

## 9. Análise da implementação do atendimento em reabilitação

Nélson de Souza Motta Marriel  
Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MARRIEL, NSM., DESLANDES, SF., and MINAYO, MCS. Análise da implementação do atendimento em reabilitação. In: MINAYO, MCS., and DESLANDES, SF., orgs. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 171-192. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7479/9788575415412](https://doi.org/10.7479/9788575415412). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 9 | ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO

Nélson de Souza Motta Marriel  
Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo

A demanda por atenção às lesões e traumas provocados por violências e acidentes exige, freqüentemente, um processo posterior à etapa hospitalar, visando à reabilitação física, e, muitas vezes, psicológica das vítimas. Geralmente, os referidos agravos são responsáveis por causar seqüelas físicas e mentais que aumentam o número de portadores de deficiências. A especificidade dos serviços de reabilitação é lidar com incapacidades provocadas por várias formas de vitimização e ajudar as pessoas a re-adequarem suas vidas continuando produtivas e re-encontrando novos caminhos de inserção social, profissional ou de qualquer outra natureza. No entanto, esse tipo de serviço é absolutamente insuficiente e escasso na rede do SUS. O texto da PNRMAV (Brasil, 2001a) reconhece esse déficit, e por isso apresenta, como uma de suas diretrizes, promover e incrementar a estruturação e a consolidação do atendimento nesse nível.

Nesta pesquisa, constatamos que os serviços de reabilitação, comparados aos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, são, sem dúvida, os que mais evidenciam déficit de oferta na rede de serviços em todas as cinco capitais estudadas, sendo, portanto, a área de maior fragilidade no processo de implantação da Política Nacional.

O documento da PNRMAV (Brasil, 2001a) coloca como condição prévia para a consolidação da atenção em reabilitação a elaboração de normas técnicas e o aparelhamento das unidades de saúde para este fim. Igualmente, propõe algumas diretrizes para a atuação do sistema: as ações de saúde devem integrar o paciente e sua família no atendimento; a oferta de serviços deve ser multiprofissional, buscando evitar seqüelas e incapacidades, além de proporcionar condições para re-inserção na família, no trabalho, na sociedade e nos grupos culturais; os serviços devem oferecer recursos para reabilitação tais como órteses, próteses e meios de locomoção, entre outros; é preciso promover mecanismos de informação, orientação e apoio que favoreçam ao paciente e a sua família; é necessário investir na sensibilização de gestores e profissionais de saúde a respeito de seu papel na orientação e na re-integração social dos portadores de seqüelas e de seus familiares (Brasil, 2001a).

Entretanto, a real magnitude do problema e da demanda por reabilitação não é conhecida. As informações sobre a saúde e condições de vida dos portadores de deficiência são escassas no país, pois não há destaque suficiente para este problema na agenda política do setor saúde. Tal conhecimento, no entanto, representaria um espaço estratégico para a consolidação dos direitos das pessoas portadoras de deficiências (permanentes e temporárias) e constituiria um dos alicerces do projeto de conquistas sociais e de construção da cidadania para este segmento da população (Facchini et al., 2005).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) realizada em 1981 estimou que 2% da população brasileira era portadora de deficiência, sendo metade com deficiência motora. Com consideráveis limitações metodológicas (baseado na resposta espontânea de pessoas com graus de maior deficiência), o Censo de 1991 indicou um percentual de 1,1% de pessoas nesta condição na população nacional (55,6% sexo masculino e 44,4% feminino). Dentre as pessoas com deficiências motoras, predominavam as do sexo masculino na faixa etária de 20 anos e mais. O fato de essa população estar localizada em áreas urbanas indica a provável correlação dos traumas e seqüelas com as causas externas (Brasil, 2003d).

De fato, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência constata que as causas externas desempenham papel extremamente relevante na produção de deficiências motoras. Estudo da Rede Sarah (apud Brasil, 2003d) informa que, de um total de 293 pacientes com traumatismo de coluna vertebral atendidos, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito e 24% de armas de fogo, 12% de mergulho em águas rasas, 11,6% de quedas e o 9,5% de demais acidentes. Afirma ainda, com base em vários outros estudos, que a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho são importantes causas de deficiências, especialmente em centros urbanos de médio e grande porte (Portal da saúde – [www-saude.gov.br](http://www-saude.gov.br) – Atenção à saúde.htm).

Grande parte das vítimas de acidentes e violências é formada por jovens, o que representa para a própria pessoa, sua família e para o país, o ônus pela perda de valiosos anos de vida produtiva e o custo de um tratamento médico-hospitalar e de reabilitação que, em muitos casos, pode prolongar-se por longo tempo (Souza et al., 2005; Minayo, 2005). Ao lado disso, ressaltamos o que já dissemos anteriormente, existem poucos centros de reabilitação ligados à rede pública de saúde municipal, estadual e federal em condições de dar respostas às demandas suscitadas pelo atual contexto de causas externas, vivenciado nas cidades brasileiras.

Os serviços de reabilitação hoje existentes estão especialmente voltados para o atendimento da pessoa portadora de deficiência, ou seja, para aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidade de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho das atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (Brasil, 2003d).

Outra definição de deficiência é dada pela Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação – CIDD-2 (OMS, 1982) –, que reconhece como deficiência “uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais” e incapacidade para o desempenho de ativida-

des simples ou complexas. Há, entre os militantes dessa área, uma proposição de substituição do termo “incapacidade” por “dificuldade no desempenho individual”, pelo fato de a segunda expressão significar uma situação mais dinâmica e menos estática, ser mais funcional para um planejamento de ações diferenciadas e evitar conotações discriminatórias que a palavra “incapacidade” certamente contém.

O conceito de reabilitação do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, da ONU, é:

Um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais. (Brasil, 2003d: 38)

Reconhecendo que existem múltiplos tipos de deficiência e vários graus de comprometimento do desempenho individual, podemos dizer que, em geral, ela traz implicações funcionais do ponto de vista físico, psíquico e social. No entanto, a capacidade para re-inserção, para levar uma vida independente e para retomar papéis sociais relevantes depende não apenas da situação e disposição individual (que é crucial), mas também e de forma decisiva, do acesso a serviços especializados e a tecnológicas oportunas. Vítimas de violências e acidentes portadoras de deficiências constituem hoje um desafio para os serviços públicos, com destaque para os de saúde, quando demandam um atendimento adequado e integrado do ponto de vista físico e mental.

A ONU delega à esfera da reabilitação a prestação dos seguintes tipos de serviços: a) detecção precoce, diagnóstico e intervenção; b) atendimento e tratamento médicos; c) assessoramento e assistência social, psicológica e outros; d) treinamento em atividades de independência, inclusive em aspectos de mobilidade, de comunicação e atividades da vida diária, com os dispositivos necessários, por exemplo, para as pessoas com deficiência auditiva, visual ou mental; e) fornecimento de suportes técnicos e para mobilidade e outros dispositivos; f) serviços educacionais especializados; g) serviços de reabilitação profissional (inclusive orientação profissional, colocação em emprego aberto ou abrigado); h) acompanhamento (ONU apud Brasil, 2003d).

