outras unidades, segundo o gerente. O mesmo acontece com os próprios pacientes da reabilitação cardíaca que desenvolvem algum quadro clínico que necessite de reabilitação física.

*“Alguns pacientes cardiopatas desenvolvem acidente vascular encefálico, mas de fato a reabilitação neurológica não é a filosofia aqui (...) quando acontece esse tipo de coisa, a gente pede para o paciente procurar as instituições de referencia.” (gerente do serviço 6).*

Em relação ao número de pacientes atendidos por mês, o entrevistado informou quarenta pacientes matriculados e em atendimento, e uma entrada de dez a quinze pacientes por mês, que permanecem até seis meses em tratamento.

*“Em media a gente tem um grupo de pacientes sendo atendidos, por volta de quarenta pacientes, e a rotatividade não pode ser tão grande porque esses pacientes ficam de três a seis meses sendo atendidos para que ganhem o condicionamento (...) em media a gente tem, a cada mês, entrada de dez a quinze pacientes...” (gerente do serviço 6).*

O tempo de espera para o primeiro atendimento é de no máximo uma semana. É o próprio fisioterapeuta que matricula o paciente, possibilitando um início mais rápido do acompanhamento.

*“(...) o paciente procura o serviço, chega com todos os exames mostrando que foi feita avaliação e o próprio fisioterapeuta vai com a guia e as informações do paciente para fazer a sua matrícula (...) o acompanhamento começa em uma semana (...) isso não é o comum (...) a gente sabe que em outras instituições, onde você diz: vai lá e faça, o paciente entra num buraco negro da burocracia e da falta de vontade que aí a coisa foge um pouco do normal...”* (gerente do serviço 6).

As atividades realizadas pelo serviço são capacitação de profissionais, cumprimento de protocolos assistenciais e encaminhamento de pacientes para outros serviços.

#### d. Problemas

Os problemas relatados foram estrutura física insuficiente (espaço físico), insuficiência de equipamentos, número reduzido de profissionais, falta de reconhecimento por parte dos cardiologistas dos resultados da reabilitação cardíaca e dificuldade de continuidade do tratamento para os pacientes do interior e da periferia.

O espaço insuficiente foi considerado um problema pelo fato de ter sido adaptado, pois não houve planejamento para o serviço em funcionamento atualmente.

*“... o hospital não foi criado inicialmente com estrutura para uma grande complexidade (...) não foi algo montado como o hospital do Subúrbio, planejado (...) hoje ele se configura como hospital de alta complexidade em cardiologia do SUS... e o serviço de reabilitação veio só depois, então teve que adaptar (...) o que a gente está buscando agora é ampliação desse espaço”* (gerente do serviço 6).

Quanto ao problema da insuficiência de equipamentos, foi apontada a dificuldade de aquisições para o serviço e o entrevistado revelou utilização de recursos próprios para suprimento de carências mais urgentes.

*“... é bom se falar que muitos dos equipamentos que a gente dispõe lá foram comprados com recurso próprio (...) a gente está fazendo um curso agora de reabilitação cardíaca e parte desse dinheiro vai ser revertido em equipamento de ventilação...”* (gerente do serviço 6).

Além disso, relatou a falta de critérios da SESAB para a compra de equipamentos para as unidades, de acordo com suas necessidades.

*“... a gente tem uma coisa que é muito ruim (...) não existe uma distribuição específica da SESAB (...) chega andador aqui, mas a gente não precisa de*

*andador, precisa de outro equipamento... não existe uma consulta prévia (...) não sei o que acontece...”*. (gerente do serviço 6).

Em relação ao número reduzido de profissionais, o gerente atribuiu à falta de reconhecimento dos resultados positivos da reabilitação cardíaca pelos cardiologistas. E ratificou a necessidade deste apoio, por acreditar na influência dos médicos para a melhora da infraestrutura do serviço.

*“(...) acho que contratação de pessoal é ainda um problema grave (...) o que de fato vem acontecendo é que ainda não se tem um reconhecimento muito claro de quanto à reabilitação cardíaca melhora os pacientes (...) o apoio dos cardiologistas que já tem em sua formação um olhar diferenciado para a importância da reabilitação cardíaca é importante para o serviço”* (gerente do serviço 6).

O problema da dificuldade de continuidade do tratamento para os pacientes do interior e da periferia foi explicado pela precária condição financeira dos pacientes e a localização geográfica do hospital. Em muitos casos, não é possível para o usuário custear o deslocamento para um local de difícil acesso por um longo período de tempo, como acontece na reabilitação cardíaca.

Por fim, o entrevistado chamou atenção para o fato deste serviço ser o único de reabilitação cardíaca do SUS na Bahia, iniciativa que garante a assistência a pequeno número de pacientes cardiopatas, quando considerados os altos índices de doenças do coração no estado na Bahia.

*“(...) esse é o único serviço de reabilitação cardíaca do Estado no SUS,... se a gente quantificar os pacientes com doença cardíaca no Estado ou mesmo em Salvador, vai se chegar ao número estratosférico... se a gente só está atendendo quarenta pacientes por mês, parece que existe uma demanda claramente reprimida...”* (gerente do serviço 6).

## Serviço 7

### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, apresenta cadastro de dois consultórios médicos para clínica especializada, um consultório médico para clínica indiferenciada e dez consultórios para atendimento por outros profissionais de saúde. Não existem equipamentos de reabilitação física cadastrados.

O quadro de profissionais é formado por psicólogos, fisioterapeuta, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicopedagogo e médicos, nas especialidades de Neurologia, Clínica Geral, Pediatria e Psiquiatria. Além destes, professor de educação física e pedagogo, sendo estas duas categorias não cadastradas no CNES.

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como ambulatório de especialidade de esfera administrativa privada e gestão municipal, caracterizada como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sem contrato de gestão e metas.

Quanto aos parâmetros de funcionamento, o entrevistado apontou a existência de um plano de trabalho interno da instituição, que estabelece as rotinas.

O entrevistado informou desconhecer o motivo do cadastro de serviço de reabilitação física apresentado no CNES e admitiu não possuir sequer estrutura para este tipo de assistência. Garantiu ainda que a renovação do convênio/contrato com o SUS estaria acontecendo e que já havia sido solicitada a exclusão deste cadastro, já que a informação do CNES não coincidia com as atividades realizadas pela unidade.

*(...) não sei porque o cadastro (...) a gente aqui não tem estrutura pra poder trabalhar com a parte motora, tanto que o edital que abriu agora, o novo convênio com o SUS, que a gente tem, a gente não colocou de jeito nenhum a portaria da deficiência física, só mental, intelectual” (gerente do serviço 7).*

#### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são de Atenção à Saúde Auditiva, Serviço de Atenção psicossocial, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação. Os serviços de apoio disponíveis são Serviço de Arquivamento Médico e Estatística (SAME) e Serviço Social.

Apesar das informações cadastradas no CNES, apenas foi confirmada a existência de um serviço de reabilitação intelectual para pacientes com idade entre quatro e onze

anos, informação esta também obtida em entrevista na SESAB. Não há serviço de reabilitação física implantado e nem os demais contidos no cadastro, de acordo com o gerente.

*“... a instituição trabalha, especificamente, com o deficiente intelectual (...) a gente trabalha com equipe multidisciplinar, com médicos clínicos, pediatras, neurologistas, psiquiatras, junto com a equipe técnica que são os psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, professores de educação física, pedagogos, psicopedagogos (...) reabilitamos o cognitivo desse pacientes...” (gerente do serviço 7).*

O entrevistado acrescentou ainda que nos casos onde um paciente com deficiência intelectual apresenta alguma necessidade de terapia física, o único fisioterapeuta do serviço realiza uma avaliação, porém faz o encaminhamento para uma unidade específica.

*“a gente não trabalha com a deficiência física. Lógico que aparecem alguns pacientes, que tem paralelo à deficiência mental, uma física, uma motora. É uma síndrome, uma sequela, um AVC... a Fisioterapia avalia, até trabalha juntamente com a fono na fala, mas não com a parte motora. (...) nesses casos a gente encaminha para outro lugar, tipo o IBR” (gerente do serviço 7).*

O fluxo de clientela do serviço se dá por demanda espontânea, os pacientes apresentam a guia de solicitação na recepção e passam por uma triagem com a assistente social, que identifica as necessidades e encaminha para os profissionais indicados na avaliação.

O entrevistado não soube informar quantos pacientes buscam o serviço por mês, mas admitiu que existem mais de trezentos pacientes em atendimento atualmente. Discorreu ainda sobre um elevado número de pacientes que busca o serviço e não consegue atendimento por falta de vagas.

*“Tem muita gente que não consegue, com certeza, tem agenda pra muito tempo... como todo serviço... no sistema único de saúde... infelizmente” (gerente do serviço 7).*

O tempo de espera para início do tratamento após a triagem pode chegar a três meses, dependendo da complexidade do caso, da quantidade de vagas disponíveis e da época do ano. A frequência de atendimento também depende do que o paciente precisa, pois a equipe multiprofissional é pequena, e varia de uma vez até todos os dias da semana. Os pacientes são atendidos em grupo para que seja possível atender um número maior de pessoas. O tratamento do paciente inclui todo o suporte pedagógico necessário, além do acompanhamento médico e de outros profissionais da equipe.

*“o paciente marca na recepção e a gente faz atendimento... tem os atendimentos ambulatoriais, que o paciente vem uma vez na semana, dependendo da demanda, pra qualquer um dos profissionais (...) e tem aqueles que ficam regularmente, segunda, quarta e sexta, às vezes terça e quinta, depende, todas as manhãs, todas as tardes, depende da necessidade dele (...) aqui a gente faz em grupo o atendimento, porque não tem como ser individual, pelo número, de pacientes” (gerente do serviço 7).*

O serviço realiza atendimento em grupo, orientação familiar, suporte psicológico para convívio social e familiar, atendimento multiprofissional, cumprimento de protocolos assistenciais, oferta de informações sobre direitos de pessoas portadoras de deficiências, encaminhamento para outros serviços e articulação com outros serviços da rede.

#### d. Problemas

Os problemas relatados foram recursos financeiros escassos, falta de capacitação profissional, número reduzido de profissionais e estrutura física insuficiente para atendimento. Quando solicitada uma possível explicação para os problemas citados, as respostas para três dos quatro problemas citados foram relacionadas com a escassez de recursos.

*“Primeiro recursos... não tem pra onde ir sem isso. Sem recurso a gente não tem uma melhor capacitação, não tem um melhor número de profissionais para a gente atender esses pacientes (...) a gente não tem como fazer uma reforma, pra poder aumentar o número de salas pra esses pacientes (...) então os recursos são os mesmos há 42 anos, os mesmos de hoje”. (gerente do serviço 7).*

E a explicação oferecida para o problema dos recursos financeiros escassos foi a omissão do governo para as questões sociais.

*“... é o olhar que não se tem do governo pra com o social (...) esquecem completamente do social, esquecem completamente dessas pessoas carentes, doentes...” (gerente do serviço 7).*

### Serviço 8

#### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, o serviço apresenta cadastro de trinta e sete consultórios de clínica indiferenciada, três salas de curativo, uma sala de Enfermagem, uma sala de

gesso e uma sala de repouso e 119 leitos de reabilitação. Os únicos equipamentos cadastrados para reabilitação física são aparelhos de diatermia por ultrassom, aparelho de diatermia por ondas curtas e aparelhos de eletroestimulação.

O quadro de profissionais cadastrado é composto por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistente social, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de reabilitação, técnicos de Ortopedia e médicos nas especialidades de Neurologia, Clínica Médica, Ortopedia e Fisiatria.

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como hospital especializado de esfera administrativa privada e gestão dupla, caracterizado como um serviço social autônomo, com contrato de gestão e metas, firmado em 1991 com a União Federal, que explicita os objetivos, as metas e os prazos a serem cumpridos. Os princípios administrativos para alcançar esses propósitos estão regulamentados em manuais internos. Apesar de prestar atendimento aos usuários do SUS, possui um sistema de regulação própria, de acordo com informação obtida na SESAB, o que diminui a chance de ingresso da parte da população, que desconhece a forma de acesso adotada pelo serviço.

#### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Traumatologia e Ortopedia e Serviço de Reabilitação. Os serviços de apoio são CME, SPP Serviço Social, Serviço de Ambulância. O fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada.

De acordo com as informações colhidas na página eletrônica institucional, o serviço é um hospital de reabilitação, que pertence a uma das maiores redes do mundo nesta área e é referência nacional no assunto. Presta assistência médica e de reabilitação em casos de patologias do aparelho locomotor e tem como instituição gestora a Associação das Pioneiras Sociais (APS), entidade de serviço social autônomo, de direito privado e sem

fins lucrativos. O caráter autônomo da gestão desse serviço público de saúde faz da Associação a primeira Instituição pública não estatal brasileira.

O hospital conta com um Centro de Pesquisas em Educação e Prevenção, que visa dar consecução a um dos objetivos do Contrato de Gestão, que é "exercer ação educacional na sociedade e prestar assessoria técnica ao Poder Público, visando prevenir a ocorrência das principais patologias atendidas na rede". O Centro de Pesquisas concentra suas atividades nas áreas de pesquisa e difusão científica; de formulação de propostas de políticas públicas em colaboração com órgãos governamentais; e de educação de estudantes dos níveis Fundamental e Médio.

Dados mais específicos relacionados à infraestrutura e prestação de serviços não puderam ser obtidos em virtude da recusa institucional em participar do estudo. De acordo com informação obtida em entrevista na SESAB, é um serviço de reabilitação que apresenta grande dificuldade de articulação, tanto com a secretaria como com outros serviços.

*“(...) existe grande dificuldade de aproximação com o serviço, inclusive o Ministério é ciente disso, porque o próprio serviço lá de Brasília... o próprio Ministério também tem essa mesma dificuldade (...) este serviço inclusive tem até oficina ortopédica, mas o acesso não é um acesso do SUS...” (técnico da SESAB).*

## Serviço 9

### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, tem cadastro de um consultório para clínica médica básica, três consultórios para clínica médica especializada, dezesseis consultórios para outros profissionais de saúde, uma sala de repouso e uma sala de enfermagem. Não dispõe de leitos e os únicos equipamentos cadastrados para reabilitação física se referem a dois aparelhos de eletroestimulação. O quadro de profissionais cadastrado é composto por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistente social e médicos nas especialidades de Neurologia e Clínica Médica.

### b. Organização e gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como centro de especialidade de esfera administrativa privada e gestão municipal, caracterizado como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sem contrato de gestão e metas.

### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados são Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Fisioterapia e Serviço de Reabilitação e os serviços de apoio são SAME, Serviço Social, Serviço de Manutenção e Serviço de Nutrição. O fluxo de clientela se dá por demanda referenciada.

