Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde

Deployment specialized center in rehabilitation: advantages and disadvantages mentioned by local health managers

Juarez de Souza Pereira¹, Wiliam César Alves Machado²

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p373-381>

Pereira JS, Machado WCA. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 set.-dez.;26(3):373-81.

RESUMO: Este estudo buscou identificar as vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores sobre a implantação do Centro Especializado de Reabilitação, como referência regional em um município da região Centro Sul Fluminense, Três Rios/RJ, Brasil. Pesquisa exploratória, descritiva, abordagem quali-quantitativa. Dados coletados através de entrevistas individuais, roteiro semiestruturado, com 27 participantes, no primeiro semestre 2014, analisados a luz do *Qualiquantisoft® versão 1.3c*. Emergiram Idéias Centrais sobre vantagens, tais como: melhor qualidade de vida; facilidade no acesso; oferta de serviços especializados; evitar o deslocamento; garantia de um serviço de qualidade a baixo custo; melhora da gestão no setor de transporte; não soube informar e nenhuma vantagem. Quanto às desvantagens: dificuldades com o transporte; aumento da demanda; e preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos. A despeito das vantagens, conclui-se que elas não coadunam em sua plenitude com os benefícios que os serviços em redes podem proporcionar. As desvantagens apontam para desafios no aprimoramento da gestão.

DESCRIPTORIOS: Reabilitação; Gestão em saúde; Regionalização.

Pereira JS, Machado WCA. Deployment specialized center in rehabilitation: advantages and disadvantages mentioned by local health managers. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015 Sept.-Dec.;26(3):373-81.

ABSTRACT: This study sought to identify the advantages and disadvantages determined by the managers about the deployment of the Specialized Rehabilitation Center, as a regional reference in a municipality of Centro Sul Fluminense region, Três Rios/RJ, Brazil. Exploratory and descriptive research, quantitative approach. Data collected by personal interviews, semi-structured instructions, with 27 participants, in the first semester of 2014, analyzed in the light of *Qualiquantisoft® version 1.3c*. Central ideas emerged about advantages, such as: better quality of life; ease of access; provision of specialized services; to prevent the displacement; guarantee of a quality service at low cost; improvement of management in the transport sector; could not inform, and no advantage. Regarding the disadvantages: difficulties with transportation; increased demand; and concerns and responsibilities in guaranteeing health care services. Despite the advantages, it is concluded that they are not in its fullness with the benefits that network services can provide. The disadvantages point to challenges in improving the management.

KEYWORDS: Rehabilitation; Health management; Regional health planning.

* Artigo extraído do projeto de pesquisa de mestrado profissional “Unidade de reabilitação física do município de Três Rios: enquadramentos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde”, de Juarez de Souza Pereira, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - PPGSTEH, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

1. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH. E-mail: juarezpereira.fisio@gmail.com.
2. Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - PPGSTEH. E-mail: wilmachado@uol.com.br.

Endereço para correspondência: Juarez de Souza Pereira. Av. Anibal Peixoto Lavinas, 151, Bl 03, Aptº 402. Vila Isabel, Três Rios, RJ, Brasil. E-Mail: juarezpereira.fisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde instituiu nova sistemática para as Políticas Públicas de Saúde para pessoas com deficiências (PcD) no Brasil, passando a se estruturar com base nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização dos programas e serviços, e fazendo prevalecer a orientação de que a saúde é direito de todos os cidadãos. Priorizando ações direcionadas as necessidades da sociedade, no caso deste estudo para PcD, com vista a alcançar a integralidade do cuidado¹.

Sabe-se que os Centros de Reabilitação começaram a ser implantados, no Brasil, no final da década de 50. Mais especificamente, com a implantação de um Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação da Organização Mundial da Saúde, instalado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1956. O modelo de atenção era focado numa proposta de concepções médicas sobre as incapacidades e a reabilitação física, legitimando o modelo hegemônico de reabilitação no Brasil².

Pautados no modelo hegemônico, a atenção a saúde das pessoas com deficiência era concentrada nos Centros de Reabilitação, ambiente de cuidados institucionais que concentrava todos os recursos destinados a prevenir, reabilitar e deliberar sobre os projetos terapêuticos em reabilitação^{2,3}.