Como constataremos ao longo desta avaliação, as instituições de reabilitação existentes nas localidades estudadas, a exemplo do que ocorre no país, têm escopo de ação ainda muito reduzido. A rede de atenção é pequena para a dimensão do problema e os poucos serviços existentes privilegiam o atendimento de pessoas com deficiências físicas. Esse foco se deve à visibilidade das alterações físicas no desempenho funcional do indivíduo que, em geral, vê sua independência para a realização de atividades relacionadas ao cuidado pessoal, à mobilidade, às atividades ocupacionais e profissionais comprometidas (Amiralian et al., 2000).

É importante destacar que todos os documentos governamentais, internacionais e militantes sobre o assunto ressaltam que o processo de reabilitação deve envolver o esforço das múltiplas instituições públicas e privadas, bem como da sociedade civil organizada, no

sentido de promover o retorno do paciente para o convívio social, reintegrando-o à sociedade e aos processos de produção de bens e serviços.

É no contexto dos direitos da população com algum tipo de deficiência que se situa o problema de reabilitação das vítimas de acidentes e violências. No entanto, é praticamente inexistente uma rotina de atendimento específico de reabilitação voltado para essa população. E, igualmente, é quase nulo o investimento na meta de atuação integrada, para que a pessoa portadora de deficiência “alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo” (ONU apud Brasil, 2003d: 37).

Como já dissemos, historicamente esse nível da atenção da rede de saúde historicamente recebe menos apoio político, tecnológico, de formação de especialistas e financeiro, expandindo-se timidamente em relação aos níveis pré-hospitalar e hospitalar. E também, apenas recentemente se inicia uma sensibilização dos diversos estados e municípios da federação, colocando como ponto de destaque da agenda pública e da área de saúde, os direitos dos portadores de deficiências.

## REGULAMENTAÇÃO DA ATENÇÃO EM REABILITAÇÃO NO PAÍS

A Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é balizada pela Lei n. 7.853 (em vigor desde 1989), mas o Decreto n. 3.298, que regulamenta a Lei, só teve vigência dez anos depois (Brasil, 2003d). No entanto, tanto a Lei quanto o Decreto precedem a PNRMAV, promulgada em 2001 (Brasil, 2001a).

Esta Lei n. 7.853 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e sobre a criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde). Ela disciplina a atuação do Ministério Público e define para a área da saúde atribuições de: promoção de ações preventivas; desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes do trabalho e de trânsito e de tratamento adequado às vítimas; criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento por meio de técnicas e padrões de conduta apropriados e normalizados; garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, organizados com a participação da sociedade e voltados para sua integração social.

O Decreto n. 3.298/99 também dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Ele detalha e amplia os temas abordados na Lei n. 7.853/89 (Brasil, 2003d). Tem uma seção voltada para a área da saúde, determinando que órgãos e entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar tratamento prioritário e adequado aos portadores de deficiência mantendo o que havia sido disposto na lei. Nessa seção, destaca-se a necessidade de articulação do setor saúde com os serviços sociais, educacionais e com a área do trabalho. O documento especifica também o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseadas na comunidade. O Decreto inclui na assistência integral à saúde e à reabilitação da

pessoa portadora de deficiência, a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa portadora de deficiência. Também considera parte integrante do processo de reabilitação, o provimento de medicamentos que favoreçam a estabilidade clínica e funcional e auxiliem na limitação da incapacidade, na reeducação funcional e no controle das lesões que geram incapacidades.

O tratamento e a orientação psicológica e assistência em saúde mental são apontados no referido Decreto, destinados a contribuir para que a pessoa portadora de deficiência atinja o mais pleno desenvolvimento de sua personalidade. Também é fomentada a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades.

Nos últimos anos, o Governo Federal, através da Corde, vem atuando em prol dos direitos dos portadores de deficiência. A Corde é um órgão de Assessoria da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Sua atuação se dá de forma efetiva através do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade), órgão com competência para acompanhar e avaliar o desenvolvimento da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer, política urbana, dirigidas a este grupo social.

Para melhor desempenho de suas atribuições, esse órgão criou o Sicorde, que é o Sistema de Informações sobre Deficiência, com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Pnud/ONU e da Agência Brasileira de Cooperação, ABC, do Ministério das Relações Exteriores. O Sicorde tem 23 núcleos implantados em território nacional, além de responder à proposta de ação governamental do Programa Nacional de Direitos Humanos (<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/principal.asp>).

Em síntese, na área da saúde, o desenvolvimento das ações de reabilitação vem se dando especialmente por meio de planos de ação baseados em duas políticas setoriais e uma portaria:

- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV (Brasil, 2001a);
- Portaria do Ministério da Saúde n. 818, 2001, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (Brasil, 2003d);
- Política Nacional de Atenção às Urgências (Brasil, 2004e).

Na trajetória de implantação da PNRMAV vamos encontrar muitos avanços e recuos que indicam resistências, rejeição, frágil vontade técnica e política, aliada à morosidade burocrática propiciada pela estrutura da máquina governamental. Mas o processo ora em curso também tem se mostrado criativo e frutífero.

Em junho de 2001, a Portaria do Ministério da Saúde n. 818 (Brasil, 2003d) criou mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, definindo três níveis de assistência à reabilitação física (primário, intermediário e de referência).

Dados de dezembro de 2006 indicam existirem no país 136 instituições que compõem a rede estadual de assistência à pessoa com deficiência. Um total de 86 é de nível intermediário e a maior parte localizada nas regiões Sudeste (47,7%) e Sul (20,9%). Na Região Nordeste, estão 17,4% dos serviços, no Norte 9,3% e no Centro-Oeste 4,7%. Existem 50 serviços de referência. Sua concentração no Sudeste é ainda maior (66%), ao passo que no Nordeste estão 16%, no Sul 10%, no Centro-Oeste 6% e no Norte 2% (Portal da Saúde – [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) – [atencao a saude.htm](http://atencao.a.saude.htm)).

Em todos os níveis estão previstas normas técnicas e atribuições para prescrição, avaliação, adequação de treinamento, acompanhamento, dispensação de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção, preparação para alta, convívio social e familiar além de orientação e suporte às equipes de Saúde da Família. Está previsto que cada nível deve contar com apoio de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia tais como os de patologia clínica, de radiologia e de ultra-sonografia, compatíveis com sua complexidade (Brasil, 2003d)<sup>14</sup>.

Buscando sanar lacunas e acelerar o papel do setor nesse tipo de inclusão social e de serviço devido aos cidadãos, o Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Tal documento retoma os princípios garantidos na Constituição Brasileira quando afirma a competência comum à União, estados e municípios de cuidar da saúde e da assistência pública, dar proteção e garantia às pessoas portadoras de deficiências.

Essa importante iniciativa do Ministério da Saúde parte de um diagnóstico da situação atual da assistência no nível de reabilitação. Esse documento aponta esse nível de assistência como precário, de baixa cobertura e centralizado na região Sudeste. Mostra ainda haver falta de investimento na criação de leitos e centros hospitalares e pouca sensibilização dos gestores em relação à questão. Por fim, constata a insuficiente remuneração do leito de reabilitação. O texto evidencia que há uma incipiente articulação do Sistema com os hospitais universitários para a oferta de atenção especializada, mas, ao mesmo tempo, aponta descontinuidade da disponibilidade de órteses, próteses e de bolsas coletoras em todos os serviços (Brasil, 2003d).