Informações adicionais foram colhidas na página eletrônica da instituição. O serviço foi fundado em 2001 com o objetivo de oferecer atendimento especializado e gratuito para crianças com Paralisia Cerebral (PC) e suas famílias. O foco da assistência é a reabilitação intelectual, com o objetivo de atuar no processo de inclusão social e educacional da criança com PC, informação esta também obtida em entrevista na SESAB. O núcleo oferece atendimento em Neuropediatria, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Comunicação Alternativa, Assistência Social e Psiquiatria, sendo esta última especialidade não cadastrada no módulo do CNES. Ainda de acordo com informações da página institucional, existe um trabalho de suporte específico também para as famílias das crianças.

## Serviço 10

### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, apresenta cadastro de um consultório para clínica médica básica, três consultórios médicos para clínica especializada, um consultório de odontologia, dezoito consultórios para outros profissionais da saúde e uma sala de imunização. O serviço não dispõe de leitos. Os equipamentos cadastrados são próprios da assistência à saúde auditiva, como audiômetro, cabine acústica, emissões otoacústicas evocadas transientes, imitanciômetro multifrequencial, potencial evocado

auditivo e ainda equipamentos para assistência fisioterapêutica, tais como diatermia por ultrassom, diatermia por ondas curtas e aparelho de eletroestimulação.

O quadro de profissionais cadastrado é formado por psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicopedagogos, médicos nas especialidades de Neurologia, Genética, Ortopedia, Pediatria, Pneumologia, Fisiatria, Radiologia e Endocrinologia. Além destes, há enfermeiros, professores de alunos com deficiência mental, farmacêuticos, dentista e nutricionistas.

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como ambulatório de especialidade de esfera administrativa privada e gestão dupla, caracterizada como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sem contrato de gestão e metas.

#### c. Prestação de Serviços

De acordo com o CNES, os serviços especializados são de atenção à saúde auditiva, de atenção psicossocial, de Fisioterapia e de reabilitação (sem especificação no sistema de informação para o tipo de reabilitação oferecida). Os serviços de apoio disponíveis são Central de Material Esterilizado (CME), Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), Serviço Social e Serviço de Manutenção de equipamentos. O fluxo de clientela se dá por demanda referenciada.

Informações colhidas na página eletrônica institucional indicaram que o serviço tem a finalidade de prestar assistência integral às pessoas com deficiência intelectual, o que foi confirmado pelo técnico entrevistado na SESAB. Não foram encontrados dados sobre a existência de um serviço de reabilitação física, nem sobre os profissionais que atuam no desenvolvimento das atividades do estabelecimento.

Outra divergência foi encontrada na descrição dos serviços oferecidos entre o CNES e os dados da página eletrônica, que cita a existência de um Centro Médico, um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Diagnóstico e Pesquisa, um Núcleo de Pesquisa Científica e um Serviço de Fisioterapia. Ainda de acordo com as informações

da página, o serviço de Fisioterapia atende as demandas de [estimulação precoce](#), [Fisioterapia Ortopédica](#), [Fisioterapia Traumatológica e Reeducação Postural Global](#), [Fisioterapia Neurológica](#), [Fisioterapia Uroginecológica](#) e Escolas de Postura para [Crianças e Adolescentes](#) e para a [Terceira Idade](#).

### Serviço 11

#### a. Infraestrutura

Em relação à infraestrutura, o serviço dispõe de um consultório médico e onze consultórios para outros profissionais de saúde. Não dispõe de leitos e os únicos equipamentos cadastrados são diatermia por ultrassom, diatermia por ondas curtas, aparelho de eletroestimulação e forno de Bier, equipamentos próprios da assistência fisioterapêutica.

O quadro de profissionais cadastrado é formado por psicólogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistentes sociais, médicos nas especialidades de Ortopedia, Fisiatria e Psiquiatria, além de dois técnicos de reabilitação e dois atendentes de ambulatório.

#### b. Organização e Gestão

Trata-se de um serviço cadastrado como policlínica de esfera administrativa privada e gestão municipal, caracterizada como uma empresa privada, sem contrato de gestão e metas. De acordo com entrevistada da SESAB, é habilitado pelo MS como serviço de reabilitação intelectual.

#### c. Prestação de Serviços

Os serviços especializados cadastrados para a unidade são Serviço de Atenção Psicossocial, Serviço de Reabilitação (sem especificação no sistema de informação para o tipo de reabilitação oferecida) e Serviço de Fisioterapia. O único serviço de apoio disponível é o Serviço de Prontoúrio do Paciente (SPP) e o fluxo de clientela se dá por demanda espontânea e referenciada.

Não foram encontradas informações adicionais em outras fontes de dados.

### 5.3 Síntese da descrição dos serviços ambulatoriais de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia

Conforme as tabelas 2, 3 e 4, no que diz respeito aos elementos da organização e gestão estudados dos onze serviços investigados, quando considerado o tipo de unidade, têm-se um serviço caracterizado como policlínica, seis ambulatórios de especialidade (sendo que destes três estão inseridos em hospitais gerais ou especializados), dois centros de especialidade, um hospital especializado e uma clínica de especialidade. Oito serviços possuem esfera administrativa privada, dois são administrados pelo estado e um serviço possui administração federal. Em relação à natureza da organização, seis serviços correspondem à entidades beneficentes sem fins lucrativos, um tem natureza privada, um constitui um serviço social autônomo e três possuem administração direta da saúde. Quanto ao tipo de gestão, quatro serviços apresentam gestão municipal, três se caracterizam por gestão dupla, dois encontram-se sob gestão estadual, enquanto apenas um possui gestão privada. De todos os serviços, nove não possuem contrato de gestão e metas e um não apresentou informação disponível para a questão no CNES nem durante a entrevista.

Os serviços utilizam diferentes parâmetros para funcionamento, como planos internos de trabalho produzidos pela instituição, parâmetros estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, instruções técnicas e planejamento de qualidade elaborados no serviço, manuais de condutas para tratamento de pacientes com hanseníase e ainda projetos de acessibilidade. Somente um dos gerentes referiu que todas as atividades da sua unidade eram norteadas pelas portarias do MS que estabelecem as normas para o funcionamento dos serviços de reabilitação física, em especial a Portaria MS/GM nº 818, de 5 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001).

Em relação à infraestrutura, encontraram-se divergências entre muitas das informações colhidas no CNES e as obtidas com as entrevistas, relacionadas às instalações físicas, profissionais e equipamentos. Dos serviços visitados, apenas os serviços 1 e 2 atenderam à infraestrutura necessária para um serviço de reabilitação física. Os serviços

3, 4 e 7, apesar de cadastrados como serviços de reabilitação física, não dispõem de nenhum tipo de equipamento nas unidades para assistência aos pacientes. Observou-se uma situação de maior precariedade nos serviços 3 e 6, onde o espaço destinado à assistência aos pacientes é bastante reduzido, comprometendo uma atenção adequada. O serviço 6 conta com apenas uma sala para atendimento e o serviço 3, ainda mais comprometido, apresenta uma pequena sala para atendimento, desprovida de equipamentos de reabilitação. Quanto ao quadro de profissionais, os serviços 3, 5 e 6 apresentaram os principais déficits, porém foi evidenciado no serviço 5 o maior comprometimento, onde apenas profissionais fisioterapeutas prestam assistência em reabilitação.

No que concerne à prestação de serviços aos usuários, também existiram divergências de informações em relação aos serviços especializados oferecidos pela instituição. Em quase todos os casos, os serviços cadastrados não corresponderam à realidade apresentada. Foi principalmente nos serviços 3, 4, 5, 6 e 7 que as informações durante as entrevistas não confirmaram os dados contidos nos cadastros dos serviços. Quanto aos serviços de apoio disponíveis nas unidades, a maioria dos dados cadastrados foi confirmada. Em relação ao fluxo de clientela, cinco serviços foram caracterizados por demanda espontânea e referenciada, dois por demanda apenas referenciada, três serviços por demanda espontânea, enquanto apenas um apresentou regulação própria. Importante registrar a existência de uma reserva de vagas para a SMS no serviço 5, que regula pacientes com necessidade de reabilitação física para a unidade.

A informação sobre o quantitativo de pacientes atendidos mensalmente não foi precisa em nenhum dos serviços, pelo desconhecimento dos dados exatos por parte dos gerentes. E o tempo de espera para o primeiro atendimento nos serviços variou de uma semana a sete meses, dependendo do tipo de serviço e/ou necessidade do paciente.

No tocante às atividades realizadas, observou-se encaminhamento para outros serviços em seis estabelecimentos e atendimento em grupo e cumprimento dos protocolos assistenciais em cinco. Quatro serviços realizam orientação familiar, capacitação profissional, suporte psicológico pra convívio social e familiar e atendimento multiprofissional. Três fazem treino para uso de órteses e próteses, ofertam informações sobre direito das pessoas com deficiência e se articulam com outros serviços da rede.

Apenas dois dispensam órteses e próteses e fazem acompanhamento pós-alta. Um serviço realiza atendimento domiciliar e nenhum realiza transporte de pacientes.

Vale mais uma vez ressaltar que quantitativo de pacientes atendidos por mês, tempo de espera para primeiro atendimento, parâmetros de funcionamento e atividades realizadas pelo serviço só puderam ser investigados nos sete serviços onde as entrevistas puderam ser feitas.

Foram relatados problemas de infraestrutura, financiamento, gestão e de prestação de serviços. O número reduzido de profissionais para realização das atividades foi referido em cinco dos sete serviços visitados. Um dos gerentes citou a falta de especialistas em Fisiatria como um importante problema. Estrutura física e equipamentos insuficientes e falta de manutenção de equipamentos foram outros problemas de infraestrutura relatados (ver tabela 5).

Recurso financeiro escasso foi relatado como um problema em duas unidades. E ainda no que diz respeito aos problemas de financiamento, a forma de repasse do recurso em bloco foi apontada pela SESAB, pois em muitos casos os serviços de reabilitação física não são priorizados no momento dos investimentos (ver tabela 5).

Os problemas de gestão relatados foram baixa remuneração dos profissionais, pouca liberdade para organizar a agenda do serviço, ausência de investimentos na oficina ortopédica, escassez de serviços na cidade, ausência de funcionamento da rede de serviços de reabilitação no estado e descaso dos gestores das localidades onde não funcionam os serviços de reabilitação. O entrevistado da SESAB acrescentou problemas de gestão relacionados com a inexistência de referência e contra referência nas unidades e um número limitado de serviços de reabilitação (ver tabela 5).

A falta de capacitação profissional, dificuldade de continuidade do tratamento pelos pacientes em decorrência de localização geográfica do serviço, a quantidade elevada de pacientes, a desmotivação para o trabalho e ainda a falta de reconhecimento profissional também foram relatados. (ver tabela 5).

Tabela 5 - Problemas dos serviços ambulatoriais de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia.

Problemas	SERVIÇO 1	SERVIÇO 2	SERVIÇO 3	SERVIÇO 4	SERVIÇO 5	SERVIÇO 6	SERVIÇO 7	SESAB
Infraestrutura	Falta de especialistas em Fisiatria	----	Numero reduzido de profissionais (oficina ortopédica). Estrutura física insuficiente (espaço físico pequeno). Ausência de equipamentos (serviço de Fisioterapia). Falta de manutenção de equipamentos (oficina ortopédica)	Numero reduzido de profissionais. Estrutura física insuficiente	Numero reduzido de profissionais. Insuficiência de equipamentos	----	Numero reduzido de profissionais. Estrutura física insuficiente (instalações físicas)	----
Financiamento	----	----	----	Recursos financeiros escassos	----	----	Recursos financeiros escassos	Forma de repasse dos recursos.
Gestão	Ausência de funcionamento da rede de serviços de reabilitação. Descaso de gestores de locais onde os serviços de reabilitação não funcionam.	Escassez de serviços na cidade.	Ausência de investimento na oficina ortopédica.	----	Pouca liberdade para organizar a agenda do serviço. Baixa remuneração dos profissionais	Escassez de serviços na cidade.	----	Inexistência de referência e contra referência. Número limitado de serviços de reabilitação física no estado.
Prestação de serviços	----	----	Localização geográfica do hospital dificulta acesso. Desmotivação para o trabalho.	----	Quantidade elevada de pacientes.	----	Falta de capacitação profissional.	----

Fonte de evidência: entrevistas

#### 5.4 Situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS de Salvador, Bahia

A situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS de Salvador, Bahia foi marcada por insuficiência de unidades para atender à população; ausência de serviço de reabilitação física da rede própria municipal e de formalização contratual entre os serviços existentes e o poder público; infraestrutura insuficiente; falta de padronização dos parâmetros de funcionamento; inadequações na maioria dos aspectos da prestação de serviços analisados e ainda divergências importantes entre as informações apresentadas pelo CNES e a realidade dos serviços.

Vale salientar que dos onze serviços investigados, cadastrados no CNES como serviços de reabilitação física, apenas três puderam ser classificados como tal, quando analisadas as suas características e considerada a definição do MS para este tipo de estabelecimento. Nenhum destes pertenceu à rede própria de serviços de saúde do município. Os demais, apesar de cadastrados, corresponderam a serviços de reabilitação intelectual, serviço de reabilitação cardíaca e/ou serviços de Fisioterapia (ver tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização dos serviços de reabilitação física de Salvador, Bahia

<b>Serviço 1</b>	<b>Serviço 2</b>	<b>Serviço 3</b>	<b>Serviço 4</b>	<b>Serviço 5</b>	<b>Serviço 6</b>
Serviço de Reabilitação Física	Serviço de Reabilitação Física	Serviço de Fisioterapia	Serviço de reabilitação intelectual	Serviço de Fisioterapia	Serviço de reabilitação cardíaca
<b>Serviço 7</b>	<b>Serviço 8</b>	<b>Serviço 9</b>	<b>Serviço 10</b>	<b>Serviço 11</b>	-----
Serviço de reabilitação intelectual	Serviço de Reabilitação Física	Serviço de reabilitação intelectual	Serviço de reabilitação intelectual	Serviço de reabilitação intelectual	-----

Fonte: Entrevistas com gerentes /Entrevista na SESAB.

#### 5.5 Insuficiência de serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS em Salvador

A insuficiência de serviços ambulatoriais de reabilitação física evidenciada na cidade de Salvador foi uma realidade coincidente com localidades devárias outras partes do Brasil

e do mundo. De acordo com a OMS, muitos são os países onde estes serviços são escassos ou simplesmente não existem (OMS, 2011).