É imperativo destacar que esse modelo de atenção contribuiu para que os Centros de Reabilitação fossem reconhecidos como serviços de baixa cobertura e limitada capacidade para dar conta de questões mais amplas, sobretudo às de caráter assistencial. Ademais, sua abrangência ficava deveras restrita a grupos populacionais que residiam próximos dos centros urbanos privilegiados economicamente, exacerbando a exclusão de pessoas que viviam em áreas geográficas distantes destes³.

Para Mendes⁴ (p.2302) o SUS deve se estruturar em redes de atenção a saúde (RAS) para superar o vigente sistema fragmentado, a fim de dar conta da atual situação de saúde estabelecida pela transição epidemiológica, com relativa predominância das condições crônicas, além da transição demográfica, que aponta para o aumento da longevidade e inevitável aumento da demanda de cuidados típicos de reabilitação para com os idosos.

Cabe ressaltar que um dos maiores desafios do SUS, neste século, será o de responder as necessidades dos seus, aproximadamente, 32 milhões de idosos⁵. De maneira que

complicações maiores são apontadas por haver uma estreita relação do aumento das deficiências (física, visual, auditiva e mental) com o aumento da longevidade da população⁶, acrescidas das incapacidades advindas das causas externas (acidentes de trânsito e as violências)⁷.

No entanto, Melo⁸ (p.1718) afirma que os atendimentos nos serviços de reabilitação é um grande desafio para o SUS, considerando o escopo de sua atuação serem reduzidos, com poucos investimentos e pouca sensibilização dos gestores sobre a questão.

Buscando mudar o estabelecido, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279 de dezembro de 2010⁹, estabeleceu diretrizes para que as ações e serviços de saúde do SUS se articulem de acordo com a lógica de organização em RAS.

As RAS são organizadas com maior envolvimento através de um conjunto de serviços de saúde que se vinculam através missões e objetivos comuns, desenvolvendo ações que permitam ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população a partir da coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS)⁴.

As principais características das redes são estabelecidas pela forma colaborativa entre os diferentes componentes, os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e implicam em um contínuo de atenção nos diferentes níveis⁴.

Nesse contexto, a microrregião 1 Centro Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, composta por cinco municípios, vem se organizando para implantar um Centro Especializado de Reabilitação Física (CER) regionalizado de acordo com o que é preconizado pela Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012¹⁰.

De acordo com essa portaria o CER é um ponto de atenção de característica ambulatorial especializada e responsável em realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas. Cabendo realizar atendimentos de forma articulada com os demais pontos de atenção a saúde constituindo-se em referência no território, envolvendo a equipe, o usuário e sua família no projeto terapêutico¹⁰.

Nesse sentido, surgiu a seguinte questão de pesquisa: Quais são as vantagens e as desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde quanto à implantação do Centro Especializado em Reabilitação?

OBJETIVO

Identificar as vantagens e desvantagens apontadas

pelos gestores municipais de saúde sobre a implantação do Centro Especializado de Reabilitação, como referência regional em um município da região Centro Sul Fluminense, Três Rios/RJ, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quali-quantitativa, utilizando o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e o programa *Qualiquantisoft® (QQsoft) versão 1.3c*. Realizada entre janeiro e março de 2014, nos cinco municípios que compõem a microrregião 1 da região Centro Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

O estudo teve como referencial teórico a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, norteado pela Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência¹⁰, que se configura conjunto de parâmetros de articulação dos serviços de saúde e reabilitação em rede.

Os municípios envolvidos foram: Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios. Sendo que este último se apresentou com capacidade instalada na sua unidade de reabilitação física para se habilitar em um CER e se tornar referência para os demais municípios da microrregião 1. Decisões pactuadas na esfera da Comissão Intergestores Regionais, instância deliberativa sobre a regionalização de serviços na região em tela.

Foram selecionados 27 participantes que desempenham funções típicas de gestores (coordenadores, chefes de serviços, gerentes, secretários e subsecretário) em seus respectivos municípios envolvidos com a temática.

As entrevistas aconteceram após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, utilizando um questionário semiestruturado que buscou identificar as vantagens e desvantagens a respeito da implantação de um serviço regional de reabilitação física no município de Três Rios/RJ, no contexto das redes de atenção a saúde. Foram analisadas questões sobre as vantagens e desvantagens para os municípios e para a administração. Ressalta-se que se tratava da fase de planejamento da implantação do CER, momento em que foi dada a oportunidade aos gestores no sentido de se manifestarem quanto às possíveis vantagens e desvantagens para os usuários do programa (municípios).