<sup>14</sup> Os Serviços de Reabilitação Física no primeiro nível devem estar subordinados tecnicamente a um serviço de nível intermediário, desenvolvendo atendimento individual e em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar, além das tarefas comuns a todos os níveis. A equipe deve ser composta minimamente por médico, fisioterapeuta ou formação na área de reabilitação física, assistente social e profissional de nível médio. Para cada 80 pacientes é necessário um médico, um fisioterapeuta ou técnico (Portaria MS/GB n. 818, Brasil, 2003d). O nível intermediário deve ter funcionamento diário de pelo menos um turno de quatro horas, desenvolvendo as atividades de avaliação médica, clínica e funcional; atendimento individual e em grupo; preparação para alta e orientação técnica às equipes dos Serviços do primeiro nível. A equipe mínima deve contar com médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro, além de profissionais de nível médio. Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação visam à assistência intensiva daqueles referenciados por outros serviços. Devem funcionar em dois turnos de oito horas e num turno de quatro horas. Devem ser capazes de oferecer avaliação clínica especializada, avaliação e atendimento individual e grupal em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição, atendimento medicamentoso, além das funções comuns a todos os níveis de complexidade. Sua equipe mínima é composta por médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista e profissionais de nível médio. Deve possuir serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, além do laboratório de patologia clínica, serviço de medicina de imagem, de medicina nuclear, avaliação funcional e de diagnóstico de eletroencefalografia e potenciais evocados e urodinâmica (Portaria MS/GB n. 818, Brasil, 2003d).

A partir do citado diagnóstico, a Portaria 818 destaca as seguintes diretrizes: 1) a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiências (com fortalecimento de iniciativas que conduzam à autonomia e à garantia de igualdade de oportunidades para as pessoas portadoras de deficiências); 2) a assistência integral a sua saúde (promovendo a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, incorporando tal assistência em unidades de diferentes níveis de complexidade); 3) a prevenção de deficiências; 4) a ampliação e o fortalecimento dos mecanismos de informação; 5) a organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência.

Nesse item é ressaltado que no nível da atenção básica devem ser desenvolvidas ações de prevenção primária e secundária, além de ações básicas de reabilitação. O documento determina que a atenção secundária se volte para o atendimento das necessidades específicas advindas das incapacidades propriamente ditas, mediante atuação profissional especializada. E ressalta que o nível terciário deve promover o atendimento para as pessoas cujos tipo e gravidade das incapacidades requerem intervenção mais freqüente e intensa; 6) a capacitação de recursos humanos, dentro de uma filosofia de formação contínua e de integralidade da atenção, para a qual estimula o desenvolvimento em nível de pós-graduação.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, orientada pelo princípio de equidade e pela diretriz de descentralização, indica a necessidade de inclusão do atendimento de reabilitação na própria comunidade, conjugando os esforços já existentes em cada região. As portas de entrada deste atendimento são as Unidades Básicas de Saúde ou os Hospitais de Emergência ou o Pronto Atendimento, onde devem ser avaliadas as necessidades de cada paciente e dado o prosseguimento a seu acompanhamento (Brasil, 2004e).

## SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NAS CINCO CAPITALS ANALISADAS

Os serviços públicos analisados nesta pesquisa constituem um pequeno e desigual acervo: em Manaus estudamos três serviços; em Recife, cinco; no Distrito Federal, oito; no Rio de Janeiro apenas um e em Curitiba, dois. Foram vistas, ao todo, 20 unidades, duas com vínculo federal, nove estaduais, seis municipais e três não-governamentais conveniadas ao SUS. As ONGs foram excluídas desta fase do estudo.

No nível primário da atenção, apenas Recife relata a existência de cinco centros e policlínicas. No nível intermediário temos dois serviços em Manaus. Os demais são considerados serviços de referência.

## AÇÕES DIRECIONADAS A VÍTIMAS DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS E A SUAS FAMÍLIAS

Na tabela 62, visualizamos as ações ofertadas pelas instituições de reabilitação nas cinco capitais estudadas.

Avaliação médica e fisioterapia clínica não é realizada em todas as instituições. Avaliações mais específicas nas áreas de terapia ocupacional, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição são ainda mais escassas nas unidades. Recife destaca-se pela precariedade



dos atendimentos e, logo a seguir, está o caso do Distrito Federal (lembramos que a Rede Sarah não se dispôs a participar da pesquisa). Na única unidade avaliada no Rio de Janeiro há informação de atendimento realizado por todas as categorias profissionais citadas anteriormente.

Tabela 62 – Distribuição dos serviços segundo atenção oferecida pelos serviços de reabilitação em cinco localidades brasileiras – 2006

Ações	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento em grupo	3	100,0	5	83,3	4	50,0	1	100,0	1	50,0
Prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias	3	100,0	6	100,0	6	75,0	1	100,0	2	100,0
Estimulação neuropsicomotora	2	66,7	5	83,3	5	62,5	1	100,0	1	50,0
Orientação familiar	3	100,0	3	50,0	7	100,0*	1	100,0	2	100,0
Avaliação médica, clínica e funcional	3	100,0	5	83,3	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação clínica especializada	3	100,0	5	83,3	6	75,0	1	100,0	1	50,00
Avaliação e atendimento em fisioterapia	2	66,7	6	100,0	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em terapia ocupacional	-	-	4	66,7	5	62,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em fonoaudiologia	1	33,3	4	66,7	5	12,5	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em psicologia	3	100,0	4	66,7	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em serviço social	3	100,0	4	66,7	8	100,0	1	100,0	2	100,0
Avaliação e atendimento em enfermagem	3	100,0	3	50,0	7	87,5	1	100,0	1	50,00
Avaliação e atendimento em nutrição	3	100,0	3	50,0	5	62,5	1	100,0	1	50,00
Atendimento medicamentoso com dispensação de remédios	2	66,7	1	16,7	5	62,5	1	100,0	-	-
Avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados	-	-	2	33,3	1	12,5	1	100,0	1	50,00
Avaliação urodinâmica	1	33,3	-	-	2	25,0	-	-	1	50,00
Atendimento clínico nas diversas especialidades médicas	3	100,0	3	50,0	3	42,9*	-	-	1	50,00
Atendimento cirúrgico	1	33,3	-	-	4	50,0	-	-	1	50,00

\* Distrito Federal – N=7

A precária dispensação de medicamentos, salvo na unidade do Rio de Janeiro, denota o pouco investimento nesse nível de atenção, e é lastimável, uma vez que geralmente os serviços públicos de reabilitação atendem à clientela de baixo poder aquisitivo.