Na América Latina e no Caribe, programas públicos de reabilitação para pessoas com incapacidades foram incorporados na área da saúde, porém não são considerados prioritários. Assim, os poucos serviços existentes apresentam baixa qualidade e os objetivos da reabilitação raramente são cumpridos, tanto por dificuldade de financiamento como por uma difícil articulação com outros setores necessários à concretização de uma reabilitação integral (OPAS, 1996), o que apresenta semelhança com achados deste estudo, visto que na SESAB, o técnico entrevistado explicitou a preocupação com o repasse em bloco dos recursos financeiros para os serviços de média complexidade, afirmando que as unidades de reabilitação nem sempre conseguem cumprir as suas atividades, como a concessão de órteses e próteses, por exemplo, pois não são priorizados no momento da alocação dos recursos. Além disso, o relato da fraca articulação dos serviços de reabilitação com os demais da rede trouxe à tona um elemento dificultador no encaminhamento adequado do paciente aos serviços existentes, comprometendo assim o seu processo de reabilitação.

A escassez e insuficiência na rede SUS dos serviços de reabilitação também foram evidenciadas num estudo que analisou o sistema de saúde em cinco capitais brasileiras, onde em todos os locais analisados, os serviços corresponderam à área de maior fragilidade e déficit de oferta dentro do sistema. Foi mencionada a incompatibilidade entre a dimensão do problema da deficiência e a disponibilidade de serviços, o que apontou para uma necessidade de estruturação e consolidação do atendimento em reabilitação (MINAYO, 2007). Mesmo com a inexistência de um sistema de informações específicas das pessoas com deficiência física na cidade de Salvador, os relatos dos gerentes, sobre as listas de espera para atendimento nos serviços, foram suficientes para sugerir que uma grande quantidade de usuários não está tendo acesso à assistência em reabilitação, o que prejudica sua reinserção no meio social.

Outras situações indicaram que a falta de priorização na assistência em reabilitação verificada em Salvadoré, de fato, um problema nacional. No município do Rio de Janeiro, há apenas um estabelecimento especializado na área, enquanto outras unidades prestam assistência apenas em Fisioterapia. Em Manaus, o poder público municipal não desempenha atividades no eixo da reabilitação e a responsabilidade recai sobre o nível estadual (MINAYO, 2007). E nos municípios pernambucanos com mais de cem mil

habitantes, a assistência em reabilitação é a mais deficitária em todos os locais, alertando para uma necessidade urgente de reorganização das unidades (LIMA, 2012). Em consonância com estas informações, a Coordenação Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do MS afirmou que a situação da assistência em reabilitação física no Brasil é inadequada na maioria dos municípios brasileiros, caracterizados por insuficiência de unidades (LIMA, 2012).

O presente diagnóstico ainda trouxe achados semelhantes àqueles apresentados por Maia (2010) num estudo sobre a vida após o trauma de pacientes sobreviventes de traumatismo cranioencefálico (TCE), no que diz respeito ao quantitativo de serviços de reabilitação física na cidade. A autora também afirmou que no espaço urbano de Salvador, atendimentos públicos destinados às ações de reabilitação são realizados apenas por três instituições de saúde: Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, CEPRED e IBR (MAIA, 2010).

Os entrevistados reconheceram que a insuficiência de serviços de reabilitação física implica numa série de prejuízos à assistência, com comprometimento tanto na qualidade do atendimento, em virtude da grande quantidade de pacientes que necessitam ser atendidos nos poucos serviços existentes; como nos resultados do tratamento, devido ao longo tempo de espera para admissão nos estabelecimentos.

Mesmo não sendo possível contato com técnico da SMS para busca de explicação sobre a insuficiência de serviços, pôde-se verificar uma possível iniciativa para enfrentamento do problema no edital de chamamento público para credenciamento de pessoas jurídicas na área de saúde, na especialidade de Serviço de Reabilitação Física, Mental, Visual e Múltiplas Deficiências, a fim de atender a demanda do município de Salvador (SMS, Edital nº13/2012).

Para as unidades a serem credenciadas, as exigências, dentre outras, constavam de obediência às exigências da Portaria MS/GM nº 1034, de 05 de maio de 2010 <sup>18</sup>, RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 <sup>19</sup>, RDC ANVISA nº 306, de 07 de dezembro de 2004 <sup>20</sup> e demais legislações existentes aplicáveis. Além destas, que os serviços comprovassem inscrição no CNES, apresentassem declaração de equipamentos instalados nas unidades, relação do corpo clínico e declaração de quantitativo de procedimentos, elementos estes a serem conferidos durante vistoria técnica das unidades, para comprovação da veracidade das informações prestadas pelas instituições no processo de habilitação (EDITAL SMS nº13/2012).

Ao verificar a relação dos 16 serviços habilitados por este edital, publicada no Diário Oficial do Município de 31 de agosto de 2012 (anexo II), percebeu-se que seis deles se encontravam entre os serviços desta investigação (serviços 2, 4, 7, 9, 10 11), já caracterizados e novamente habilitados. Entre os demais, de acordo com informações disponíveis no CNES e em páginas eletrônicas institucionais, pôde-se caracterizar a Associação dos Aposentados e Pensionistas dos Institutos das Caixas de Previdência da Bahia como uma casa de repouso denominada Santa Clara; o Centro de Logopedia e Psicomotricidade da Bahia, o Instituto de Organização Neurológica da Bahia (ION) e o Centro Pestalozzi de Reabilitação como serviços de reabilitação mental e a Clínica de Fisiatria do Salvador (CLIFISA) como uma clínica de Fisiatria. A Clínica de Ginecologia e Obstetrícia LTDA (CLIGIOB), as clínicas de Fisioterapia “Fisioterapia Especializada” (FE) e a FISIOCLIN e o serviço de reabilitação visual Núcleo Médico Ocular também foram serviços habilitados neste chamamento. Por fim, a Clínica de Reabilitação Física e Mental (CLIFIR) apareceu como o único serviço habilitado que apresentava cadastro de serviço de reabilitação física no CNES. Levando em consideração esta relação, após exclusão dos serviços de reabilitação mental e visual, também considerados neste edital, cabem dois questionamentos: qual o entendimento da SMS em relação aos “serviços de reabilitação física”?

E segundo, de que forma está sendo feita a conferência das unidades, etapa expressa no edital para credenciamento, quando habilita serviços de Fisioterapia, Fisiatria e até Ginecologia num chamamento público para serviços de reabilitação física? Embora a assistência em Fisioterapia tenha o objetivo de prevenir e tratar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, através de mecanismos terapêuticos próprios (COFFITO, 1969) e a Fisiatria seja uma especialidade médica que também aborde as mais variadas alterações de função nos pacientes (SAAD, 2001), a reabilitação física é um processo muito mais amplo e envolve o trabalho de vários profissionais de saúde (UEMS, 2009) alocados em serviços especializados com estrutura própria, para estabelecimento de plano terapêutico a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com os impactos da deficiência sobre sua funcionalidade (BRASIL MS, 2012).

Do edital deste chamamento público, pareceu relevante registrar duas considerações. A exigência da obediência às portarias produzidas pelo MS com normativas direcionadas à pessoa com deficiência não foi citada de maneira específica, mesmo se tratando de um

processo de chamamento para a especialidade de Serviços de Reabilitação, o que sugere uma desarticulação entre as esferas administrativas federal, estadual e municipal no que diz respeito à implementação das ações contidas nos documentos produzidos. No mesmo ano em que o MS publica a Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL MS, 2012), destinada à instituição da rede de cuidados à pessoa com deficiência, e que a SESAB se ocupa da tradução e entendimento do documento, assumindo o compromisso da elaboração da matriz diagnóstica do Estado para posterior implantação das ações estabelecidas; esse fato parece passar despercebido na SMS durante a elaboração de um edital de chamamento público para serviços de reabilitação na cidade de Salvador.

A segunda consideração se refere à exigência da obediência da Portaria MS/GM nº 1034, de 05 de maio de 2010. Em consulta ao PMS 2010-2013 e à página eletrônica da SMS, descobriu-se um único serviço de Fisioterapia da rede própria municipal que presta atendimento em “reabilitação” - segundo descrição contida na página - o Centro de Atenção Especializada Carlos Gomes. Desta forma, pode-se inferir que as instituições privadas estão protagonizando, possivelmente com as instituições filantrópicas, a assistência em reabilitação física no município, apresentando assim uma participação na assistência à saúde que vai muito além do complementar, em total desacordo com os preceitos do SUS.

Se o poder público municipal em Salvador parece não desempenhar atividades de reabilitação física, levando em consideração que quase a totalidade dos serviços habilitados no citado chamamento público não são especializados, surge a indagação em relação ao tipo de assistência que a população portadora de deficiência física está sendo submetida, e se esta tem sido suficiente para devolver ao indivíduo as condições necessárias para a sua reinserção social e profissional.

---

<sup>18</sup> A Portaria MS/GM nº 1034, de 05 de maio de 2010 dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS (BRASIL MS, 2010).

<sup>19</sup> A RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (BRASIL, 2002).

<sup>20</sup> A RDC ANVISA nº 306, de 07 de dezembro de 2004 dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (BRASIL, 2004).

## 5.6 Ausência de serviços de reabilitação física da rede própria municipal

Nenhum serviço especializado de reabilitação física da rede própria municipal foi identificado em Salvador, quando consultado o CNES, o PMS 2010-2013 e a página eletrônica da SMS. E dos três serviços de reabilitação identificados por este estudo, apenas um encontrava-se sob gestão municipal, porém com esfera administrativa privada, revelando indícios de que a assistência em reabilitação física na cidade está submetida à prática da contratação de serviço pelo SUS.

O próprio PMS 2010-2013 abordou a necessidade da ampliação da rede municipal na atenção especializada, em substituição à prática da compra de serviços na rede privada (PMS 2010-2013). A ausência de serviços próprios no SUS e a contratação de serviços privados para assistência à população perpetua uma prática iniciada ainda nos anos 70, quando houve uma grande expansão da oferta e da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde, financiada pelo Estado (CONASS, 2011). Ao optar pela compra de serviços privados para expandir a assistência pública, assume-se uma consequência política do baixo desenvolvimento das capacidades estatais para a produção de serviços de saúde compatíveis com a trajetória de ampliação crescente na cobertura pública. E um efeito de *feedback* dessa opção é a crescente dependência do sistema de saúde do setor privado, o que tornará o setor público vulnerável às pressões privadas e minará a sua capacidade regulatória (MENICUCCI, 2011). Se a estratégia adotada pelo município de Salvador para a garantia da assistência em reabilitação física consiste na contratação de serviços privados em substituição a uma organização de uma rede própria, é possível que exista uma baixa capacidade de intervenção pelo Estado, com dificuldade de acompanhamento e avaliação dos serviços prestados, o que caracteriza uma redução de autonomia do SUS diante do “próprio SUS”.

Após vinte e três anos da criação do SUS, o desafio agora é escolher o caminho da assistência à saúde no Brasil contemporâneo diferente daquele que reproduz práticas mercantilistas e coloca o sistema numa posição de refém da iniciativa privada. O entendimento deste desenho da oferta de serviços em Salvador como um problema e a percepção do peso deste problema para o oponente, neste caso, o sistema privado, é o primeiro passo para a criação da possibilidade e da oportunidade de enfrentá-lo, com êxito (MATUS, 1993, p. 305). E a partir daí, adotar os comportamentos necessários para o alcance dos objetivos que o pensamento formula (TESTA, 1995).

## 5.7 Divergências entre as informações do CNES e a realidade dos serviços investigados

Muitas foram as divergências encontradas entre as informações contidas no CNES e a realidade dos serviços selecionados neste estudo, o que demonstrou uma fragilidade do cadastro tanto em relação à sua principal função, a de propiciar o conhecimento da rede assistencial em saúde (CONASS, 2011); como no cumprimento de todas as etapas citadas do processo de cadastramento das unidades (CONASS, 2011), principalmente no que diz respeito à verificação *in loco* pelo gestor.

Apenas três serviços investigados apresentaram cadastro compatível com a sua especialidade e os módulos de informação disponíveis para cada serviço trouxeram informações referentes à infraestrutura e prestação de serviços que não foram confirmadas nas visitas aos locais em praticamente todas as unidades. Além disso, houve dificuldade em manusear dados dos serviços de reabilitação física inseridos em unidades hospitalares, devido ao fato do cadastro organizar apenas os dados gerais dos estabelecimentos, não trazendo a separação das informações por serviço, o que tornou problemática a análise das categorias selecionadas.

Assim, neste estudo, o CNES não atingiu o seu objetivo de ordem informacional sobre os estabelecimentos e não traduziu a real oferta de assistência em reabilitação física na cidade de Salvador. É possível que estas divergências alcancem também outros dados disponíveis no cadastro, apesar de não terem sido encontrados estudos que pudessem trazer informações para comparação com os achados encontrados no presente diagnóstico.

No CNES, os serviços de reabilitação estão alocados por especificidade da deficiência - física, auditiva, visual, intelectual, múltiplas deficiências - o que deveria ajudar a diminuir as divergências de informação, porém, durante análise, percebeu-se que os serviços investigados estão cadastrados em mais de uma especialidade, sem que na prática também, desempenhem todas as atividades informadas, fato confirmado durante as visitas (ver tabela 7). Tal situação parece demonstrar importante falha na etapa de inclusão dos dados dos estabelecimentos no sistema de informação, atividade sob responsabilidade do gestor.

Tabela 7 - Cadastros dos serviços de reabilitação investigados

	<b>Cadastros no CNES</b>		<b>Cadastros no CNES</b>
<b>Serviço 1</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual	<b>Serviço 7</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências
<b>Serviço 2</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia	<b>Serviço 8</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências
<b>Serviço 3</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia	<b>Serviço 9</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências
<b>Serviço 4</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências	<b>Serviço 10</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências
<b>Serviço 5</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia	<b>Serviço 11</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia Serviço de Reabilitação Intelectual Serviço de Reabilitação para Múltiplas Deficiências
<b>Serviço 6</b>	Serviço de Reabilitação Física Serviço de Fisioterapia	-----	-----

Fonte: CNES.

Entretanto, mais preocupante do que o fato das informações divergentes evidenciadas no CNES terem dificultado a realização deste diagnóstico, foi a possibilidade de sua utilização para fins ilegítimos. De acordo com entrevistado na SESAB, um serviço pode ser cadastrado no CNES apenas para conseguir faturar procedimentos realizados.

*“(...) essa questão do CNES é assim... eu já havia verificado isso, existe certa distorção em relação ao que de fato é serviço, e o que está no sistema (...) o sistema (CNES) atrela para o faturamento, às vezes se cadastra como serviço por conta desse procedimento que eles têm que faturar...”* (entrevistado na SESAB).

O relato acima apresenta indícios de irregularidade na utilização do cadastro, que possui, dentre outras funções, o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de

serviços (CONASS, 2011). Como um serviço que não existe na prática pode gerar faturamento de procedimentos?