Os dados foram coletados através de entrevistas e registrados por gravação de áudio e posteriormente transcritos. Realizadas nas próprias unidades de saúde onde os gestores atuam. Ambientes exclusivo, livres de ruídos e da possibilidade de interferências, de forma a não comprometer a qualidade das respostas dos participantes quanto ao questionário.

Após as transcrições o material foi submetido

à análise utilizando o programa *QualiQuantiSoft® versão 1.3c*, que contribuiu com a organização das Expressões Chaves (ECH), das Idéias Centrais (ICs) e, conseqüentemente, a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹¹.

Sabe-se que as ECH são trechos ou segmentos que revelam a essência do discurso selecionado pelo pesquisador. Já as ICs, são compreendidas como expressão ou nome dado aos sentidos das ECHs, sendo que, ao final, as ICs recebem o nome de categoria¹¹.

Após várias leituras das ECH de cada resposta foi possível organizar as categorias de acordo com as ICs, que têm na teoria das representações sociais, o fundamento do método do DSC¹¹.

Para cada IC/ Categoria foi construído o DSC que expressa empiricamente o conjunto de opiniões/pensamentos do grupo entrevistados, que culmina em “discursos-sínteses” reunindo respostas de diferentes pessoas, com conteúdos discursivos de sentido semelhante. O DSC representa então um conjunto e não um ser individual, caracterizando um ente pensante coletivo com voz sobre o tema da pergunta na população pesquisada¹².

De acordo com Lefevre¹¹ (p.82) o atributo “Intensidade/ força” do DSC refere-se ao número de pessoas que contribuíram com suas ECHs relativo às ICs, semelhantes ou complementares, para a elaboração do DSC. Foi através desse atributo que se identificou o grau de compartilhamentos dos pensamentos/ opiniões reveladas na população desta pesquisa e apresentadas em percentual para cada IC/ Categoria identificada.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, via Plataforma Brasil, e aprovado com o parecer de nº 502.802 em 19/12/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sócio-demográfico dos participantes se apresentou com as seguintes características: quanto a escolaridade, 2 participantes com nível médio completo e 25 com ensino de nível superior completo; quanto ao sexo, 20 do sexo feminino e 7 do masculino; do tempo de atuação na área de reabilitação, 9 declararam nunca ter atuado, enquanto 4 informaram atuar em período inferior a 1 ano, 5 atuam entre 1 e 5 anos, 4 entre 6 e 10 anos, 3 entre 11 e 15 anos, 1 entre 16 e 20 anos, e 1 entre 21 e 25 anos.

O Quadro 1 apresenta resultados elaborados a partir das Idéias Centrais (IC) emergidas no estudo, numa disposição que demonstra vantagens e desvantagens tanto para os municípios quanto para administração.

Quadro 1 - Síntese das vantagens e desvantagens para os municípios e para administração, implantação CER, Microrregião 1, Centro Sul Fluminense, Três Rios/RJ, 2015

Vantagens e desvantagens para os municípios	
1. Vantagens	2. Desvantagens
IC 1.1 - Melhor qualidade de vida [7,41%]	IC 2.1 - Nenhuma desvantagem [70,37%]
IC 1.2 - Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados [66,67]	IC 2.2 - Dificuldade com o transporte [25,93%]
IC 1.3 - Evitar o deslocamento [22,22%]	IC 2.3 - Aumento da demanda [3,7%]
IC 1.4 - Nenhuma vantagem [3,7%]	
Vantagens e desvantagens para administração	
3. Vantagens	4. Desvantagens
IC 3.1 - Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo [62,97%]	IC 4.1 - Não identificaram [74,08%]
IC 3.2 - Melhora da gestão no setor de transporte [33,33%]	IC 4.2 - Dificuldade com o transporte [14,81%]
IC 3.3 - Não soube informar [3,7%]	IC 4.3 - Preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos [11,11%]

Fonte: Elaborado a partir das ideias centrais (IC) extraída das expressões chaves (ECH).

Vantagens para os municípios

As ideias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às vantagens para os municípios com a implantação do CER.