De forma geral, as menores frequências de serviços de atendimento aos pacientes ocorrem nas áreas de fonoaudiologia, avaliação urodinâmica, eletroneuromiografia e de potenciais evocados. Mas também é precário o atendimento clínico em diversas especialidades médicas e cirúrgicas. Observamos uma interlocução muito difícil entre especialidades essenciais ao tratamento de reabilitação e baixa articulação entre os setores. Essa situação fica explícita na fala do gestor responsável pela área de reabilitação da cidade do Rio de Janeiro:

*A estrutura em reabilitação no município é muito pequena, insuficiente. O que existe é um atendimento da emergência na tentativa de evitar seqüelas. As unidades existentes são pouco acessíveis, existem mil problemas. Eu acho que o problema começa na emergência, o paciente sai da emergência e não tem acesso à reabilitação, pois, não tem um fluxo organizado de notificação das causas de acidentes. Atualmente o grande desafio de trabalho da secretaria é desenvolver a notificação da morbidade e não trabalhar com a mortalidade. Então nós podemos dizer que a atenção, hoje, é disponível em todo o município na fase aguda. Daí em diante é que surgem os problemas.*

Falhas no sistema de reabilitação estão presentes em outras localidades. Em Manaus, poucas instituições recebem pacientes, denotando a fragilidade do referenciamento da rede para continuidade de atendimentos necessários. O serviço de maior relevância na cidade é o desenvolvido pela Universidade Federal do Amazonas.

Nas unidades de Recife, a fala corrente é de que reabilitação e reinserção social são timidamente propostas e executadas na rede de saúde municipal.

*A estrutura de atendimento dos serviços de reabilitação para atendimento às vítimas de acidentes e violências tem sido percebida como insuficiente para a demanda que o município vem apresentando, pois está em fase de organização no que diz respeito à atenção em reabilitação. Embora, é bom destacar que o modelo é descentralizado. Há um serviço para cada distrito sanitário, exceto em um dos distritos sanitários. É bom também destacar que o número de equipamentos disponíveis é insuficiente e não há diversidade de equipamentos, dificultando corresponder as necessidades. (Gestor de reabilitação – Recife)*

Na cidade do Rio de Janeiro são poucas as unidades com fisioterapia na rede municipal, e há apenas um estabelecimento especializado em reabilitação. No município existem algumas unidades que têm fisioterapia, mas só o Instituto Oscar Clark oferece atendimento com equipe multidisciplinar. Existem duas unidades credenciadas no Rio de Janeiro para dispensação de órtese e prótese: a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) e Oscar Clark. A ABBR é uma referência estadual e o Oscar Clark, uma referência municipal. A ABBR tem uma oficina de confecção de órtese e prótese. São produtos de excelente qualidade e a instituição possui bom quadro profissional de terapeutas ocupacionais. No entanto, a ABBR não entrou nesta análise por estar em greve e porque não mantinha convênio com o SUS no momento de estudo. Há também, na cidade do Rio de Janeiro, o

Hospital Sarah. Todavia, ele não dispensa órtese e prótese e não faz parte da rede pública de atendimento, apenas desenvolve ações em reabilitação infantil.

Para avaliar a oferta de serviços de reabilitação nas cinco localidades, criamos alguns indicadores. Um deles mensura a “proporção de unidades primárias” que realiza atendimento em grupo, prevenção de seqüelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora e orientação familiar. A única unidade primária do Distrito Federal e 80% das existentes em Recife executam quase todas as ações de prevenção avaliadas (no mínimo três das quatro ações preconizadas). As demais localidades não têm unidades primárias.

Outro indicador afere a “proporção de unidades intermediárias” que realiza atendimento em grupo, avaliação médica, clínica e funcional. Apenas Manaus possui duas unidades de nível intermediário e ambas informam realizar essas ações próprias do seu nível de complexidade.

Desenvolvemos ainda um indicador que avalia a “proporção de serviços de referência” que realizam pelo menos 10 das 13 atividades principais propostas para seu maior nível de complexidade: avaliação clínica especializada; avaliação e atendimento em fisioterapia; avaliação e atendimento em terapia ocupacional; avaliação e atendimento em fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição; atendimento medicamentoso com dispensação de remédios; avaliação funcional e de diagnóstico de eletroneuromiografia e potenciais evocados; avaliação urodinâmica; atendimento clínico nas diversas especialidades médicas; e atendimento cirúrgico. Os serviços de Manaus, Recife e Rio atendem ao critério de excelência proposto. Em Curitiba e Distrito Federal, apenas 50% dos serviços que responderam ao tópico possuem pelo menos 10 das atividades estabelecidas para avaliar esse nível de serviço de referência. Tais resultados indicam a diversidade das ações e procedimentos das instituições de referência, apesar de haver normas e padrões preconizados.

Na tabela 63, apresenta-se a média de atendimentos realizados pelos serviços de reabilitação em 2005. Observamos que a atenção às vítimas de acidentes e violências tem números bem inferiores ao total das ações oferecidas nos serviços de reabilitação.

Tabela 63 – Média de atendimentos realizados pelos serviços de reabilitação de cinco localidades brasileiras – 2005 (jan–jun)

	Manaus	Recife (N=6)	Distrito Federal (N=4)	Rio de Janeiro (N=1)	Curitiba (N=2)
Média de atendimentos (valor mínimo-máximo)	-	17.364 (44-51.276)	985 (50-4.200)*	3.710	339 (142-535)
Média de atendimentos por violências (valor mínimo-máximo)	-	-	41 (25-79)	186	13 (10-15)
Média de atendimentos por agressão (valor mínimo-máximo)	-	-	29 (5-60)	89	9 (3-15)
Média de atendimentos por lesão auto-provocada (valor mínimo-máximo)	-	-	7 (0-17)	2	60 (0-60)
Média de atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais (valor mínimo-máximo)	-	-	14 (0-40)	-	8 (0-15)
Média de atendimentos por acidentes (valor mínimo-máximo)	-	-	20 (0-35)	9	21 (12-30)
Média de atendimentos por acidentes de trânsito/transportes (valor mínimo-máximo)	-	-	17 (0-30)	38	58 (8-107)
Média de atendimentos por quedas (valor mínimo-máximo)	-	-	10 (0-27)	-	2 (0-2)
Média de atendimentos por demais acidentes (valor mínimo-máximo)	-	-	12 (0-35)	48	41 (2-80)

\* A média de atendimentos do DF inclui 5 serviços.

Em Curitiba sobressaem os atendimentos a traumas por acidentes de trânsito/transporte e por lesões auto-infligidas. No Distrito Federal e no Rio de Janeiro a maior proporção de atendimentos se deve a lesões e traumatismos por violências e agressões. Manaus e Recife não informaram as características dos serviços prestados. Apesar do nosso investimento em buscar informações que constam da tabela 63, entendemos que ela deva ser lida com ressalvas, pela precária cultura de registro dos dados, sobretudo no caso das ações de reabilitação.

Criamos também um indicador que avalia a proporção de unidades (em todos os níveis de complexidade) que oferecem, de forma adequada e suficiente, preparação para alta hospitalar, suporte para convívio social e familiar e informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências. Ressaltamos que os gestores do Rio de Janeiro, de Recife e de Curitiba relataram que 100% dos serviços oferecem adequada orientação e realizam as ações preconizadas no indicador a favor das vítimas de violência. Em Manaus e no Distrito Federal, várias instituições não deram informações que permitissem calcular o indicador.

Em Manaus, por exemplo, das três instituições analisadas, apenas duas informaram sobre o tema e nenhuma delas afirmou que presta adequada e suficiente preparação para

alta, suporte para convívio social e familiar e informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências. Metade dos serviços do Distrito Federal que informou sobre o assunto relatou adequação e suficiência no referido indicador.

Alguns detalhes referentes à atenção prestada nos serviços de reabilitação das cinco localidades merecem destaque.