### 5.8 Infraestrutura dos serviços de reabilitação física

Todos os serviços visitados apresentaram inadequação da infraestrutura, no que tange às instalações físicas, equipamentos e quadro de profissionais para desenvolvimento das atividades. Espaço físico impróprio para atendimento; ausência e/ou escassez de equipamentos de reabilitação nas unidades; insuficiência de profissionais e inexistência de equipe multiprofissional foram algumas das situações evidenciadas nos serviços investigados, remetendo à insuficiência histórica de infraestrutura de serviços públicos de saúde na cidade de Salvador (TEIXEIRA, 2010).

Em outros locais do país a situação parece se repetir quando analisada a infraestrutura dos serviços de reabilitação física. No Rio de Janeiro existe a necessidade de ampliação dos serviços e de contratação de novos profissionais para a rede pública; em Curitiba, a realidade também é marcada por insuficiência de profissionais e de serviços, e na região do Distrito Federal, gestores de saúde relataram preocupação com a falta de profissionais para o atendimento em reabilitação (MINAYO, 2007). Segundo Deslandes (2006), os serviços de reabilitação física no Brasil nem sempre contam com equipes multidisciplinares e existe uma precária manutenção dos equipamentos. A falta de materiais até mesmo de baixo custo (como bolas, por exemplo) e de órteses e próteses também constituem falhas importantes de infraestrutura que prejudicam a assistência (DESLANDES, 2006). Para Rocha (2011) é necessário garantir acessibilidade física e assegurar salas suficientes e adequadas para atendimentos individuais e grupais, salas de recepção e espaços de circulação (ROCHA et al, 2011). Os estudos indicam desafios operacionais significativos no tocante à infraestrutura dos serviços de reabilitação física do país, ao identificar lacunas que comprometem a integralidade da atenção à saúde.

De acordo com Paim (2011), quando considerados os problemas de infraestrutura das unidades no sistema de saúde brasileiro, de maneira geral, verifica-se uma distribuição desigual de instalações, equipamentos e do pessoal de saúde, com expressivos vazios assistenciais, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Para o autor, estes problemas enfrentam obstáculos que são políticos, dentre os quais cabe destacar a assimetria nas

relações de poder, até mesmo entre Entes Federativos (CONSENSUS, 2011), o que está intimamente relacionado com o processo de tomada de decisões em políticas públicas. No caso da saúde, os tipos principais de poder<sup>21</sup> com os quais se lida - técnico, administrativo e político - tem suas implicações e determinações no manejo de um determinado setor (TESTA, 1992) no sentido dos propósitos que se busca para uma situação identificada (TESTA, 1992). Assim, é possível entender que, para o alcance da adequação de infraestrutura dos serviços investigados, faz-se necessário uma compreensão aprofundada das relações que se estabelecem entre as instituições envolvidas na solução do problema e também dos interesses que permeiam essas relações.

Ao mesmo tempo em que problemas de infraestrutura foram verificados na maioria dos serviços deste estudo, enumerados nos planos de saúde analisados e nos estudos acima citados, fato contraditório foi evidenciado no serviço 2, onde o entrevistado não relatou sequer um problema de infraestrutura no serviço, o que gerou estranhamento, diante das dificuldades conhecidas de operacionalizar o SUS. Nesta unidade, a entrevista estava sendo gravada também pelo gerente, a pedido de sua diretoria, e pôde-se perceber grande preocupação em enaltecer a instituição descrita. O entrevistado foi também orientado a não prestar informações relacionadas aos recursos institucionais, ou “números” de maneira geral, o que foi anunciado logo no início do encontro. Por um lado, percebeu-se a mais clara expressão do poder político do diretor institucional, pela sua capacidade de manipular as informações desejadas pelo pesquisador (TESTA, 1992) e por outro, estiveram em jogo as questões da transparência e opacidade, mais especificamente a opacidade, visto que o comportamento do diretor foi caracterizado pela reserva (de informação) que se faz necessária frente aos interesses contrários. Parece ter sido adotada a estratégia traduzida pelo autor: “*na nossa sociedade, quem deixa ver seu jogo, perde*” (TESTA, 1995).

---

<sup>21</sup> Poder técnico é a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes. Poder administrativo é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses. (TESTA, 1992, pg.118, 119).

### 5.9 Organização e gestão dos serviços de reabilitação física

- Planejamento de ações para os serviços de reabilitação física da cidade de Salvador, Bahia.

Com a falta de acesso às informações sobre planejamento na SMS e também ao relatório de gestão da cidade, o que significou um prejuízo para o estudo, a análise deste tópico foi baseada apenas em informações do PMS 2010-2013 e PES 2007-2012.

Entretanto, se o planejamento é entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010), acredita-se numa fragilidade do processo de organização da assistência em reabilitação física na SMS, em virtude do reduzido número de serviços identificados e das falhas apontadas por esta investigação, ainda que a institucionalização do processo de planejamento tenha sido definida na linha de ação 7 do último Plano Municipal de Saúde (PMS 2010-2013).

O planejamento constitui uma importante ferramenta da administração pública e é capaz de evitar muitos dos imprevistos da gestão. Sem ele, parece não existir possibilidade de conhecer os problemas de estado de saúde da população e/ou problemas do sistema de saúde como um todo. Segundo Paim (2006), no caso da saúde, o planejamento é essencial quando se considera que as ações envolvem a vida de milhões de pessoas, e podem resultar em doenças, incapacidades e mortes (PAIM, 2006). Pode-se inferir que estas incapacidades, por se relacionarem intimamente com a deficiência física e também com o objeto deste estudo, podem ser minimizadas e até evitadas com um adequado planejamento de serviços de reabilitação física, que considere as reais necessidades da população. Ao descrever as redes de atenção para pessoas com deficiência na Bahia, Kielmann et al, 2011, apontaram para a necessidade do planejamento enquanto instrumento de gestão, bem como as ações de avaliação, controle, regulação e auditoria (KIELMANN et al, 2011). A prática do planejamento significa identificar problemas e os meios de superá-los. Isso eleva a consciência sanitária das pessoas e ajuda a mobilizar vontades no sentido de propósitos claros e explícitos dentro de uma instituição (PAIM, 2006).

### PES 2007-2012.

Durante análise do PES 2007-2012, buscaram-se os problemas de saúde da macrorregião Leste, onde se localiza a microrregião de Salvador, e foram extraídos e comentados apenas aqueles que pudessem se relacionar com o objeto do estudo, pois de maneira específica, os serviços de reabilitação física não foram tratados em nenhum item deste documento.

Dentre os problemas de estado de saúde da população priorizados no PES 2007-2012, estiveram presentes as doenças crônico-degenerativas e o elevado índice de morbimortalidade por causas externas, o que foi considerado relevante comentar, em função de sua relação com a necessidade de reabilitação física dos indivíduos acometidos. Em relação aos problemas do sistema de saúde, foram citados a baixa capacidade instalada de serviços de média e alta complexidade e os problemas de infraestrutura e de organização do sistema, como a não conformação das redes e uma incipiente regulação da assistência à saúde, todos estes coincidentes com os problemas dos serviços de reabilitação física de Salvador apontados pelos entrevistados na realização deste diagnóstico.

Na matriz estratégica do PES 2007-2012, o macro objetivo explicitado foi o de garantir ao cidadão acesso universal, integral, humanizado e de qualidade a ações e serviços públicos de saúde, territorialmente articulados de forma igualitária, com enfoque sobre necessidades, riscos, determinantes sociais e condições de vida. Das sete linhas de ação definidas, destacaram-se a linha I, da “Gestão democrática, solidária e efetiva do SUS”, principalmente em seu compromisso 3, de regulação, controle e avaliação do acesso aos serviços de saúde do SUS. A linha IV, da “Atenção à saúde com equidade e integralidade”, foi a que mais trouxe informações de interesse para esta investigação e dentre os compromissos assumidos, foi citada a necessidade de organização da atenção especializada regionalizada, resolutiva e qualificada, com base nas linhas de cuidado e considerando as necessidades de saúde da população (compromisso 7); e também da atenção integral à saúde das populações de maior vulnerabilidade social, com implantação da política à pessoa com deficiência (compromisso 8).

Considerou-se importante ainda registrar uma das metas estabelecidas pela linha de ação IV do PES 2007-2012, de atingir 100% dos municípios com ações de saúde para as pessoas com deficiência, pelo seu componente ousado, se considerado os achados deste

estudo relacionados com a insuficiência de serviços e ausência de funcionamento da rede estadual de atenção para esta população. Por fim, a linha de ação V, da “Infraestrutura da gestão e dos serviços de saúde do SUS”, assumiu o compromisso da expansão e melhoria da infraestrutura administrativa e dos serviços de saúde do SUS-BA, o que, parece não ter atingido os serviços de reabilitação física de Salvador dentro do prazo estabelecido para o PES 2007-2012.

### PMS 2010-2013

Do PMS 2010-2013, foram consideradas relevantes as informações contidas no quinto capítulo do documento, por tratar dos problemas dos serviços de saúde. Mais uma vez, os serviços de reabilitação física não foram tratados em nenhum item específico e as informações relacionadas com este tipo de serviço encontraram-se dispersas, na definição de metas para outras questões, como a atenção aos idosos, trabalhadores e/ou portadores de deficiências.

Insuficiente manutenção de equipamentos, estrutura de saúde, quadro de servidores e gerentes, e ainda tecnologia de informática foram considerados problemas de infraestrutura dos serviços. Na gestão, foram citados a baixa qualidade dos sistemas de informação, ausência de formulação de políticas locais e de critérios técnicos e epidemiológicos para distribuição espacial da rede, precarização dos vínculos e condições de trabalho e baixa remuneração. A má distribuição dos recursos humanos, incipiente articulação intersetorial e baixa oferta de serviços foram os principais problemas de organização. E verificou-se uma crítica ao modelo de atenção adotado, por não contemplar a integralidade do cuidado e desvincular a oferta dos serviços dos dados epidemiológicos da população, não atendendo de forma resolutiva as necessidades da saúde da população (PMS 2010-2013).

Muitos dos problemas dos serviços de saúde evidenciados no PMS 2010-2013 apresentaram semelhança com aqueles apontados por este diagnóstico para os serviços de reabilitação física. No sistema de saúde, os problemas enfrentados pelos serviços de maneira geral parecem se repetir, como afirmado no próprio PMS 2010-2013: *“quase todos os problemas dos serviços de saúde se repetiram em relação ao PMS anterior (PMS 2006-2009)”*. A insuficiência dos serviços de saúde na rede própria, a falta de processos de referência e contra referência e a dificuldade de acesso aos serviços

especializados foram também apontados pelo PMS 2010-2013 e mais uma vez houve coincidência com os achados deste estudo.

Nos módulos operacionais do plano, alguns objetivos foram destacados pela aproximação com o objeto estudado. O módulo 1 - Capacidade de Gestão do SUS Municipal - abordou a necessidade de reorganizar da rede de serviços de saúde em cada DS de acordo com o modelo de atenção e de organização de serviços definidos e de implementar um sistema de regulação, controle e avaliação municipal (PMS 2010-2013). O módulo II – Promoção e Vigilância a Saúde – citou a necessidade de desenvolvimento de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação para tratar da saúde do trabalhador entre as suas linhas de ação (PMS 2010-2013). No módulo IV - Atenção à média e alta complexidade – definiu-se o objetivo de reorganizar as ações e serviços de média e alta complexidade nos setores públicos e contratados de forma regionalizada, hierarquizada e articulada com atenção básica. (PMS 2010-2013). Apesar de não existir uma política específica de reabilitação na cidade de Salvador que justifique a formulação de planos de ação e objetivos diretivos no PMS, as informações trazidas pelos módulos operacionais destacados, caso implementados, parecem atender às necessidades identificadas para os serviços de reabilitação física.

Planos estaduais e municipais de saúde são de extrema relevância por conseguirem reunir os problemas a serem priorizados e as estratégias, ou seja, o estabelecimento de condições que permitam alcançar os objetivos propostos (TESTA, 1995). Porém, partindo dos planos elaborados para a saúde, o desafio maior parece estar na implantação das linhas de ação estabelecidas, o que requer um conjunto de comportamentos organizacionais no sentido do manejo da situação identificada (TESTA, 1995). Os fins já encontram-se estabelecidos. O desafio é buscar os meios, e isso certamente se apóia nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2006).

- Parâmetros de funcionamento para os serviços de reabilitação

Não existiu nos serviços do estudo uma regularidade quanto aos parâmetros de funcionamento obedecidos e dos três serviços de reabilitação física identificados, somente um referiu ter todas as suas atividades norteadas pela Portaria MS/GM nº 818, de 05 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001).

A normatização das ações de saúde destinadas às pessoas com deficiência no Brasil - o que inclui a organização e os parâmetros de funcionamento dos serviços - consta de um esforço do MS iniciado ainda na década de 90, onde vale destacar o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria MS/GM 827/91, que teve como objetivo promover a redução da incidência da deficiência no país e garantir atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS (BRASIL, 2006; KIELMANN, 2011). Com este programa, outros documentos foram produzidos, com o propósito de legitimar atividades específicas para os portadores de deficiências, sempre buscando maximizar a capacidade funcional e o desempenho humano, de modo a contribuir para a inclusão plena dos indivíduos em todas as esferas da vida social (KIELMANN, 2011).

Mas foi a Portaria MS/GM n ° 818, de 05 de junho de 2001, o primeiro documento a considerar a necessidade de organizar a rede de assistência à saúde a pessoa portadora de deficiência, trazendo em seu texto o entendimento da importância do processo de reabilitação clínico funcional para esta população, através da implantação de serviços especializados nos vários níveis de complexidade, com equipe multiprofissional e multidisciplinar e utilização de técnicas terapêuticas específicas. A partir daí, estariam proporcionadas as condições para garantir a melhoria das condições de vida, integração social, ampliação das potencialidades laborais e independência nas atividades de vida diária dos portadores de deficiência física no Brasil (BRASIL MS, 2001). Esta foi a proposta mais concreta já conhecida no país em relação à assistência à pessoa com deficiência física (KIELMANN, 2011), e por este motivo foi o documento utilizado como referência neste estudo.

É necessário ressaltar que a citada portaria foi utilizada mesmo tendo sido revogada, em virtudes de mudanças ocorridas no âmbito das políticas públicas para a pessoa com deficiência no setor saúde no ano de 2012, período de andamento deste estudo. Foi publicada então a Portaria MS/GM n° 793, de 24 de abril de 2012, a fim de instituir a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS, porém, de acordo com informações da SESAB, ainda não houve implantação das ações propostas pela recente norma.