Questão 1: Quais as vantagens para os municípios?
IC/ Categoria 1.1: Melhor qualidade de vida. [7,41%]

[DSC 1.1] - *Eu acho que a gente vai conseguir melhorar muito a qualidade de vida dessas pessoas. Elas vão ter atendimento, realmente, no local que, hoje, não tem esse fluxo dentro do SUS.*

IC/ Categoria 1.2: Facilidade no acesso e oferta de serviços especializados. [66,67%]

[DSC 1.2] - *A própria oferta do serviço já é uma vantagem com mais recurso, com uma mão de obra mais especializada, com sistema de referência e contrarreferência mais ágil, a baixo custo, num ambiente físico preparado adequadamente para esse tipo de atendimento que, em toda região, é muito carente, além de reduzir esse tempo na fila de espera. A gente tem uma demanda para a cidade do Rio de Janeiro, sendo uma cidade vizinha, será mais fácil para o acesso dos municípios.*

IC/Categoria 1.3: Evitar o deslocamento dos municípios. [22,22%]

[DSC 1.3] - *A questão do deslocamento, encurtar a distância que hoje a gente tem com o Rio de Janeiro. Com a implantação da rede aqui, eles não vão mais precisar se deslocar em busca de próteses, de órteses; já diminui um pouco também, no transporte desses pacientes.*

IC/ Categoria 1.4: Nenhuma vantagem. [3,7%]

[DSC 1.4] - *Assim, vantagem eu não vejo não. Porque eu acho que eles vão ter é dificuldade. Talvez em algumas referências, não sei como vai ser esse tratamento, mas igual para prótese, alguma coisa assim, vai ser mais perto. [...] seria a única vantagem que eu vejo.*

Salvo o apontado no [DSC 1.4] a maioria dos gestores destacou que a implantação do CER trará substantivas vantagens para os municípios.

As vantagens ora identificadas emergem a partir das carências que a microrregião 1 apresenta nos programas de reabilitação disponíveis aos potenciais usuários. Herança do ainda vigente modelo hegemônico de reabilitação com serviços concentrados e disponíveis em Centros de Reabilitação nas capitais³.

Cabe ressaltar que as carências reveladas neste estudo podem ser comuns em outras regiões de saúde do país, uma vez que estes serviços estiveram por longo período subfinanciados e à margem do foco das políticas públicas setoriais e do interesse dos gestores de saúde⁸.

O CER preconizado pela Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, pretende superar essas dificuldades através de garantias de acesso e melhoria da qualidade dos serviços, organizados e regionalizados em rede de atenção à saúde. Passando a oferecer cuidado integral sob a lógica de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, com a articulação e a integração entre os pontos de atenção, e a oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção¹⁰.

Nesse sentido, contribuições conceituais em um estudo sobre acesso¹³, apontaram para uma distinção entre duas dimensões que constituem o termo acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica. Destacando que a acessibilidade sócio-organizacional se relaciona com questões que envolvem todas as nuances da oferta de serviços, excluindo-se os aspectos geográficos, que obstruem ou facilitam o acesso das pessoas ao uso dos serviços.

Nesse contexto, a proximidade dos municípios com o futuro CER foi identificada como vantagem para os municípios terem acesso ao serviço de reabilitação, considerando a longa distância existente entre os municípios e as atuais referências da área, localizada na cidade do Rio de Janeiro.

No estudo de Aguilera et al.¹⁴ (p.1031) as longas distâncias entre os municípios e os serviços especializados foi apontada como uma dificuldade para os usuários terem acesso aos serviços, caracterizando uma barreira logística deveras potencializadas em decorrência das condições socioeconômica da população e do poder público em viabilizar transportes para atender a demanda.

A Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência tem entre os seus propósitos o desafio de aproximar os serviços de reabilitação das PcD através da APS. Ademais, à rede cabe também estabelecer ações que vão desde a identificação precoce das deficiências ao incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência¹⁰.

Sabe-se que a percepção sobre a qualidade de vida é influenciada por duas dimensões: subjetiva e a objetiva. A dimensão subjetiva se relaciona com a cultura e as ações individuais. A dimensão objetiva relaciona-se com a organização e a oferta de programas públicos responsáveis por melhorar a condição de vida de uma sociedade, influenciando positiva ou negativamente na percepção de bem-estar das pessoas envolvidas neste contexto¹⁵.