Em Manaus o atendimento existente na rede estadual denomina-se Programa de Atenção Integral ao Deficiente (Paid) e divide-se em vários módulos: deficiente ortopédico, auditivo, ocular e ostomizado. Não há um registro organizado que permita saber quantos pacientes vinculados ao programa possuem agravos decorrentes de acidentes ou violências. O Programa funciona, essencialmente, na Policlínica Codajás, com dificuldades estruturais básicas que vão desde a oferta de órteses e próteses, insuficiência de vagas e falta de profissionais especializados para oferta de um atendimento adequado.

A Policlínica Codajás é uma unidade vinculada à Secretaria Estadual de Saúde que passou por reformas administrativas e estruturais recentes, surgindo, portanto, como um centro de serviços e ambulatorios especializados para diversos fins. O Serviço de fisioterapia da Policlínica Codajás é o único plenamente estruturado e referenciado pelo estado. Na policlínica, realiza-se dispensação de próteses e órteses, além do programa de atividades terapêuticas de acompanhamento aos usuários. Contudo, não há registro sobre a origem dos traumas e lesões que deram causa às seqüelas atendidas.

O Hospital Adriano Jorge, também estadual, possui um serviço de reabilitação, o Centro de Referência em Reabilitação ao Deficiente Físico. Essa unidade passou por recentes alterações estruturais físicas e administrativas, sendo recentemente incorporado à estrutura da Universidade do Estado do Amazonas, do qual será hospital-escola. Os registros e atendimentos realizados nesse serviço também não levam em conta o evento que causou a seqüela ou a lesão.

O poder público municipal não desempenha atividades no eixo de reabilitação. Cabe perguntar: onde estão os pacientes? Em suas residências? Em instituições asilares? Em clínicas populares? Em clínicas universitárias? A responsabilidade pela reabilitação no setor saúde recai sobre o nível estadual. Contudo, as unidades básicas deveriam receber e fazer a triagem dos pacientes com essa demanda, como preconiza o Ministério da Saúde no documento da política específica. Os poucos serviços existentes na cidade não conseguem dar suporte às demandas dos pacientes seqüelados. Sobretudo, há grande escassez de profissionais de neurologia e de terapeutas ocupacionais. Tanto a parte estrutural quanto o corpo técnico, segundo a opinião dos gestores, encontram-se em defasagem em relação à adequação física e técnica, à especialização e à suficiência.

Apesar das críticas, devemos ressaltar a excelência do atendimento de reabilitação no Programa de Atividades Motoras para Deficientes, desenvolvido pela Faculdade de Educação Física da Universidade Federal do Amazonas. É um serviço federal que tem como limitações a restrição de vagas, por ser, justamente, o único com estrutura completa e de atenção integral. Atua junto aos seqüelados desde o momento de sua chegada ao Hospital

Getúlio Vargas, até a etapa posterior, promovendo atividades esportivas no Centro de Atividades Motoras no *campus* universitário. Atende em torno de 40 pessoas, a partir do momento em que o paciente passa por atendimento médico-clínico. Contudo, outras modalidades de atenção como, por exemplo, fisioterapia, desporto, atividades psicossociais, respondem por uma demanda mais ampla.

Na cidade de Recife a maioria de serviços de reabilitação é de nível municipal, com apenas uma unidade pertencendo a organização não-governamental conveniada ao SUS. Há ainda, nessa cidade, um modelo assistencial hierarquizado e descentralizado quase totalmente institucionalizado. O atendimento tem sido voltado prioritariamente para as crianças e adolescentes vítimas de violência. Contudo, notamos uma preocupação na estruturação da atenção a mulheres e idosos, vítimas de violência. Observamos pouco investimento em ações de prevenção e de suporte social e terapêutico para a família dos pacientes. Os atendimentos ambulatorial, hospitalar e psicológico são as principais ações empreendidas. No entanto, observamos falta de profissionais e de capacitação nesse setor e em todos os níveis de atenção especificamente para atendimento a vítimas de violências e acidentes. Também os registros são precários e feitos manualmente, sem uma política de sistematização de informações.

No Distrito Federal, a informação dos tipos de acidentes e violências não é de muita confiabilidade, devido ao fato de muitas instituições não realizarem a contagem (coleta e arquivamento) dos dados e, ainda que realizem, na maioria das vezes essa contagem é incompleta e não informatizada. Há problemas nos fluxos de referência e contra-referência, dificultando a chegada do paciente ao serviço de saúde, ao andamento do atendimento do serviço de reabilitação. O atendimento de reabilitação não contempla a perspectiva de inserção do paciente no convívio social.

O serviço de reabilitação estudado na cidade do Rio de Janeiro dispõe de um total de 1.082 vagas ambulatoriais. Em entrevista com a coordenação do setor de Reabilitação, foi mencionado um total de 26 leitos, número escasso para um município tão populoso e com estatísticas tão relevantes de vítimas de violências e acidentes. O gestor hospitalar destacou que a utilização dos leitos por pacientes para o tratamento clínico de longa duração é inviabilizada pela ocupação desnecessária dos chamados “casos sociais”: “situações em que o paciente poderia ter alta se tivesse suporte em casa, familiares para cuidar, mas que, no entanto, se perpetuam no hospital por falta de condição social mínima que permita alta”, ou seja, a situação chamada pelos médicos metaforicamente de “leitos crônicos”.

Há uma proposta da coordenação atual do Programa de Saúde da Família de incorporar profissionais especializados para realizarem o atendimento de reabilitação nas comunidades. Essa demanda surge como uma solicitação da própria população e das associações de moradores tendo em vista a grande demanda de jovens traumatizados, lesionados e seqüelados, vítimas de confrontos armados entre traficantes de drogas: “para atender nosso pessoal, nossos meninos que com freqüência se acidentam” (Gestor do setor de reabilitação – RJ).

Os entrevistados do Rio de Janeiro mencionam muita resistência dos profissionais da rede de saúde em atenderem pessoas portadoras de deficiência. A coordenadora do programa cita, por exemplo, a dificuldade para conseguir atendimento em clínicas diferenciadas como a de ginecologia e de odontologia, e afirma: “eles têm que obter atendimento na rede com equipe preparada, inclusive do ponto de vista da relação pessoal”.

A conclusão sobre a situação do Rio de Janeiro é de que há necessidade de ampliação dos serviços e de contratação de novos profissionais para a rede pública. Pois existe fila de espera para reabilitação e para a dispensação de órteses, próteses e de cadeira de rodas.

Em Curitiba, a Secretaria Municipal de Saúde entende que a cobertura assistencial oferecida pelos serviços de reabilitação é adequada, porém necessita ser ampliada. Avalia também as dificuldades de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiências.