- Contrato de gestão e metas

Dos nove serviços investigados que não possuíam contrato de gestão e metas - único tipo de contrato com informação disponibilizada no CNES - oito serviços apresentavam esfera administrativa privada. A contratação significa um acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação. Na saúde, a formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelecidos direitos e deveres das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, define mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços (CONASS, 2011). Na elaboração de um contrato de gestão, a especificação do programa de trabalho proposto e a estipulação de metas e prazos de execução devem ser observadas (CONASS, 2011), o que faz com que o processo de contratualização apresente uma formalidade no sentido de assegurar que os cidadãos tenham acesso a uma assistência à saúde de qualidade.

A inexistência do contrato de gestão e metas em quase todos os serviços investigados fere os princípios do direito administrativo (CONASS, 2011) e evidencia a ausência de mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação dos serviços por parte do gestor. Como então legitimar a relação entre as partes e garantir que estão sendo atendidas as necessidades em reabilitação física em Salvador diante de uma situação desordenada e sem acompanhamento? Cabe nesta discussão a afirmação de Paim, 2012: *“o SUS, a meu ver, está sob ameaça. Eu digo que vivemos o pior dos mundos porque temos um setor público subfinanciado e um setor privado subregulado”* (LUTA MÉDICA, 2012).

#### 5.10 Prestação de serviços

- Serviços especializados e serviços de apoio

A prestação de serviços foi considerada satisfatória nos aspectos que envolveram os serviços especializados oferecidos e os serviços de apoio existentes em apenas dois serviços, onde as unidades obedeceram às especificações contidas na Portaria MS/GM nº 818, de 05 de junho de 2001 (BRASIL MS, 2001). (ver quadro II).

- Tempo de espera para o primeiro atendimento

O tempo de espera para o primeiro atendimento foi considerado um fator problemático nos serviços investigados, pelo fato de causar impacto nos resultados do tratamento de um paciente que necessita de reabilitação física, como afirmado no relato de um dos entrevistados:

*“(...) se o paciente está numa fase inicial de uma seqüela que poderia ter atendimento precoce e ser resolutivo, ele vai ficar parado talvez aí um tempo e perder esses benefícios da fase inicial”.*

Pôde-se evidenciar a existência de lista de espera tanto para o atendimento em reabilitação como para o recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, realidade coincidente com o município do Rio de Janeiro (MINAYO, 2007).

A falta de acesso à reabilitação ou a demora em iniciar o tratamento pode reduzir o nível de independência e de qualidade de vida dos pacientes e a intervenção precoce possibilita a melhoria dos resultados finais ou até mesmo a garantia de uma recuperação total. (WADE, 2003, TURNER, 2005). Autores afirmam que quando o processo de reabilitação se inicia precocemente, apenas a minoria dos pacientes necessitarão manter-se institucionalizados na fase crônica e que o início da reabilitação precoce é fator determinante para melhora funcional a longo prazo e para a prevenção de seqüelas nos indivíduos (DOBKIN, 2003; MUSICCO, 2003).

- Quantidade de pacientes atendidos por mês

A quantidade de pacientes atendidos por mês não foi precisa na maioria das respostas dos entrevistados, motivo que prejudicou a análise da eficiência das unidades. Os números oferecidos foram aproximados, ou baseados em relatórios de meses aleatórios, sem que fosse possível trabalhar esses dados de forma mais específica. Em dois serviços, os gerentes não souberam quantificar o número de pacientes atendidos por mês e preferiram oferecer a quantidade de atendimentos diários. No geral, foi relatado um número suficiente para dar conta da capacidade instalada do estabelecimento e ainda formar listas de espera. De acordo com informações obtidas na SESAB, mesmo com os

dados disponíveis em relação à quantidade de atendimentos, tanto de procedimentos aprovados e realizados, fica difícil avaliar a cobertura assistencial quando não existem metas para os serviços. Isso compromete os resultados de um diagnóstico em saúde, particularmente do diagnóstico administrativo proposto por este estudo, já que este se utiliza também do estudo da eficiência dos serviços e subsidiariamente o de sua cobertura, para alcançar a capacidade da formulação de metas de quantificação precisa e de resultados atingíveis e avaliáveis (RIVERA, 1989).

- Atividades realizadas pelos serviços

Das quinze atividades investigadas a serem realizadas pelos serviços de reabilitação física, em apenas um serviço foi evidenciada a realização de quase a sua totalidade, com exceção apenas para a atividade de transporte de pacientes, que também não foi realizada por nenhum outro serviço e é considerado um problema grave nos serviços de reabilitação de Recife (LIMA, 2009), Rio de Janeiro e Curitiba (MINAYO, 2007). A falta de transporte para os pacientes é apontada como um entrave no tratamento de pacientes sequelados em diferentes locais do país (CAVALCANTI, 2009). Há que se discutir mecanismos de implantação do transporte dos pacientes nas unidades de reabilitação, pois com a Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, a atividade consta de uma exigência descrita no art. 19:

*“os centros especializados em reabilitação contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde”* (BRASIL MS, 2012).

- ✓ Atendimento em grupo

A realização de atendimento em grupo foi evidenciada em menos da metade dos serviços do estudo, o que coincidiu com os achados para os serviços de reabilitação de Pernambuco (LIMA, 2012). A convivência em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de valor terapêutico, ajudando os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas

(MUNARI, 1997). O atendimento em grupo é um importante recurso terapêutico para otimização dos espaços e equipamentos, para trocas e construção coletiva (LIMA, 2012). Em relatos dos entrevistados, verificou-se que o atendimento em grupo, significou, mais do que a possibilidade da interação entre os pacientes, a necessidade da ampliação da cobertura, em virtude da alta demanda de pacientes.

#### ✓ Orientação familiar

No que se refere à orientação familiar, percebeu-se a sua realização em apenas um terço dos serviços investigados, o que significou um prejuízo para o paciente, visto que a família faz parte da equipe integral de reabilitação e são os parentes próximos que continuarão o tratamento quando os pacientes já estiverem no ambiente doméstico (MELO, 2004). A família desempenha um papel fundamental no tratamento de qualquer patologia, sendo necessária durante o processo terapêutico, contribuindo para o prognóstico do paciente (MICHELINI, 2005). Familiares nem sempre se encontram seguros e preparados para a nova dinâmica que se estabelece a partir da presença da deficiência/incapacidade e na maior parte das vezes necessitam de orientações.

#### ✓ Suporte psicológico

No caso do suporte psicológico para convívio social e familiar, a situação se repetiu, quando apenas menos da metade dos serviços demonstrou ter a atividade implementada como componente da reabilitação. Trata-se de uma atividade que também não é realizada por boa parte dos serviços dos municípios pernambucanos (LIMA, 2012) e pela maioria dos serviços de reabilitação estudados por Deslandes (2006) e por Melo (2008) em várias regiões do país, onde praticamente não existem orientação e apoio psicológico que favoreçam o paciente e sua família (DESLANDES, 2006; MELO, 2008). A presença da doença física, em geral, constitui fonte de tensão emocional e tende a perturbar o equilíbrio psíquico do paciente, o que faz com que o planejamento para a reabilitação psicológica do paciente com deficiência física tenha importante valor, já que irá se encarregar de determinar de que modo o paciente encara a incapacidade e se comporta diante dela e da seqüela (GIANNOTTI, 1981). O suporte psicológico ocupa um lugar importante na reabilitação, pois o paciente, diante do medo

e das incertezas quanto ao futuro, aprende a criar mecanismos de enfrentamento da situação, construindo a força necessária para a compreensão do seu problema e das suas possibilidades de reinserção social e laboral.

✓ Dispensação de órteses e próteses

A dispensação de órteses e próteses foi evidenciada em apenas dois serviços. Em um deles, o entrevistado considerou a dispensação efetuada adequada para Salvador, porém atualmente prejudicada em função da ausência de funcionamento da rede estadual de assistência aos portadores de deficiência. Com isso, o serviço assume a assistência de pacientes de todas as regiões do estado da Bahia, comprometendo a qualidade do atendimento à população. No outro serviço, a situação inversa foi verificada, quando o entrevistado revelou que a baixa demanda se dá provavelmente pela localização da oficina ortopédica, que fica inserida numa unidade de referência para tratamento de pacientes com hanseníase, o que faz com que outros pacientes não busquem a unidade. A precariedade na dispensação de órteses e próteses foi também uma realidade encontrada nos serviços de reabilitação de Pernambuco (LIMA, 2009) e de acordo com relato da coordenadora da Política de Reabilitação de um município pernambucano, todos os pacientes são encaminhados para a capital (LIMA, 2012), situação semelhante à descrita acima, em Salvador.

O uso de órteses e próteses é parte imprescindível no processo de reabilitação, constituindo uma das idéias mais efetivas para ganho de movimento passivo em articulações rígidas, no caso das órteses, e garantindo independência funcional aos indivíduos, que, a partir das próteses, substituem um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido (VIEIRA, 2006). Entende-se, portanto, que a atividade de dispensação destes materiais pelos serviços é essencial para um atendimento integral em reabilitação, assim como os meios auxiliares de locomoção, a exemplo da cadeira de rodas, que tem sua importância descrita por um dos entrevistados:

*“(...) o prefeito, o secretário de saúde tem que entender que aquela pessoa precisa da cadeira de rodas pra viver, vai fazer parte do corpo dela pra ela andar...” (entrevistado do serviço 1).*

✓ Atendimento domiciliar

Somente um serviço realiza atendimento domiciliar em Salvador. Somando esta realidade à ausência de transporte dos serviços para os pacientes que necessitam de reabilitação física, fato já discutido, como fica a situação dos pacientes que não apresentam condição de deslocamento para os serviços especializados na cidade de Salvador? A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade), se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde-doença (BRASIL MS, 2012). Pode ser definida como um conjunto de procedimentos possíveis de serem realizados na casa do paciente e abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde. No caso da reabilitação, a assistência domiciliar pode trazer benefícios ao cliente e à sua família, pela possibilidade de ser realizada de forma segura e eficaz no ambiente em que vive o cliente, o que permite uma melhor avaliação de suas reais necessidades (COELHO, 2004). De acordo com Lima (2012), a assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento dos pacientes, compreendendo desde os serviços de apoio a vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento em domicílio (LIMA, 2012).

✓ Cumprimento de protocolos assistenciais

O cumprimento de protocolos assistenciais foi uma atividade incipiente nos serviços do estudo e também naqueles analisados por Cavalcanti (2009), que, com o objetivo de ressaltar os problemas do SUS, citou, dentre outros, a ausência de protocolos de atendimento nos serviços de reabilitação física estudados (CAVALCANTI, 2009). Protocolos assistenciais são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas (POLANCZYK, 1998). A não adoção dos protocolos pelos serviços de reabilitação dificulta a uniformidade das rotinas e também a avaliação da evolução do paciente no tratamento.

### ✓ Capacitação profissional

No que se refere à capacitação profissional, foram observadas discretas iniciativas em alguns serviços do estudo. De maneira geral, as unidades não realizam a atividade, o que aponta para a necessidade de investimento nesta área, em concordância com Melo (2008) e Deslandes (2006). O avanço da organização dos serviços de saúde no Brasil na perspectiva da construção do SUS traz novos desafios para a capacitação dos profissionais de saúde pública, que necessitam de embasamento científico que seja suficiente para permitir compreender as formas das pessoas adoecerem e os determinantes político-institucionais da organização do sistema de saúde (L'ABBATE, 1999). Para Paim (1993), o projeto de educação continuada constitui uma possibilidade promissora, quando se considera a formação dos recursos humanos para a área da saúde coletiva, onde o agente das práticas de saúde coletiva tende a ser simultaneamente um 'técnico de necessidades sociais de saúde' e um 'gerente de produção de serviços' (PAIM, 1993) (grifos são do autor). Cabe ressaltar que para que a capacitação em saúde possa trazer resultados positivos para a uma organização, é necessário que o profissional entenda os objetivos do processo e assuma o compromisso no sentido da transformação de suas práticas diante dos pacientes.

### ✓ Atendimento multiprofissional

Apenas quatro serviços neste estudo revelaram realizar atendimento multiprofissional, o que demonstra que a abordagem ao paciente durante o tratamento não alcança a abrangência necessária na maioria dos serviços, considerando que a reabilitação é um processo que demanda diferentes saberes técnicos por parte dos profissionais. No estudo de Deslandes, também foi verificada a ausência de atendimento multiprofissional em muitos dos serviços investigados no país (DESLANDES, 2006). Nos municípios de Pernambuco, evidenciou-se que a Fisioterapia é a categoria com maior representatividade nas equipes dos serviços e praticamente não existem assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fonoaudiólogos nos serviços em muitas das cidades estudadas (LIMA, 2012). O processo de reabilitação é uma atividade multiprofissional e depende de boa comunicação entre a equipe, que deve estabelecer os objetivos do tratamento para o paciente e sua família. O trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam

a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção (PEDUZZI, 2001). O atendimento multiprofissional possibilita o estabelecimento de metas de tratamento apropriadas e atempadas, no contexto de um programa de reabilitação global, que tem o objetivo de reduzir os impactos trazidos pela deficiência física.

- ✓ Articulação com outros serviços da rede/ Encaminhamento de pacientes para outros serviços

Considerando as atividades de articulação com outros serviços da rede e encaminhamento de pacientes para outros serviços, observou-se que apenas três serviços faziam a devida articulação, o que compromete a organização da assistência em saúde e acarreta em prejuízo para o paciente. Todos os serviços de reabilitação física identificados não realizavam referência e contra referência, o que foi considerada uma preocupação também para o técnico entrevistado na SESAB.

A falha na articulação dos serviços de reabilitação física com outros setores é também uma realidade evidenciada por vários outros estudos. Em Manaus, poucas instituições recebem pacientes, denotando a fragilidade do referenciamento da rede para continuidade dos atendimentos e em Brasília, os problemas nos fluxos de referência e contra referência dificultam a chegada do paciente ao serviço de reabilitação. Assim, o atendimento em reabilitação não abrange a perspectiva de inserção do paciente no convívio social (MINAYO, 2007). É importante lembrar que a falta de integração das ações e serviços públicos de saúde contraria a proposta de organização da saúde em redes, disposta no artigo 198<sup>22</sup> da Constituição Federal.

---

<sup>22</sup> No artigo 198 da Constituição Federal, afirma-se que “as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único de saúde” (BRASIL, Constituição Federal, Brasília, 1988).

No município de São Paulo, profissionais elaboraram e implantaram o primeiro programa de atenção à saúde do deficiente-reabilitação, por meio de parcerias com a Fundação Zerbini e Casa de Saúde Santa Marcelina, e ampliaram o campo de ação, visitando pacientes com dificuldade de acesso aos serviços em seus domicílios. O resultado da experiência foi a garantia de uma assistência integral, além de benefícios físicos, sociais, educacionais e laborais para os indivíduos (BOURGET, 2008). Experiências como esta mostram como é possível, através de parcerias dentro do sistema de saúde, oferecer melhores condições de atendimento em reabilitação à população, contribuindo de forma significativa para a melhora da qualidade de vida e adequada reinserção do indivíduo na sociedade e no trabalho.