Como observado no [DSC 1.1], os gestores apontaram que poderão “melhorar a qualidade de vida” das pessoas com deficiência com a implantação do CER.

Desvantagens para os municípios

Na continuidade, apresentam-se as idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às desvantagens para os municípios com a implantação do CER.

Questão 2: Quais as desvantagens para os municípios?
IC/ Categoria 2.1: Nenhuma desvantagem. [70,37%]

[DCS 2.1] - *Não enxergo desvantagem nenhuma. Elas podem surgir com o passar do tempo.*

IC/ Categoria 2.2: Dificuldade com o transporte. [25,93%]

[DCS 2.2] - *A desvantagem que eu vejo, hoje, é a questão do transporte. A gente não tem o transporte adaptado para atender a demanda.*

IC/ Categoria 2.3: Aumento da demanda. [3,7%]

[DSC 2.3] - *Eu não quero entender que vai haver uma desvantagem, mas o acesso vai ser igualitário para a região como um todo, então vai aumentar o número de atendimentos.*

As desvantagens apontadas nos [DSC 2.2] e no [DSC 2.3], configuram desafios maiores de logística e operacional acerca do garantir os direitos das PcD, que uma desvantagem no tocante ao transporte e aumento da demanda para estes usuários.

Por outro lado, é importante destacar que um dos desafios da gestão, em relação ao aumento da demanda é o de atender o estabelecido no conceito de suficiência, compreendido como fundamento das RAS. Assim, suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população⁹.

Quanto à desvantagem identificada no [DSC 2.2], no concernente a dificuldade com transporte, estudo realizado em Campo Grande, MS, tece considerações sobre a omissão do poder público em garantir direitos sociais aos cidadãos, os quais acabam buscando alternativas¹⁶.

Ademais, o estudo de Silva et al.¹⁶ (p.80), revela que os entrevistados referiram que o deslocamento para o serviço de fisioterapia era realizado por meio de transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, transportes que impossibilitam ou dificultam o acesso para as pessoas com maior comprometimento motor, além daquelas de condições financeiras desfavoráveis para arcar com despesas de transporte até as clínicas.

Vantagens para a administração

De acordo com o identificado, segue as idéias centrais do discurso do sujeito coletivo referentes às vantagens para administração com a implantação do CER são:

Questão 3: Quais as vantagens para a administração?
IC/ Categoria 3.1: Garantia de um serviço de qualidade a baixo custo. [62,97%]

[DSC 3.1] - *Eu acho que a partir do momento que você cria rede de assistência, você tem uma diminuição, principalmente do custo aliado à qualidade do trabalho. Tudo aquilo que hoje é propiciado para uma população menor, as compras de materiais, as compras de equipamentos, isso vai ser feito numa escala maior para atender a população com a parceria de outras cidades próximas. Então, você vai centralizar todas essas demandas dentro do município.*

IC/ Categoria 3.2: Melhora da gestão no setor de transporte. [33,33%]

[DSC 3.2] - *Eu acho que facilita o custo, reduz despesas da gestão para transportar essas pessoas para outros locais. Acredito que vai conseguir transportar até mais gente, por ser mais próximo.*

IC/ Categoria 3.3: Não soube informar. [3,7%]

[DSC 3.3] - *Não sei. Não sei como responder, não sei mesmo.*

No [DSC 3.1] registram-se vantagens para administração que se coadunam com conceitos de economia de escala, cooperação solidária interfederativa e qualidade na assistência. Conceitos fundamentais para organização das RAS⁹. A aplicação desses conceitos busca a efetivação da integralidade com menor custo e uma maior racionalidade sistêmica no consumo dos recursos¹⁷.

Nesse contexto, destacam-se os sistemas logísticos como integrantes das RAS e consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas, de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde. Destarte, afirmam-se partes dos sistemas logísticos, a identificação e acompanhamento dos usuários, as centrais de regulação, o registro eletrônico e os sistemas de transportes sanitários⁹.

Relevante observar o destacado no [DSC 3.2], quando identifica como vantagem para a melhora na gestão do transporte, compatibilizando-se com o conceito da acessibilidade geográfica¹³ no sentido da implantação

do CER regional. Contribuindo sobremaneira para a operacionalização do sistema administrativo de transportes, traçando rotas específicas para minimizar a distância linear, tempo de locomoção e custo da viagem, tanto para a gestão quanto para o usuário.