*Somos uma referência para três milhões de pessoas no Paraná, nestes dois serviços, e de fato a quantidade de profissionais com a experiência em reabilitação e re-inserção é muito pequena. Acredito que temos que ter um avanço nesta perspectiva. Temos uma proposta do Governo do Estado de um hospital voltado para a reabilitação aqui em Curitiba que estará preenchendo uma lacuna. (Gestor SMS – Curitiba)*

*Conhecemos e acompanhamos a Política Nacional quando temos dificuldades para estar implantando a integralidade, pois a questão política necessita de um aporte financeiro substancial e de uma definição de protocolos assistenciais, de fluxo, atenção, capacitação e de um registro dos pacientes com deficiências. Hoje o sistema SUS não tem um quadro com estas informações específicas para identificar esta população. Falta um sistema de informação adequado para atender a implantação e dificuldades desta política. (Gestor SMS – Curitiba)*

Constatamos, em resumo, que a oferta de serviços de reabilitação ainda está restrita a poucas unidades que, por sua vez, têm que lidar com a máquina governamental morosa, muitas vezes engessada pela burocracia federal, estadual e municipal. Faltam aporte financeiro substancial, definição de protocolos assistenciais, registro de fluxo, atenção, capacitação e de um registro dos pacientes com deficiências. Não há informações confiáveis para identificar essa população. “Falta um sistema adequado de informação para atender a implantação e dificuldades desta política” (Gestor SMS – Curitiba).

As falas de alguns gestores apontam para dificuldades de várias ordens, vivenciadas nas localidades estudadas, para implantar ou para gerenciar a área de reabilitação.

*Pelo que venho observando, parece que o setor de reabilitação é o mais frágil em quase todos os lugares, e especificamente nessa questão de acidentes e violências, ele agora que está se movimentando, por conta dessa rede que tem que ser montada. A impressão que tenho é que todos estão no mesmo patamar, ou seja, estão em processo de implementação, pois tudo é muito novo. Não existiam parâmetros de como realizar esse serviço, hoje a coisa já é regulamentada, montada em portarias, dando as normativas, dando as diretrizes, mostrando o caminho que se deve seguir. Assim cabe a cada gestor, dentro a partir de sua situação geográfica, contingente de pessoas, adequar da melhor forma possível a sua realidade. Pois Manaus é diferente da realidade de São Paulo, é diferente da realidade de Belém, é diferente*

*da realidade de Curitiba. O gestor tem que fazer a tua adequação conforme as tuas condições e a tua situação. (Gestor de reabilitação – Curitiba)*

*A política de trabalho visa a eficiência e não a deficiência, ou seja o trabalho é desenvolvido a partir do potencial de cada paciente, com o que ele pode fazer. Quando é uma pessoa que não pode ser trabalhada de jeito nenhum, a gente tem que trabalhar com a família. No que diz respeito ao atendimento vem sendo desenvolvido com equipe multidisciplinar nas unidades que têm essas equipes e também com equipes intersetoriais. (Gestor de reabilitação – Rio de Janeiro)*

## ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Foi solicitado que cada serviço, nas cinco capitais estudadas, avaliasse a quantidade de profissionais de que dispõe para o atendimento de vítimas de violências e acidentes, atribuindo nota de zero a dez. As melhores notas foram auferidas pelos entrevistados de Curitiba (média 8,5) e Rio de Janeiro (8,0). Os profissionais do Distrito Federal e de Manaus fazem avaliação intermediária (6,9 e 6,7, respectivamente). Os de Recife avaliam muito negativamente o número de especialistas e outros funcionários nos serviços, conferindo-lhes a nota 3,7.

Como pode ser observado na tabela 64, as equipes multiprofissionais para atendimento de reabilitação nas cinco capitais apresentam considerável diversidade: oscilam de 878 profissionais na totalidade dos serviços do Distrito Federal a 34 profissionais nos de Curitiba.

Tabela 64 – Distribuição percentual dos Serviços/Programas, segundo pessoal disponível para atendimento nas capitais – 2006

Profissionais	Manaus (N=109)	Recife (N=441)	Distrito Federal (N=878)	Rio de Janeiro (N=225)	Curitiba (N=34)
Médico fisiatra	2,8	0,0	0,3	6,2	8,8
Fisioterapeuta	34,7	1,6	1,8	19,6	32,5
Fonoaudiólogo	13,8	1,8	-	3,6	11,8
Enfermeiro	3,7	20,0	12,6	5,8	2,9
Assistência social	6,4	4,3	1,7	1,3	8,8
Psicólogo	11,0	3,2	2,4	3,1	8,8
Terapeuta ocupacional	14,6	0,0	1,4	7,6	11,8
Nutricionista	2,8	0,7	2,3	1,3	2,9
Farmacêutico	2,8	0,2	2,4	1,8	-
Responsável técnico	3,7	0,5	1,1	4,4	8,8
Técnico/auxiliar de enfermagem	3,7	67,7	74,0	45,3	2,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



São poucos médicos fisiatras na composição das equipes de reabilitação; fisioterapeutas apenas estão mais presentes e atuantes nas cidades de Manaus, Curitiba e Rio de Janeiro. Em Recife e no Distrito Federal, os serviços com equipes maiores são compostos pelo domínio de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Eles correspondem a quase 90% dos profissionais. Terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, duas especialidades muito relevantes para determinados tipos de reabilitação, apenas têm mais destaque na composição das equipes em Manaus e em Curitiba.

Os gestores de Manaus ressaltaram que a ausência de profissionais capacitados para o atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências constitui um problema expressivo para o setor.

*O atendimento de reabilitação às vítimas de acidentes e violências consegue proporcionar, no que se refere à reabilitação física, o atendimento através de profissionais de fisioterapia e psicólogo. Mesmo com todas as dificuldades apresentadas há um movimento dessa área de reintegração psicossocial desse paciente. Mas a reintegração ao trabalho, é aquilo que eu já te falei, a gente precisa caminhar um pouco mais e montar as oficinas, que propicie a pessoa a se sentir realmente necessário e apto a voltar a trabalhar e/ou a desenvolver minimamente a função física ora perdida. (Gestor de reabilitação – Manaus)*

Na cidade do Rio de Janeiro, o trabalho em equipe multidisciplinar é uma característica da reabilitação. O paciente passa primeiro pelo fisiatra ou médico, responsável pelo diagnóstico e pela parte clínica. Em seguida, a equipe multidisciplinar cuida do desenvolvimento funcional. A indicação mais freqüente de reabilitação é a seqüela funcional, que constitui “o grande problema para a reabilitação”, segundo a coordenação do programa. Os pacientes com esse problema são encaminhados para fisioterapia em unidades de saúde. Mas, são poucas as unidades da rede municipal que têm fisioterapeutas e apenas o estabelecimento estudado oferece reabilitação de forma completa.

Os gestores do Distrito Federal destacam a insuficiência de profissionais importantes para o atendimento voltado à reabilitação. Dentre eles podemos citar falta de psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos fisiatras. É interessante perceber que essa grave lacuna é acompanhada pelo número deficiente de técnicos e auxiliares de enfermagem no Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba.

Para avaliar a suficiência de equipes multiprofissionais, foi criado um indicador que avalia a “proporção de unidades primárias” que possuem equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento. Constatamos que apenas Recife e Distrito Federal têm serviços de nível primário de atenção. No entanto, um dos serviços de Recife não alcança a equipe mínima de três profissionais, indispensáveis para seu funcionamento, pois é preconizada a existência de médico, fisioterapeuta (ou outro profissional da área de reabilitação física), assistente social e profissional de nível médio (Brasil, 2003d).