- ✓ Acompanhamento pós-alta/ Oferta de informações sobre os direitos das pessoas com deficiência

Acompanhamento pós-alta e oferta de informações sobre os direitos das pessoas com deficiência foram atividades realizadas em poucos serviços, dois e três respectivamente, e não foram encontrados dados de serviços de outras regiões para comparação em relação a estes aspectos.

Segundo a OPAS, grande parte população mundial com deficiência vive sem acesso aos direitos constitucionalmente adquiridos, quando é sabido que a deficiência precisa ser abordada em diferentes níveis: clínico, de reabilitação, social e político (ELIAS, 2008). A oferta de informações sobre os direitos das pessoas com deficiência é uma atividade geralmente realizada pelo profissional de Serviço Social da unidade, que informa sobre os benefícios conquistados no país, pelos portadores de deficiência.

O Brasil dispõe de um vasto arcabouço normativo de proteção à pessoa com deficiência e no âmbito constitucional, os dispositivos de proteção a essa população estão contidos na Carta de 1988, no que se refere aos direitos previdenciários, direito à assistência social, direito à saúde, à educação, dentre outros (LIMA, 2011). O Benefício da Prestação Continuada (BPC)<sup>23</sup>, o Passe Livre Intermunicipal (PLI)<sup>24</sup> e a matrícula em escola pública (ME)<sup>25</sup> mais próxima da residência são alguns dos direitos assegurados às pessoas com deficiência no Brasil e é importante que a oferta destas orientações faça parte do rol de atividades dos serviços de reabilitação física, a fim de facilitar a reinserção do portador de deficiência nos espaços sociais, conferindo-lhe maior autonomia e capacidade de adaptação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Motivado por uma carência de estudos diagnósticos sobre o tema, este estudo considerou pertinente tomar como ponto de partida o enfoque situacional dos serviços de reabilitação física de Salvador, Bahia. Em virtude da ausência de uma política nacional de reabilitação, articulada com a organização assistencial no SUS, buscou-se conhecer as condições da infraestrutura, organização, gestão e prestação de serviços dos estabelecimentos de saúde da cidade; ou seja, aspectos de sua realidade e de seus problemas. Os resultados alcançados apontaram para uma insuficiência de serviços para atender as necessidades da população; ausência de serviço de reabilitação física na rede própria municipal e problemas em todas as categorias analisadas. A utilização de dados secundários do CNES trouxe à tona uma série de divergências entre as informações fornecidas e a situação encontrada.

A insuficiência de serviços evidenciada acarreta em “inchaço” das unidades existentes e produz uma demanda reprimida - declarada nas listas de espera produzidas pelos estabelecimentos - da qual não se conhece os destinos na busca por assistência em reabilitação física. E a situação encontra um agravante, quando um dos três serviços identificados impõe uma condição de regulação própria, não se submetendo à regulação do SUS, o que parece diminuir a chance de acesso pelos usuários. A ausência de serviço na rede própria municipal - com equipe de saúde adequada, instalações físicas e equipamentos necessários a uma assistência integral e de qualidade - foi considerada uma preocupação, por evidenciar um perfil de fragilidade na atenção em reabilitação física em Salvador.

---

<sup>23</sup> O Benefício da Prestação Continuada (BPC) institui a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) definiu como família sem condições de prover à subsistência da PcD aquela que não tenha renda própria ou aquela cuja renda *per capita* seja inferior a ¼ do salário-mínimo (BRASIL, 1982).

<sup>24</sup> O Passe Livre Intermunicipal (PLI) assegura aos portadores de doenças crônicas e às pessoas com deficiência, que apresentam reconhecida dificuldade de locomoção, passe livre nos transportes coletivos de passageiros (rodoviários, metroviários, pré-metroviários e de navegação marítima) a obtenção do Passe Especial (BRASIL, 1992).

<sup>25</sup> A matrícula em escola pública mais próxima da residência (ME) é assegurada pela Lei nº 1941 ao educando portador de deficiência física, mental ou sensorial (BRASIL, 1991).

E a iniciativa do chamamento público para os serviços de reabilitação, adotada pela SMS, a fim de atender à demanda da população, provavelmente não trouxe mudança para a situação, visto que a maioria dos serviços habilitados não se tratava de unidades especializadas, sugerindo que as necessidades em reabilitação dos pacientes podem não estar sendo atendidas. É possível que isso esteja ameaçando a garantia da independência funcional, da qualidade de vida e da participação na vida comunitária dos indivíduos acometidos pela deficiência, além de sua reinserção laboral, objetivos principais do processo da reabilitação física.

A utilização do CNES, base de operacionalização dos sistemas de informação em saúde, constituiu um importante dificultador na realização deste diagnóstico, visto à evidência de dados cadastrados incompatíveis com a realidade dos serviços, informações desatualizadas, incompletas e organizadas de maneira confusa, não possibilitando o conhecimento da rede de assistência em reabilitação física existente na cidade de Salvador - e por este motivo - não recomendado como fonte de dados fidedigna para a tradução de uma situação real dentro do sistema de saúde. Sendo assim, acredita-se que o cadastro dos estabelecimentos não seja suficiente também para auxiliar no processo de planejamento em saúde e nem para oferecer informações verdadeiras para utilização do controle social, o que contraria os propósitos para os quais foi criado. Sugere-se com isso, a necessidade de intervenção para regularização das falhas apontadas, a fim de atender, inclusive, às expectativas do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em possibilitar “mais transparência na gestão do SUS”.

A identificação dos problemas dos serviços na cidade teve a finalidade de possibilitar a definição dos objetivos pretendidos, a partir da realidade encontrada. Os resultados deste momento explicativo alertaram para a importância da formulação de propostas rumo à transformação da situação da assistência em reabilitação física na cidade de Salvador. E para isso, algumas ações parecem necessárias: articulação das esferas administrativas de governo na produção/tradução dos documentos que se destinam à assistência em reabilitação física e implantação das ações planejadas, no sentido de fazer valer o esforço legal dos instrumentos normativos; planejamento e organização da rede de serviços de reabilitação física com base nas necessidades epidemiológicas da população a fim de garantir assistência efetiva ao usuário e diminuir o tempo de espera pelo atendimento; discussão - no âmbito do MS e das secretarias estadual e municipal - do conceito e da complexidade do processo de reabilitação, e do seu discernimento em

relação à assistência em Fisioterapia, com a intenção de adequar o credenciamento de unidades de reabilitação física; incremento na infraestrutura dos serviços, com disponibilidade de equipe multiprofissional, tecnologia e instalações apropriadas para a realização de todas as atividades necessárias ao processo de reabilitação; encolhimento da prática da compra de serviços de reabilitação pelo setor público e encorajamento na criação de uma rede própria, que assegure uma maior autonomia do sistema na organização da assistência em reabilitação; assim como a formalização dos contratos dos serviços de reabilitação privados com o setor público, para permitir acompanhamento e avaliação das ações realizadas.

Importante ressaltar que a recusa da participação de alguns serviços e a impossibilidade de obtenção de dados na SMS, importantes limitações deste estudo, comprometeram a qualidade dos resultados e o alcance do diagnóstico proposto. Percebeu-se, na SMS, restrição de acesso e pouca organização, com setores aparentemente desarticulados e técnicos desinformados sobre as atividades institucionais, além de desinteressados na proposta do estudo. Como é papel da SMS organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelas políticas, é possível que toda a dificuldade na obtenção dos dados encontrada (opacidade) seja reveladora de importantes problemas de gestão da instituição. Espera-se que o novo momento da SMS, iniciado na fase final desta pesquisa e marcado pela mudança de governo, possa produzir transformações nos arranjos institucionais a fim de preencher as lacunas aqui identificadas, que remetem às limitações do SUS especialmente no que se refere à integralidade do cuidado.

Como este estudo também adotou a idéia da situação de saúde como um fenômeno socialmente determinado, pode-se dizer que as proposições enumeradas exigem a soma de esforços da sociedade na formação de sujeitos coletivos, a fim de impulsionar um movimento que resulte no fortalecimento da capacidade de resposta do sistema para as falhas apontadas e na concretização de ações políticas na atenção em reabilitação física. Porém, outros estudos se fazem necessários, suplantando as limitações encontradas nesta investigação, para que seja possível a elaboração de um diagnóstico mais completo e formulação de novas propostas, visando ao acesso universal e igualitário da população às ações e serviços para reabilitação da saúde, como assegurado no capítulo XI da Constituição do Estado da Bahia, na perspectiva dos princípios básicos da Reforma Sanitária Brasileira.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.13. n.3, p.118-26, set/dez. 2002.

AMIRALIAN, M.L.T.; PINTO, E.B.; GHIRARDI M.I.G.; LICHTIG I.; MASINI E.F.S.; PASQUALIN L. Conceituando deficiência, *Rev. Saúde Pública*, 34 (1): 97-103, 2000.

BOURGET, M.M. *Estratégia Saúde da Família: A Experiência da Equipe de Reabilitação*. São Paulo, Martinari, 2008. 176p.

BONARDI G, AZEVEDO e SOUZA, VB, MORAES J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BRASIL. Constituição do Estado, Bahia, 1989.

BRASIL. Constituição Federal, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília, 1995, p.48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM 827/91. Institui o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM 818/01. Cria mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Determina que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizem as suas respectivas Redes Estaduais de assistência à Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 737/GM. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência, 2. Ed. Rev. Atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, vol.1, abril, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos para a Saúde 2011. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS*. Brasília, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10). 2011. 126p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). 2011. 126p.

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991.

BRASIL. Lei nº 623, art. 1º, de 03 de dezembro de 1982. Estabelece o conceito de deficiente físico a que se refere à alínea B do art. 147 da Constituição Estadual. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 1982.

BRASIL. Resolução SECTRAN nº 557, de 25 de maio de 1992. Regulamenta a gratuidade nos transportes coletivos rodoviários, metroviários, pré-metroviários e de navegação marítima. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 1992; 26 mai.

BRASIL. Lei nº 1941, de 30 de dezembro de 1991. Assegura ao educando portador de deficiência física, mental e sensorial, prioridade de vaga em escola pública mais próxima de sua residência. Constituição Estadual. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 1991; 2 jan.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. [Portaria MS/SAS nº 185, de 5 de junho de 2001.](#)

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

BRASIL. [Portaria GM/MS nº 2.297, de 10 de outubro de 2008.](#)

BRASIL. [Portaria GM/MS nº 2.373, de 10 de outubro de 2008.](#)

BRASIL. [Portaria GM/MS nº 2.381, de 10 de outubro de 2008.](#)

BRASIL. [Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009.](#)

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.032, de 05 de maio de 2010.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012.

BRASIL. [Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012.](#)

CARDOSO, L.G.R.A. 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. Brasília-DF Maio/2004.

CAVALCANTI, M.L.T. A análise da implantação da PNRMAV ressalta os problemas do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. V. 14, n.5, p.1650-1651, 2009.

CAVALCANTI, M.L.T; SOUZA, E.R. Percepções de gestores profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de acidentes e violências no município do Rio de Janeiro. *Cienc. Saúde Coletiva*. [online], v.15, n.6, p.2699-2708, 2010.

COELHO, S.C., et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.12, n.5, Ribeirão Preto set./out. 2004.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1969. Disponível em <http://www.coffito.org.br>. Acesso em 12 de dezembro de 2012.

CONSENSUS: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: o desafio da saúde para todos, Ano 1. N. 1, jul-set, 2011.

DeLISA, J. et al. Tratado de Medicina de Reabilitação. Princípios e prática. 3 ed. V. 1. São Paulo: Manole, 2002.

DESLANDES, Suely Ferreira et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, suppl, p. 1279-1290. ISSN 1413-8123.

[DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999.](#) Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

DECRETO Nº 7.508 DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no [8.080](#), de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

DOBKIN BH. Do electrically stimulated sensory inputs and movements lead to long-term plasticity and rehabilitation gains? *Curr Opin Neurol*. 2003; 16(6):685-91.

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SMS Nº 13/2012. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

ELIAS, MP; MONTEIRO, LMC; CHAVES, CR. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.13, n.3, p. 1041-1050, 2008.

FRAGA - MAIA, H. Vida após o trauma: do evento à funcionalidade dos sobreviventes de traumatismo cranioencefálico. Salvador, 2010. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Doutorado. 218p.

KIELMANN, S; SILVEIRA, L; SOUZA, L. As redes de atenção para pessoas com deficiência na Bahia: construindo políticas públicas. In: *Políticas Públicas e Pessoa com Deficiência: direitos humanos, família e saúde*. Salvador: EDUFBA, 288 p., 2011.

GAIS Informa. Boletim Eletrônico do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde de SP, ano 2, n. 4, jan 2010.

GIANNOTTI - HALLAGE, A. Reabilitação psicológica de pacientes com sequelas da encefalite por arbovirus. *Revista. Saúde pública, São Paulo*, 15:478-84, 1981.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 15(Sup. 2): 15-27, 1999.

LANA, F. C. F.; GOMES, E.L.R. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Ver. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v.4, n. 1, jan. 1996.

LIMA, M.L.C. de et al. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.14, n.5, p. 1817-1824. ISSN 1413-8123, 2009.

LIMA, M.L.C. de; NETO, G.H.F. Avaliação da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e violência, nos municípios de Pernambuco com mais de 1000.000 habitantes. Recife: Editora Universitária da UFPE, 202p, 2012.

LIMA, L.P. Diagnostico e processo decisório nas políticas de saúde: as contribuições do CENDES/OSP e do pensamento estratégico de Mario Testa. Campinas. São Paulo, 1995. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Mestrado.

LUTA MÉDICA: revista do sindicato dos médicos no estado da Bahia. Bahia, Ano VI, nº 22, jun-set 2012. 42p.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, IPEA, 1993.

MELO, E. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.7, pp. 1717-1718. ISSN 0102-311X.

MELO, J.R.T, Silva, R.A.; Moreira Jr, ED. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade de Salvador, Bahia. *Arq Neuropsiquiatria*; 62 (3 - A): 711-15. 2004.

MENICUCCI, T.M.G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora FOCRUZ, 2007.

MICHELINI, C.R.S.; CALDANA, M.de L. Grupo de orientação fonoaudiológica aos familiares de lesionados cerebrais adultos. Rev CEFAC, São Paulo, v.7, n.2, 137-48, abr-jun, 2005.