Desvantagens para a administração

Questão 4: Quais as desvantagens para a administração?
IC/ Categoria 4.1: Não identificaram. [74,08%]

[DSC 4.1] - *Eu acho que não tem nenhuma. Vai ter só vantagem com isso, ainda mais que vai ficar próximo do nosso município. Acho que tudo que é organizado, com uma gestão bem traçada, só é favorável à administração municipal.*

IC/ Categoria 4.2: Dificuldades com o transporte. [14,81%]

[DSC 4.2] - *Eu ainda mantenho a desvantagem na questão do transporte, que o município teria que gastar com isso. Vai depender sempre de uma estrutura boa de transporte, de pessoal, para acompanhar esses pacientes até lá, entendeu? Porque, às vezes, você pega a própria PPI (Programação Pactuada e Integrada), você consegue marcar um paciente para sete horas da manhã e o outro para cinco horas da tarde. O de sete tem que ficar até as cinco, esperando para poder voltar.*

IC/ Categoria 4.3: Preocupações e responsabilidades em garantir atendimentos. [11,11%]

[DSC 4.3] - *Eu acho que é a responsabilidade. Porque o município passa a ter responsabilidade em garantir atendimento, não só para sua população, como para uma população referenciada também. Existe, sim, por parte da gestão municipal, uma preocupação em atender uma região como um todo. São mais atendimentos, preocupação com profissional mais dedicado, mais qualificado, então existe uma preocupação e não uma desvantagem.*

Observa-se que o tema transporte foi citado nas quatro opções de resposta em distintas situações (conforme Quadro 1): nos [DSC 1.2] e [DSC 3.2] apresentaram-se como vantagens tanto para os municípios quanto para a administração. Nos [DSC 2.2] e [DSC 4.2] o transporte foi apontado como desvantagem para ambas as partes.

No [DSC 4.2] a dificuldade com o transporte está relacionada à forma como é realizado o agendamento, causando desgastes físicos e emocionais aos usuários, devido ao descompasso entre os horários das avaliações clínicas,

consultas especializadas, entre outros procedimentos terapêuticos fora do município, e o retorno desses a cidade onde residem.

Fato semelhante foi relatado no estudo de Machado et al.¹⁸ (p.278), quando identificou queixas dos usuários em relação ao tempo que ficavam na clínica, pois a maioria chegava pela manhã, utilizando transporte coletivo fornecido pelo município de origem e o retorno ocorria quando o último paciente era atendido.

Cabe refletir no sentido de eliminar gradativamente o descompasso apontado no parágrafo anterior, com base nos [DSC 4.2], tendo em vista que o CER tem como usuários pessoas com deficiências físicas ou mobilidade reduzida, cuja espera alongada pode comprometer a integridade cutânea, por permanecer sentado em estrutura diferenciada do habitual, além de acerbar o emocional, desencadeando gatilhos do estresse emocional.

Suspeita-se que a gestão dos transportes no setor saúde tem sido tratada como tópico pouco relevante, um subtema. A propósito, o estudo de Andrade et al.¹⁹, apresentou relatos sobre as dificuldades com transportes, apontando alguns entraves para manter a organização e a articulação entre os programas de atenção primária de saúde (APS) e o serviço de atenção domiciliar (SAD), comprometendo a qualidade e continuidade do cuidado nessas estruturas de serviços públicos de saúde/ reabilitação.

Cabe ressaltar, que os benefícios dos serviços organizados em redes se concretizam quando estes se aprimoram, superam o instituído, eliminam obstáculos e aperfeiçoam seus mecanismos, permitindo e garantindo atendimento integral aos usuários através do pleno acesso aos diferentes serviços à comunidade¹⁷.

Embora não relacionado diretamente a questão do transporte, as contribuições de Silva¹⁷ (p.2757) enfatizam também o subfinanciamento como uma dificuldade para consolidação das redes regionalizadas e aponta desafios a serem superados, tais como: melhora na relação entre as esferas de governo e a clareza de suas atribuições, aprimoramento na gestão intergovernamental e a integração de um modelo assistencial que privilegie a APS.