Criamos outro indicador que avalia a “proporção de serviços de referência” com equipe mínima de profissionais indispensáveis para seu funcionamento. Consideramos pelo menos 8 das 9 categorias profissionais: médico fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta

ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, nutricionista e profissionais de nível médio. Os serviços de referência de Manaus e do Rio de Janeiro cumprem positivamente os indicadores. O Distrito Federal alcança 80%. Em Recife a equipe do serviço de referência possui menos de oito categorias profissionais e, em Curitiba, um serviço alcança o critério de excelência e outro não.

## ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

A competência dos serviços quanto ao provimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção está apresentada na tabela 64. Rio de Janeiro e Curitiba se destacam por serviços de reabilitação que assumem competência em todo o processo de avaliação e prescrição de órteses, próteses e meios de locomoção. Esse cuidado integral é também acompanhado, nas unidades dessas duas capitais, por dispensação e treinamento do usuário para uso dos dispositivos que recebem e acompanham a evolução dos pacientes.

Tabela 65 – Distribuição dos serviços segundo competência em relação a órteses, próteses e meios de locomoção nas capitais – 2006

	Manaus		Recife		D.Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>ÓRTESES</b>										
Avalia indicação	3	100,0	4	66,7	6	85,7	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	5	83,3	4	57,1	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	3	100,0	4	66,7	2	28,6	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	2	28,6	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	2	33,3	3	42,9	1	100,0	2	100,0
<b>PRÓTESES</b>										
Avalia indicação	2	66,7	3	50,0	5	71,4	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	4	66,7	2	50,0 <sup>1</sup>	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	2	66,7	4	66,7	-	0,0 <sup>1</sup>	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	1	25,0 <sup>1</sup>	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	2	33,3	2	50,0 <sup>1</sup>	1	100,0	2	100,0
<b>MEIOS DE LOCOMOÇÃO</b>										
Avalia indicação	2	66,7	4	66,7	6	85,7	1	100,0	2	100,0
Prescreve utilização	2	66,7	5	83,3	4	80,0 <sup>2</sup>	1	100,0	2	100,0
Treina para o uso	3	100,0	4	66,7	1	20,0 <sup>2</sup>	1	100,0	2	100,0
Faz acompanhamento	2	66,7	5	83,3	2	50,0 <sup>1</sup>	1	100,0	2	100,0
Faz dispensação	2	66,7	3	50,0	2	40,0 <sup>2</sup>	1	100,0	2	100,0

<sup>1</sup> Quatro serviços informaram sobre o tema

<sup>2</sup> Cinco serviços informaram sobre o tema

Analisando-se a tabela, pode-se observar que as outras três localidades apresentam problemas. Manaus dispõe de competência apenas nos itens avaliação e treinamento para o uso de órteses e para os meios de locomoção. Recife e Distrito Federal falham em relação aos vários itens.

Na tabela 66, apresentamos a listagem de notas aferidas pelos próprios serviços, no que concerne a vários itens. Destacamos que a nota 10 não foi alcançada por nenhuma das capitais analisadas.

Em relação a órteses, próteses e meios de locomoção, Curitiba e Manaus sobressaem por atingirem melhores notas para a variedade da oferta e para qualidade e quantidade disponível de material. Em Curitiba o quesito “continuidade” recebeu nota mais elevada (8,5) em relação à cidade de Manaus (6,3). No Rio de Janeiro há boas notas para os primeiros quesitos, mas nota 1 para a quantidade disponível e a continuidade do abastecimento, indicando problema significativo para nas atividades de reabilitação.

Quando analisarmos os itens referentes a medicamentos e equipamentos verificamos que as notas caem muito, mostrando uma debilidade bastante significativa no que diz respeito à variedade de oferta e continuidade de abastecimento. No que se refere à manutenção, somente os gestores de Manaus atribuíram uma nota boa aos serviços.

Tabela 66 – Notas atribuídas para itens relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/ violências nos serviços de reabilitação das cinco localidades – 2006

Itens	Manaus (N=3)	Recife (N=6)	Distrito Federal (N=8)	Rio de Janeiro (N=1)	Curitiba (N=2)
<b>ÓRTESES, PRÓTESES E MEIO DE LOCOMOÇÃO</b>					
Variedade da oferta	8,3	4,0	5,2	8,0	8,5
Qualidade do material	8,7	4,0	5,5	9,0	8,5
Quantidade disponível	7,0	4,0	4,7	1,0	8,5
Continuidade de abastecimento	6,3	4,0	4,0	1,0	8,5
<b>MEDICAMENTOS</b>					
Variedade da oferta	6,0	3,0	6,3	4,0	-
Continuidade do abastecimento	4,0	3,0	6,5	5,0	-
<b>INSUMOS BÁSICOS</b>					
Variedade da oferta	8,8	5,5	5,6	7,0	7,0
Continuidade do abastecimento	7,0	5,5	5,6	7,0	7,0
<b>EQUIPAMENTOS PARA APO IO DE REABILITAÇÃO</b>					
Variedade da oferta	8,3	5,8	5,7	7,0	7,5
Manutenção	8,7	7,0	5,1	1,0	7,5

A existência de recursos tecnológicos para atendimento nas cinco capitais estudadas pode ser visualizada na tabela 67. A utilização de dispositivos de urodinâmica é relatada apenas por dois dos serviços do Distrito Federal, um de Manaus e as outras localidades nada mencionaram sobre o tema. No Rio de Janeiro, foi constatada somente a existência de radiologia convencional.

Tabela 67 – Distribuição dos serviços de reabilitação em cinco localidades brasileiras, segundo a existência de recursos tecnológicos para diagnóstico e acompanhamento – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Análise clínica/laboratorial	3	100,0	2	33,3	6	75,0	-	0,0	1	50,0
Medicina nuclear	-	0,0	-	0,0	2	25,0	-	0,0	-	0,0
Radiologia convencional	3	100,0	2	33,3	5	62,5	1	100,0	1	50,0
Urodinâmica	1	33,3	-	0,0	2	25,0	-	0,0	-	0,0
Ultra-sonografia	2	66,7	1	16,7	4	50,0	-	0,0	-	0,0

A tabela 67 chama a atenção, pois alguns serviços não disponíveis em várias das capitais estudadas comprometem o estabelecimento de diagnósticos. Por exemplo, a medicina nuclear ajuda na avaliação mais precisa dos tecidos, facilitando verificar a gravidade do impacto das lesões. A urodinâmica é importantíssima na avaliação dos traumas raquimedulares (TRM), de pacientes que apresentam bexiga neurogênica – incontinência e infecção urinária. No quadro apresentado falta a eletromiografia, que permite a avaliação da condução nervosa, muito importante na averiguação de doenças neurológicas periféricas, fraturas com lesão traumática dos nervos, distrofia simpática reversa dos distúrbios osteomoleculares (Dort). A radiologia convencional só permite averiguar ossos e articulações. Paralelamente à precariedade de recursos tecnológicos em algumas unidades analisadas, lembramos ainda a dificuldade que é encaminhar pacientes para a rede pública de saúde. Todas essas deficiências comprometem tanto o atendimento em si como a qualidade do tratamento e do acompanhamento dispensado às vítimas de violências e acidentes.