MINAYO, M.C. de S. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências/ Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo; Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12<sup>a</sup> ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES A.R.F. Enfermagem e grupos. Goiânia: AB Editora; 1997.

MUSICCO M; EMBERTI L; NAPPI, G; CALTAGIRONE, C. Italian Multicenter Study on Outcomes of Rehabilitation of Neurological Patients. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. Arch Phys Med Rehabil.; 84(4): 551-8, 2003.

Organização Mundial da Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a deficiência. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo, 2011.

Organização das Nações Unidas – ONU, 1996. Disponível em <http://www.onu.org.br>. Acesso em 10 de novembro de 2012.

Organización Panamericana de Saúde – OPAS. La rehabilitación por discapacidad em América Latina y el Caribe. Bol Oficina Sanit Panam, 120(4): 358-361, 1996.

OPAS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La discapacidad: prevención y rehabilitación em el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionados. 138. A Sesión del Comité Ejecutivo. Washington. D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006. Disponível em <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-15.pdf>. Acesso em 10.10.2012.

PAIM, J. Planejamento em saúde para não especialistas. In Campos, G.W.S. et all (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz, 2006, 871p.

PAIM, J. S. Marco de referência para um programa de educação continuada em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 17:7-13. 1993.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS 2010-2013). Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (PES 2007-2012). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* v.35, n. 1: p. 103-9, 2001.

POLANCZYK, C.A e colaboradores. Protocolos Assistenciais como Estratégia de Adesão às Melhores Práticas Clínicas e Otimização de Recursos. Ministério da Educação. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Relato de experiência, janeiro, 1998.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-798, mai-jun, 2003.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. Saúde no Brasil [online], 6736 (11) 60433-9. 2011

RIBEIRO, C.T.M, Ribeiro MG, Araújo A.P, Mello L.R, Rubim L.C, Ferreira J.E.S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.*; 28 (1): 43-8, 2010.

RIVERA, F.J.U.R. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA et al. As redes de atenção para pessoas com deficiência na Bahia: construindo políticas públicas. In: *Políticas Públicas e Pessoa com Deficiência: direitos humanos, família e saúde*. Salvador: EDUFBA, p. 215-237, 2011.

SÁ, M.C.; ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: OPS/OMS, n. 13, p. 19-44. (Serie Desenvolvimento de serviços de saúde), Brasília, 1994.

SAAD, M. O fisiatra trata do quê? *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 2, SP, Brasil, jun./2001.

SCHMIDT, M.I.; Duncan, B.B.; Silva, G.A.; Menezes, A.M.; Monteiro, C.A.; Barreto, S.M.; Chor, D.; Menezes, P.R. *Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges*. *Lancet*; 377: 1949-61, 2011.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, organizado por GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; VASCONCELOS L.C.L., et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

TEIXEIRA, Carmen. *Planejamento em Saúde*. Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. Hucitec: São Paulo – ABRASCO: Rio de Janeiro, 1995.

TESTA, M. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud – 1ª ed. 1ª reimp. – Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

TESTA, M. Pensar em saúde. Artes médicas/ABRASCO, Porto Alegre, 1992, 226 p.

TURNER-STOKES, L; DISLER PB; NAIR A; WADE, DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD004170, 2005.

UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES. Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Secção de Medicina Física e de Reabilitação da *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS), março, 2009.

VERGARA, S.C. Métodos de coleta de dados no campo. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, v.43, n.3, p. 548-54, 2009.

VIANA, A.L. d'Ávila; BAPTISTA, FARIA T.W. de. Análise de Políticas de Saúde. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*, organizado por GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. et al. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VILASBOAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação local da vigilância à saúde nas áreas de abrangência do PACS-BA. (quarta versão). Salvador: ISC-UFBA, 1999. 15p.

WADE, DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil*, 2003; 25:875-81.

VIEIRA, G.C. et al. Avaliação das propriedades mecânicas de atadura gessada de três diferentes fabricantes, utilizada para confecção de órteses. *Acta ortop. bras.* vol.14 n. 3, São Paulo, 2006.

## **APÊNDICES**

### **Apêndice I - Roteiro de entrevista para levantamento dos técnicos (SESAB e SMS).**

1. Esta entrevista constitui o ponto de partida para a busca de dados/ informações necessários para a realização de um estudo que trata de um diagnóstico da situação dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia. Dados/informações sobre infraestrutura estrutura existente, forma de organização e gestão, modelo da prestação dos serviços e ainda a identificação dos seus principais problemas são essenciais para atingir os objetivos deste estudo. Sendo assim, onde seria possível obter estes dados/informações nesta instituição?
2. O (a) senhor (a) poderia indicar uma pessoa da instituição que pudesse responder pelo setor que trata das questões acima citadas para este contato?

**Apêndice II - Roteiro de entrevista para técnico (SESAB e SMS)**

1. Como se organizam os serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia? Há uma rede de atenção estabelecida?
2. Existe planejamento de ações para os serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS em Salvador? Se existe, como se dá este processo? As informações epidemiológicas que traduzem a necessidade da população em relação a estes serviços são utilizadas?
3. Existem parâmetros de funcionamento estabelecidos para os serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia? Se sim, quais são? Eles estão escritos em algum documento? Qual? É possível ter acesso?
4. Existem normas que servem de orientação para o funcionamento dos serviços de reabilitação física no SUS em Salvador? Se existem, quais são elas? Estão escritas em algum documento? É possível ter acesso?
5. Quais os principais problemas dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador? (o entrevistador vai enumerar cada problema). O senhor poderia descrever com suas palavras cada problema citado?
6. No seu entendimento, por que cada problema deste ocorre? (o entrevistador novamente enumera cada problema e solicita do entrevistado que explique a sua causa).

**Apêndice III - Roteiro de entrevista para os gerentes dos serviços de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia (ou para pessoa designada por estes).**

Nome da instituição/ serviço:

Gerente da unidade:

Data:

1. Poderia, por favor, fazer uma breve descrição sobre o serviço de reabilitação física desta instituição?
2. Como se o acesso do paciente a este serviço?
3. Poderia informar quantos usuários aproximadamente são atendidos por mês?
4. Qual o tempo de espera do paciente para o primeiro atendimento neste serviço, ou seja, para o início de seu tratamento?
5. Este serviço segue algum tipo de parâmetro/norma para o seu funcionamento?  
Se sim, qual?
6. Quais os problemas deste serviço de reabilitação? (o entrevistador vai enumerar cada problema). O senhor poderia descrever com suas palavras cada problema citado?
7. Por que cada problema deste ocorre? (o entrevistador novamente enumera cada problema e solicita do entrevistado que explique a sua causa).
8. Considerando as necessidades de saúde do indivíduo que busca um serviço de reabilitação, quais as atividades realizadas por este serviço?
  - Atendimento em grupo sim ( ) não ( )
  - Orientação familiar sim ( ) não ( )
  - Suporte psicológico para convívio social e familiar sim ( ) não ( )
  - Dispensação de órteses sim ( ) não ( )
  - Dispensação de próteses sim ( ) não ( )
  - Treino para uso de órteses/ próteses sim ( ) não ( )

- Atendimento domiciliar sim ( ) não ( )
- Transporte de pacientes sim ( ) não ( )
- Capacitação dos profissionais sim ( ) não ( )
- Atendimento multiprofissional sim ( ) não ( )
- Cumprimento de protocolos assistenciais sim ( ) não ( )
- Acompanhamento pós-alta sim ( ) não ( )
- Oferta de informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências? Sim ( ) não ( )
- Encaminhamento para outros serviços sim ( ) não ( )
- Articulação com outros serviços da rede sim ( ) não ( )

**Apêndice IV - Relação de entrevistados**

- Informantes - chaves para levantamento dos técnicos (SESAB e SMS) (2)
- Técnico na SESAB (1);
- Técnico na SMS (entrevista não realizada);
- Gerentes dos serviços de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia (7).

**Apêndice V - Etapas da pesquisa e cronograma de execução:**

1. Levantamento da literatura e documentos relacionados
2. Elaboração do projeto de pesquisa para qualificação
3. Qualificação
4. Ajustes após qualificação
5. Submissão ao CEP
6. Coleta de dados secundários e primários
7. Análise dos dados
8. Produção textual
9. Defesa da dissertação
10. Ajustes após defesa e entrega na biblioteca

• **Ano: 2011**

<b>Etapa</b>	<b>jan</b>	<b>fev</b>	<b>mar</b>	<b>abr</b>	<b>mai</b>	<b>jun</b>	<b>jul</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>out</b>	<b>nov</b>	<b>dez</b>
<b>1</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>2</b>					x	x	x	x	x	x	x	x

• **Ano: 2012**

<b>Etapa</b>	<b>jan</b>	<b>fev</b>	<b>mar</b>	<b>abr</b>	<b>mai</b>	<b>jun</b>	<b>jul</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>out</b>	<b>nov</b>	<b>dez</b>
<b>2</b>	x	x										
<b>3</b>				x								
<b>4</b>				x	x							
<b>5</b>					x							
<b>6</b>							x	x	x	x		
<b>7</b>								x	x	x	x	
<b>8</b>									x	x	x	x

• **Ano: 2013**

<b>Etapa</b>	<b>jan</b>	<b>fev</b>	<b>mar</b>	<b>abr</b>	<b>mai</b>	<b>jun</b>	<b>jul</b>	<b>ago</b>	<b>set</b>	<b>out</b>	<b>nov</b>	<b>dez</b>
<b>8</b>	x	x	x									
<b>9</b>				x								
<b>10</b>					x							

## Apêndice VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado em Saúde Comunitária**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa intitulada **“Diagnóstico da situação dos serviços Ambulatoriais de reabilitação física do SUS da cidade de Salvador, Bahia”** realizada por Fabiane Costa Santos, mestranda em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, sob orientação da Prof. Ediná Alves Costa. O objetivo do estudo é descrever a situação destes serviços, através de informações relacionadas à infraestrutura, elementos da organização e gestão, da prestação de serviços e ainda identificação dos principais problemas enfrentados, rumo ao cumprimento dos princípios do SUS.

A coleta de dados primários implicará na realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais que trabalham em setores relacionados com a organização dos serviços de reabilitação física do SUS em Salvador, Bahia e também com os gerentes dos serviços de reabilitação física selecionados para o estudo. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos e os resultados serão apresentados também sob a forma de artigo a ser submetido a periódico científico.

A participação é livre e pode ser interrompida a qualquer momento, porém é de fundamental importância para o êxito desta pesquisa. Além disso, não envolve benefício direto ao entrevistado ou compensações financeiras. Vale ressaltar que não há despesas nesta participação.

Em qualquer etapa do estudo o (a) Sr.(a) terá acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de possíveis dúvidas, Fabiane Costa Santos, que pode ser encontrada através do e-mail: [ptfabiane@yahoo.com.br](mailto:ptfabiane@yahoo.com.br).

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador responsável pelo Projeto de Pesquisa: Fabiane Costa Santos

Endereço: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário Canela, CEP. 40110040, Salvador, BA

Telefone: (71) 32837410/99859873

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da pesquisa e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

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

**Apêndice VII - Cópia do ofício de solicitação para realização de entrevista encaminhado para as instituições.**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
**Mestrado em Saúde Comunitária**



Salvador, ... de ..... de 2012.

Nome da instituição

Nome do destinatário

Função do destinatário

Eu, Fabiane Costa Santos, fisioterapeuta, aluna do mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, encontro-me na fase da coleta de dados do estudo **“Diagnóstico da situação dos serviços ambulatoriais de reabilitação física do SUS na cidade de Salvador, Bahia”**, orientado pela professora Ediná Costa, onde o objetivo é descrever a situação dos serviços de reabilitação física do SUS com relação à infraestrutura, elementos da organização e gestão, da prestação de serviços e principais problemas enfrentados.

Para obtenção dos dados/informações, serão necessárias entrevistas com profissionais que trabalham em setores relacionados com o objeto do estudo na SESAB e SMS e também com os gerentes dos serviços de reabilitação física selecionados para análise.

Desta forma, gostaria de solicitar um momento com vossa senhoria para realização de entrevista. Agradeço desde já a colaboração e antecipo a importância deste encontro para o bom andamento do trabalho.

Fabiane Costa Santos

Fabiane Costa Santos



## ANEXOS

### **Anexo I - Normasparacadastramento dos serviços de referência em Medicina Física e Reabilitação (Portaria MS/GM nº818, de 5 de junho de 2001).**

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação têm como finalidade prestar assistência intensiva em reabilitação aos portadores de deficiência física, referenciados por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação (motora e sensório motora), de acordo com os princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física.

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, devidamente cadastrados no sistema SIA/SUS, terão funcionamento diário em 02 (dois) turnos – 08 Horas e 01 (um) turno 04 Horas, devendo contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados para prestar assistência de cuidados intensivos em reabilitação física (motora e sensório motora), disponibilizando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) Avaliação clínica e funcional realizada por médico especializado;
- b) Avaliação e atendimento individual e em grupo em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição;
- c) Atendimento medicamentoso;
- d) Orientação de cuidados de enfermagem;
- e) Orientação familiar;
- f) Prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção;
- g) Preparação do paciente para alta, convívio social e familiar;
- h) Orientação técnica às equipes dos Serviços de Reabilitação dos níveis de menor complexidade e às equipes de Saúde da Família.

#### 3.1 – Recursos Humanos

A equipe, de caráter multiprofissional com formação e capacitação em reabilitação, deverá ser composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) Médico Fisiatra;
- b) Enfermeiro;
- c) Fisioterapeuta;
- d) Terapeuta Ocupacional;

- e) Fonoaudiólogo;
- f) Psicólogo;
- g) Assistente Social;
- h) Nutricionista;

i) Profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação.

Para o atendimento a cada grupo de 100 pacientes/dia, é necessária a seguinte equipe multiprofissional: 01 (um) Médico com Especialização em Reabilitação, 02 (dois) Fisioterapeutas, 02 (dois) Terapeutas Ocupacionais, 01 (um) Fonoaudiólogo, 02 (dois) Psicólogos, 01 (um) Assistente Social, 01 (um) Nutricionista, 01 (um) Enfermeiro e profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação.

As equipes técnicas deste nível de atendimento devem oferecer, quando do encaminhamento dos pacientes aos serviços de menor complexidade ou ao PSF, orientações técnicas sobre a continuidade do processo de reabilitação, visando qualificar a assistência ao paciente portador de deficiência física, tornando-se sua referência especializada.