Em relação às preocupações dos gestores quanto o aumento da responsabilidade em garantir atendimentos aos demais municípios, considerações são feitas em um estudo sobre a definição da alocação dos recursos de custeio, ante a regionalização da estrutura pública em rede, considerando que o município onde estiver referenciado o CER vai ter aumento de custo. Dessa forma, deverá ser aumentado recursos de custeio para que se possa ampliar o acesso de

maneira universal, equitativo e integral aos municípios de toda a região²⁰.

Destaca-se que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) são os instrumentos de planejamento da gestão que orientam as regionalizações dos serviços de saúde do SUS. E é através deles que a gestão busca garantir o acesso de usuários de um dado município em outro que disponha de serviços de saúde pactuados^{21,22}.

CONCLUSÃO

O estudo representa uma contribuição no sentido de trazer informações partidas dos gestores de saúde da esfera municipal sobre vantagens e desvantagens da regionalização dos serviços de reabilitação, consoantes com o proposto para a implantação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, tendo como referência a Cidade de Três Rios, para o Centro Sul Fluminense.

Vantagens foram apontadas pelos gestores a favor dos municípios, predominando as relacionadas à facilidade de acesso com oferta de serviços especializados, compreendendo a implantação da Rede como relevante iniciativa para os usuários do programa de reabilitação. Na mesma linha de raciocínio, os gestores destacaram em ordem decrescente as vantagens de evitar deslocamentos, melhor qualidade de vida, além de não identificar nenhuma.

Apontadas como vantagens para a administração foram: a garantia de serviços de qualidade e a baixo custo; e a melhoria da gestão no setor de transportes, demonstrando tanto envolvimento com a qualidade dos serviços a serem oferecidos à população, quanto vislumbrando oportunidade de melhorias na gestão pública de transportes da saúde.

No plano das desvantagens para os municípios identificadas pelos gestores destacaram-se respostas para nenhuma, seguida da dificuldade de transporte, que se justifica pelo constante desagrado dos usuários dos serviços públicos de saúde, quando o tema remete ao transporte. Houve também quem mencionasse preocupação com o aumento da demanda.

O mesmo pôde ser observado quanto ao alegado desvantagem para a administração, quando maioria dos participantes não identificou nenhuma, seguida de dificuldades com transporte e, finalizando com responsabilidades em garantir atendimentos aos usuários. Nesse sentido, reitera-se preocupação dos gestores quanto ao transporte dos usuários, associada à velha insegurança quanto à garantia dos atendimentos no serviço público.

REFERÊNCIAS

1. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011;22(2):102-9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p102-109>.
2. Almeida MC, Campos GWS. 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. 2002;13(3):118-26. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p118-126>.
3. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(7):1893-902. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
5. Machado WCA, Figueiredo NMA, Pereira J de S, Rezende KR, Silva RA, Silva VM. Capacidade funcional de idosos usuários de unidade dia: resgatando autonomia através das Atividades de Vida Diária. Gest Saúde. 2014;5(5):3068. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/1130/pdf>.
6. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saude Publica. 2011;45(1):99-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>.
7. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. Epidemiol Serv Saúde. 2013;22(4):597-607. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400006>.
8. Melo E. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1717-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700029>.
9. Brasil. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
10. Brasil. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
11. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
12. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora; 2005.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl. 2):S190-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
14. Aguilera S, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na região metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. Rev Adm Pública. 2013;47(7):1021-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000400010>.
15. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACHUSP; 2012. Disponível em: http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf.
16. Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. Interface comum. Saúde Educ. 2014;18(48):75-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.
17. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(6):2753-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
18. Machado MC, Medina FM, Kara-José N. Percepção dos usuários, profissionais de saúde e gestores sobre o modelo de atendimento oftalmológico no Hospital Regional de Divinolândia-São Paulo. Arq. Bras Oftalmol. 2010;73(3):276-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492010000300013>.
19. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Cota Freitas LF. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. Rev

Gaucha Enferm. 2013;34(2):111-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>.

20. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis (Rio J.). 2013;23(4):1101-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>.
21. Souza AS, Chebli ICF, Jacometti EJ, Paiva MG. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. Rev APS.

2010;13(supl. 1). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=574562&indexSearch=ID>.

22. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, Barboza R. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(5):925-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500011>.

Artigo recebido em: 26.03.15

Artido aceito em: 25.08.15