Foi criado um indicador para avaliar a oferta de recursos tecnológicos, considerando a existência de análise clínica e laboratorial, de medicina nuclear, de radiologia convencional, de urodinâmica e de ultra-sonografia. Foi considerada uma oferta adequada à existente no serviço de atenção primária que apresentasse pelo menos dois desses recursos; e o serviço de atenção secundária que ofertasse no mínimo três deles. Duas unidades em Manaus deram informações que permitiram calcular o indicador, com apenas um deles alcançando o critério de adequação. Dos cinco de nível primário de atenção em Recife, também apenas

dois informam sobre o assunto. Assim, verificamos que apenas um deles possui recursos tecnológicos adequados. O único serviço primário do Distrito Federal obedece aos critérios estabelecidos.

Considerando apenas os serviços de referência, pudemos avaliar o nível de adequação de recursos tecnológicos.

- O único serviço de referência de Manaus está adequado, pois utiliza três ou mais dos recursos tecnológicos requeridos. Há recursos para análise clínica e laboratorial e radiologia convencional, mas nem sempre em quantidade suficiente. Nenhum serviço possui equipamentos de medicina nuclear. Urodinâmica e ultrassonografia estão presentes de forma suficiente e adequada em apenas algumas unidades. De certo modo, uma rápida avaliação desses aspectos pode sugerir que existem recursos disponíveis no nível de atendimento de reabilitação. Contudo, é importante ressaltar, nesse caso também, que os serviços de reabilitação do município de Manaus costumam absorver demandas acima de sua capacidade, como ocorre com o nível hospitalar, uma vez que todas as necessidades do estado do Amazonas são orientadas para a capital.
- Os únicos serviços de referência estudados no Distrito Federal e no Rio de Janeiro não estão adequados, com utilização de menos de três dos recursos requeridos no atendimento em reabilitação.
- Apenas um serviço de referência de Curitiba informou sobre o assunto, apresentando inadequação aos pré-requisitos.
- Em Recife observamos pouca disponibilidade de recursos tecnológicos de laboratório de análise clínica, de ultrassonografia e de radiologia convencional, o que impede diagnósticos mais precisos e acompanhamento terapêutico adequado.

A organização dos serviços também foi aferida pelo indicador que avalia “a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para suporte para laboratório de radiologia e patologia clínica”. Verificamos que apenas Manaus e Rio de Janeiro apresentam suporte próprio e têm adequada articulação com outras unidades de serviço. No Distrito Federal há uma dificuldade grande nesse particular, pois só uma das oito unidades possui os mecanismos requeridos. Em Recife e Curitiba a metade de seus serviços possui suporte laboratorial e clínico. Tais dados indicam a pouca qualidade do atendimento dispensado a pessoas que, freqüentemente, apresentam dificuldades de locomoção.

A existência de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violências, acessíveis aos profissionais, foi mencionada positivamente pela única unidade de reabilitação estudada no Rio de Janeiro, por 87,5% dos serviços de reabilitação do Distrito Federal, por 50% de Curitiba e Recife e por nenhum serviço de Manaus.

Constam, da tabela 68, as notas atribuídas pelos serviços das cinco capitais, referentes ao processo de comunicação e registro existentes. Os gestores aferiram notas muito baixas à articulação com as equipes que atuam em saúde da família, ação que seria crucial para

continuidade do tratamento e acompanhamento dos pacientes. Também a comunicação com os serviços de atendimento pré-hospitalar recebeu nota mais baixa em todas as capitais com exceção de Curitiba, revelando mais uma vez a desarticulação os três níveis de atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação).

Tabela 68 – Notas médias atribuídas pelos serviços aos seguintes itens relativos ao atendimento às vítimas de acidentes/violências – 2006

	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Comunicação com serviços de atendimento pré-hospitalar	1,7	3,8	6,1	5,0	7,5
Comunicação com serviços de atendimento hospitalar/emergência	5,3	6,6	5,8	3,0	7,5
Comunicação com serviços de atendimento ambulatorial	7,3	6,6	6,5	7,0	7,5
Comunicação com serviços de equipes em saúde da família	1,7	5,5	4,1	-	2,5
Transporte de pacientes	7,5	4,8	6,9	2,0	2,5
Especialização da equipe	8,0	7,8	7,1	9,0	7,5
Instalações físicas do serviço	6,3	6,3	6,0	8,0	6,0
Registros do Atendimento	5,7	7,5	6,4	7,0	6,5
Fluxos de referência e contra-referência	3,7	7,0	4,7	6,0	6,5

O transporte de pacientes apresenta-se como um problema especialmente grave nas cidades do Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. As instalações físicas e a equipe dos serviços receberam notas mais elevadas.

Analisamos como os gestores avaliam a adequação do tempo desde a matrícula do paciente até o da evolução e da finalização da atenção às pessoas seqüeladas por acidentes e violências. Ressaltamos, na tabela 69, que, em Manaus e Curitiba, a maioria dos serviços considera que apresenta boa adequação de tempo entre a lesão e a busca de tratamento, entre o tempo decorrido para agendamento de primeira consulta e a permanência do paciente no tratamento. O serviço estudado no Rio de Janeiro não relata essa relação. Os gestores de Recife e do Distrito Federal reconhecem muitas deficiências na continuidade no tratamento nas três etapas analisadas.

Tabela 69 – Distribuição dos serviços que consideram adequado o tempo de recebimento e continuidade da atenção às vítimas de violências e acidentes nas capitais – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adequação do tempo decorrido entre a lesão e a busca de tratamento	3	100,0	1	16,7	4	57,1	-	0,0	2	100,0
Adequação do tempo decorrido para o agendamento de primeira consulta	3	100,0	1	16,7	4	57,1	1	100,0	2	100,0
Adequação do tempo de permanência do paciente em tratamento	3	100,0	5	83,3	4	57,1	1	100,0	2	100,0

Na tabela 70, apresentamos a avaliação da oferta de serviços às vítimas de acidente e violência. Nas cinco capitais há problemas no que concerne ao acompanhamento pós-alta e ao atendimento domiciliar. Todavia, existem ações positivas sendo realizadas nas localidades em análise no que se refere ao suporte para convívio social e familiar, informações sobre direitos das pessoas portadores de deficiência e na preparação para alta.

Tabela 70 – Oferta de serviços às vítimas de acidentes e violências – 2006

	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento domiciliar	1	33,3	2	33,3	1	12,5	-	0,0	-	0,0
Preparação para alta	3	100,0	5	83,3	8	100,0	1	100,0	1	50,0
Suporte para convívio social e familiar	3	100,0	4	66,7	7	87,5	1	100,0	2	100,0
Acompanhamento pós-alta	1	33,3	4	66,7	5	62,5	-	0,0	-	0,0
Informações sobre direitos das pessoas portadoras de deficiências	2	66,7	4	66,7	4	50,0	1	100,0	2	100,0

Em resumo, visto das mais diferentes formas, há ações importantes sendo oferecidas ao público e há serviços modelares no que concerne ao nível de reabilitação de lesões e traumas, nas cinco capitais. No entanto, existem muitos déficits de pessoal, de unidades, de equipamentos, de informação, de comunicação e de articulação. Sobretudo, nada encontramos em relação à reabilitação mental, o que seria fundamental, pois muitas lesões e traumas não são aparentes, atravessam a vida emocional das pessoas, prejudicando sua qualidade de vida e sua convivência no meio social.