### 3.2 – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor, obrigatoriamente, dos serviços de suporte diagnóstico e terapêutico abaixo:

a) Laboratório de Patologia Clínica, apto para atender todas as provas laboratoriais necessárias ao diagnóstico e terapia relacionadas ao processo de reabilitação;

b) Serviço de Medicina de Imagem dotado de todos os recursos técnicos para diagnóstico e terapia relacionados com o processo de reabilitação;

c) Serviços de Medicina Nuclear;

d) Setor de Avaliação Funcional dotado de equipamentos para a realização de eletrocardiograma, espirometria e ergoespirometria;

e) Serviços diagnósticos de eletroneuromiografia e potenciais evocados e urodinâmica.

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia poderão pertencer à própria instituição ou ser referenciados, conforme o estabelecido na Portaria SAS/MSnº 494/99, como forma de garantir a agilidade no atendimento da pessoa portadora de deficiência física. No caso de serviços conveniados, estes deverão atender às normas de acesso às Pessoas Portadoras de Deficiência (ABNT 1990).

### 3.3 – Instalações Físicas

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor de instalações físicas com acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas, banheiro adaptado e demais normas definidas pela ABNT – 1990.

Deverão contar com área física adequada para abrigar os seguintes setores:

a) Recepção, SAME e Sala de Espera;

b) Consultório para avaliação clínico funcional e intervenções terapêuticas de nível ambulatorial;

c) Fisioterapia (Adulto e Infantil);

d) Terapia Ocupacional (Adulto e Infantil);

e) Psicologia (Adulto e Infantil);

f) Fonoaudiologia (Adulto e Infantil);

g) Nutrição;

h) Condicionamento Físico;

g) As instalações físicas deverão dispor, ainda, de:

Consultório médico ou sala para exames médicos com 10 m<sup>2</sup>;

Box de Terapias (meios físicos) com área de 2,4 m<sup>2</sup> para cada box;

Sala para cinesioterapia com área de 2,2 m<sup>2</sup>/paciente e área mínima de 20 m<sup>2</sup>;

Sala para condicionamento físico, exercícios respiratórios e cardiovasculares com área de 2,2 m<sup>2</sup>/paciente e área mínima de 20 m<sup>2</sup>;

Sala para Terapia Ocupacional com 2,2 m<sup>2</sup>/paciente e área mínima de 20 m<sup>2</sup>;

Sala para atendimento individual em fisioterapia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e fonoaudiologia com área de 7,5 m<sup>2</sup>;

Sala de psicomotricidade, ludoterapia com área de 3,0 m<sup>2</sup>/paciente e área mínima de 15 m<sup>2</sup>;

Sanitários independentes para cada setor e adaptados ao uso de PPD;

Piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável;

Sala de espera de acompanhantes independente da área assistencial;

Depósito de material de limpeza independente da área assistencial;

Área para guarda de materiais/equipamentos independente da área assistencial;

Área para arquivo médico e registro de pacientes independente da área assistencial.

### 3.4 – Equipamentos

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor, no mínimo, dos seguintes equipamentos:

Ultra-som
Correntes Interferenciais
<b>Ondas curtas pulsado/contínuo com eletrodos schilipacke e eletrodos de placas</b>
FES – Aparelho para Estimulação Elétrica Funcional - 4 canais
Estimulador Eletromagnético
Microondas
TENS
Aparelho Hidrocollector
Recursos de Crioterapia
Turbilhão em aço inox em ducha direcional para membro inferior
Turbilhão em aço inox em ducha direcional para membro superior
Aquecedor de Turbilhão
Cadeira de Turbilhão
Banho de Parafina em aço inox
Corrente Galvânica/Farádica
Barra de Ling de madeira
Divã estofado com cabeceira regulável com medidas 1,90X0,65X0,75
Escada de Ferro de 2 degraus
Colchonete de espuma com medidas 1,90X0, 89X0, 05
Barra Paralela Dupla de 3 metros
Mesa Ortostática com inclinação elétrica ou mecânica
Escada de canto com rampa e corrimão
Espelho com rodízio
Muleta canadense adulto regulável
Muleta axilar adulto regulável
Andador adulto e infantil com rodízios
Andador adulto e infantil fixo
Bengala de madeira
Bengala de inox/alumínio

Bengala de 4 pontos
Balanço proprioceptivo de inox
Mini trampolim ou cama elástica para propriocepção
Negatoscópio
Fita métrica comum
Examinador de reflexo e sensibilidade
Travesseiros forrados de corvin
Goniômetro comum
Tábua de equilíbrio retangular 90X60X15 cm
Cadeira de relaxamento
Cronômetro
Espirômetro
Escala de Desenvolvimento Brunet-Lèzine ou similar
Escala Terman Merrill
WISC – Escala de Inteligência para Crianças
Pré-WISC - Escala de Inteligência para Crianças
Teste de Apercepção Infantil – CAT – A
Teste de Apercepção Infantil – CAT – H
Prova de Organização Grafo-Perceptiva – Bender
Prova de Organização Grafo-Perceptiva – Pré-Bender
Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister
Teste de Apercepção Temática – TAT
Stand in table infantil
Stand in table adulto
Rolo Bobath – 20 cm
Rolo tipo Feijão 40 cm
Pulseira de peso
Cadeira de rodas adulto e infantil
Cadeira Higiênica
Órteses para relaxamento
Dinamômetro
Goniômetro
Goniômetro para dedos
Espelho fixo 1,30X1, 50
Cicloergômetros
Pares de Halteres de 01 Kg
Pares de Halteres de 02 Kg
Esfigmomanômetro adulto e infantil
Estetoscópio duplo adulto e infantil
Carro de curativo
Carro de medicação
Lixeiras de inox com pedal

Maca para remoção de paciente
Equipamento para Eletromiografia
<b>Equipamento para Cistometria</b>
Podoscópio

## Anexo II

DIÁRIO OFICIAL DO  
MUNICÍPIO

SEXTA-FEIRA  
31 DE AGOSTO DE 2012  
ANO XXV - Nº 5.685

99

FISIOTERAPIA (EDITAL Nº. 19/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
25	CLINICASER - DANIELA IVO - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM RADIOLOGIA LTDA	3918068	HABILITADO
26	CLIJOT - CLÍNICA DE ORTOP E TRAUMT LTDA	4928	HABILITADO
27	CLIPO - SERVIÇOS MÉDICOS SOCIEDADE SIMPLES LTDA	7034962	HABILITADO
28	CLIRF-CLÍNICA DE REAB E FISIOT LTDA	6122	HABILITADO
29	CLIVALE - CLÍNICA ALBERTO SERRAVALLE LTDA	4499	HABILITADO
30	COS-ORTOPEDIA DE SALVADOR LTDA	2772787	HABILITADO
31	FE FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	3671666	HABILITADO
32	FISIOCLIN - M CASTRO LIMA	5894	HABILITADO
33	FISIOLOTUS - SERV DE HIROTERAPIA E FISIOT LTDA	7006470	HABILITADO
34	FISIOTRAT - SERV MED E DE FISIOT LTDA	3261352	HABILITADO
35	FISIOTRAUMA	2722860	HABILITADO
36	FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS	2384779	HABILITADO
37	FUNDAÇÃO LAR HARMONIA	6491499	HABILITADO
38	GOB - GRUPO DE ORTOTRAUMATOLOGIA DA BAHIA LTDA	4006	NÃO OBEDECEU AO EDITAL: IV, 1º, 2º, 3º, 4º.
39	HOSPITAL 2 DE JULHO - MONTE TABOR	3746410	HABILITADO
40	HOSPITAL SEMEGE LTDA	2722852	HABILITADO
41	IBR-FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	4316	HABILITADO
42	IEST - INSTITUTO DE EDUC SAUDE E TECNOLOGIA	6743005	HABILITADO
43	UNIÃO DOS MÉDICOS DA BAHIA-CLÍNICA IORT	7579	HABILITADO
44	INSTITUTO DE TRAUMAT ORTOPE E FISIOT LTDA	7099	HABILITADO
45	IORT - INSTITUTO DE ORTOP E TRAUMATOL LTDA	2821028	HABILITADO
46	IRTE-INST DE REAB TERAP E ESTETICA	9576	HABILITADO
47	NOVACLIN - TERAPIA AVANÇADA EM REUMAT SOC SIMPLES LTDA	5657	HABILITADO
48	NUCLEO DE MEDICINA DA BAHIA LTDA	7057385	HABILITADO
49	NUCLERMED - SERVIÇOS MEDICOS E ADMINISTRATIVOS LTDA ME	7073976	HABILITADO
50	ORTO-CLÍNICA DE ORTOP REAB E TRAUMATOL	6467	HABILITADO
51	POLICLINICA SAN MARTINS LTDA	6669426	HABILITADO
52	POLICLINICA VALÉRIA DE MEDICINA LTDA	847	HABILITADO
53	RV SERVIÇOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA	7074107	HABILITADO
54	SAMMUS - SERV DE ASSIST MED DE NUSSURUNCA LTDA	7080	HABILITADO
55	SEMDOR-SERV MEDICO DE TRATAMENTO DA DOR SOC SIMPLES LTDA	3813908	HABILITADO
56	SERVIÇO DE NEUROLOGIA DA BAHIA NEURO	5452	HABILITADO
57	SOFISIO-CLÍNICA DE FISIOT E ORTOP LTDA	6734	NÃO OBEDECEU AO EDITAL: IV, 2º, b, IV, 3º, b.
58	SOTRAUMA-SERV DE ORTOP TRAUMATO E FISIOT LTDA	6993028	HABILITADO
59	SOT-SERV DE ORTOP E TRAUMT LTDA	4138	HABILITADO

  

GASTROENTEROLOGIA (EDITAL Nº. 11/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	CLIBEM - CLÍNICA BAHIANA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS LTDA	5037	HABILITADO
2	CLÍNICA EUGENIO VIANA LTDA	5398290	HABILITADO
3	CLÍNICA EUGENIO VIANA LTDA	5398290	HABILITADO
4	CLÍNICA EUGENIO VIANA LTDA	5398290	HABILITADO
5	CLÍNICA FTC - CENTRO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA LTDA	3474410	HABILITADO
6	ENDOSOM - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA E	5096	HABILITADO
7	ENDOSOM - DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA E ULTRASSONOGRAFIA S.C	5096	HABILITADO
8	FUNDAÇÃO BAHIANA PARA DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS - FBDC	2384779	HABILITADO
9	FUNDAÇÃO LAR HARMONIA	6491499	HABILITADO
10	HOSPITAL DOIS DE JULHO - MONTE TABOR	3746410	HABILITADO
11	IBR - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	4316	HABILITADO
12	INSTITUTO BAHIANO DE GASTROENTEROLOGIA E NUTRIÇÃO LTDA	6041	HABILITADO

  

ANGIOLOGIA (EDITAL Nº. 12/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	HOSPITAL DOIS DE JULHO - MONTE TABOR	3746410	HABILITADO
2	HOSPITAL SEMEGE LTDA	2722852	HABILITADO

REABILITAÇÃO FÍSICA, MENTAL, VISUAL E MÚLTIPAS DEFICIÊNCIAS (EDITAL Nº. 13/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	APAE	4529	HABILITADO
2	ASSOC DOS APOSENT E PENSION CAIXAS DE PREV DA BAHIA	2384701	HABILITADO
3	ASSOCIAÇÃO BAHIANA DE REABILITAÇÃO E EDUCAÇÃO - ABRE	5991	HABILITADO
4	CENTRO DE LOGOPEDIA E PSICOMOTRICIDADE DA BAHIA	6009	HABILITADO
5	CENTRO PESTALOZZI DE REABILITAÇÃO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	7031912	HABILITADO
6	CLIFIR - CLÍNICA DE REABILITAÇÃO FÍSICA E MENTAL LTDA	4308	HABILITADO
7	CLIFISA - CLÍNICA DE FISIATRIA DO SALVADOR	5770	HABILITADO
8	CLIGOB - CLÍNICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA	3966542	HABILITADO
9	CJURE - CLÍNICA ÚNICA DE REABILITAÇÃO LTDA	3510847	HABILITADO
10	F E - FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	3671666	HABILITADO
11	FISIOCLIN - M CASTRO LIMA	5894	HABILITADO
12	IBR - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	4316	HABILITADO
13	INSTITUTO GUANABARA	7064	HABILITADO
14	ION - INSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO NEURO BAHIA	3603458	HABILITADO
15	NACPC - NÚCLEO DE ATENDIMENTO A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL	3045072	HABILITADO
16	NÚCLEO MEDICO OCULAR	2804913	HABILITADO

  

ENDOCRINOLOGIA E NUTRIÇÃO (EDITAL Nº.14/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	APAE	4529	HABILITADO
2	ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS E CAIXAS DE PREVIDENCIA DAS BAHIA	2384701	HABILITADO
3	CENTRO PESTALOZZI DE REABILITAÇÃO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	7031912	HABILITADO
4	CLIGOB - CLÍNICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA	3966542	HABILITADO
5	CLÍNICA FTC - CENTRO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA LTDA	3474410	HABILITADO
6	F E - FISIOTERAPIA ESPECIALIZADA	3671666	HABILITADO
7	FBDC - FUNDAÇÃO BAHIANA DE DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS	2384779	HABILITADO
8	FUNDAÇÃO LAR HARMONIA	6491499	HABILITADO
9	IBR - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA	4316	HABILITADO
10	NÚCLEO MEDICO OCULAR	2804913	HABILITADO

  

DERMATOLOGIA (EDITAL Nº. 15/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS E CAIXAS DE PREVIDENCIA DAS BAHIA	2384701	HABILITADO
2	CLIBEM - CLÍNICA BAHIANA DE ESPECIALIDADES MEDICAS LTDA	5037	HABILITADO
3	CLÍNICA FTC - CENTRO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA LTDA	3474410	HABILITADO
4	FBDC - FUNDAÇÃO BAHIA DE DESENVOLVIMENTO DAS CIÊNCIAS	2384779	HABILITADO
5	FUNDAÇÃO LAR HARMONIA	6491499	HABILITADO
6	HOSPITAL DOIS DE JULHO - MONTE TABOR	3746410	HABILITADO
7	HOSPITAL SEMEGE LTDA	2722852	HABILITADO
8	SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO PELE E ALERGIA	5002	NÃO OBEDECEU AO EDITAL: IV, 3º, b, e

  

ALERGOLOGIA (EDITAL Nº.16/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
2	CLIBEM-CLÍNICA BAHIANA DE ESPEC MEDICAS LTDA	5037	HABILITADO
1	SIPA - SERVIÇO DE IMUNIZAÇÃO PELE E ALERGIA	5002	NÃO OBEDECEU AO EDITAL: IV, 3º, b, e

  

PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (EDITAL Nº.17/2012)			
	PRESTADOR	CNES	SITUAÇÃO
1	ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS E CAIXAS DE PREVIDENCIA DAS BAHIA	2384701	HABILITADO
2	CLIGOB - CLÍNICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA LTDA	3966542	HABILITADO