

Luciana de Assis Caetano

**IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO SUS NO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE:**
avanços institucionais e desafios assistenciais

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Universidade Federal de Minas Gerais
2018

Luciana de Assis Caetano

**IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO SUS NO
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE:**
avanços institucionais e desafios assistenciais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano

Orientadoras: Prof^a Dra. Luciana Assis Costa

Prof^a Dra. Rosana Ferreira

Sampaio

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG
2018

C127i Caetano, Luciana de Assis
2018 Implementação dos Serviços de Reabilitação do SUS no Município de Belo Horizonte: avanços institucionais e desafios assistenciais. [manuscrito] / Luciana de Assis Caetano – 2018.
105 f., enc.: il.

Orientadora: Rosana Ferreira Sampaio

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 70-76

1. Serviços de saúde pública - Teses. 2. Saúde - Teses. 3. Reabilitação – Teses. 4. Sistema Único Saúde - Teses. 5. Promoção da Saúde - Teses. I. Sampaio, Rosa Ferreira. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL

SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-

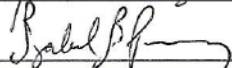
4781/7395

ATA DE NÚMERO 287 (DUZENTOS E OITENTA E SETE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA **LUCIANA DE ASSIS CAETANO** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação **“IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: AVANÇOS INSTITUCIONAIS E DESAFIOS ASSISTENCIAIS”**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Rosana Ferreira Sampaio, Daniela Virgínia Vaz e Izabel Christina Friche Passos, sob a presidência do primeiro. Os trabalhos iniciaram-se às 10h00min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, o Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavra a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada pelo mesmo e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de setembro de 2018.

Professora Dra. Rosana Ferreira Sampaio 

Professora Dra. Daniela Virgínia Vaz 

Professora Dra. Izabel Christina Friche Passos 

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
AV. ANTÔNIO CARLOS, 662 - PAVILÃO DE FÍSICA
31270-900 - BELO HORIZONTE, MG

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de **LUCIANA DE ASSIS CAETANO** intitulada **"IMPLEMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: AVANÇOS INSTITUCIONAIS E DESAFIOS ASSISTENCIAIS"**, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Profa. Dra. Rosana Ferreira Sampaio	APROVADO	<i>Rosana Ferreira Sampaio</i>
Profa. Dra. Daniela Virgínia Vaz	✓	<i>Daniela Vaz</i>
Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos	✓	<i>Izabel Christina Friche Passos</i>

Belo Horizonte, 28 de setembro de 2018.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA REABILITAÇÃO/EEFFTO/UFMG
REUNIÃO DE 28/09/2018
PRESIDENTE: DR. JOÃO CARLOS DE MOURA
SECRETÁRIO: DR. JOÃO CARLOS DE MOURA

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser minha luz, meu consolo, meu sustento, minha força, minha inspiração e minha paz. Obrigada Senhor, por seu amor e sua infinita misericórdia. Por jamais me abandonar e não deixar que eu desista diante das pedras no caminho. Obrigada Nossa Senhora por ser minha fiel escudeira, sempre passando na minha frente e me livrando de todo o mal. Se hoje finalizo este trabalho é pela presença fiel da luz divina em minha vida! Muito obrigada!

À minha família, meu esposo, Fernando, e meus irmãos, Thiago e Leandro, que fizeram parte da construção e finalização deste trabalho. Sem vocês eu não teria conseguido! Muito obrigada!

Aos meus pais que sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida. Muito obrigada!

Às minhas orientadoras Luciana Costa e Rosana Sampaio, agradeço pela oportunidade de conhecimento e pelo acompanhamento.

Especialmente à Luciana Costa agradeço por toda parceria, apoio, dedicação, motivação e conhecimento dedicados a mim. Você é a principal responsável por termos chegado até aqui! Muito obrigada!

À UFMG, minha segunda casa, onde passei toda a minha vida acadêmica: primeiro e segundo graus, duas graduações e agora o mestrado. Só tenho a agradecer a todos, funcionários e professores, que sempre me acolheram tão bem, me fazendo sentir em casa. Obrigada por, mais uma vez, oferecer a oportunidade do conhecimento.

À Fabiane Ribeiro Ferreira e ao José Ângelo Machado pelas sugestões feitas ao projeto inicial.

À Priscilla Barbosa e ao Edison Júnior meu sincero agradecimento pela parceria, apoio e compreensão ao longo desses anos. Muito Obrigada!

Aos amigos, que foram muito importantes, ouvindo, discutindo e aplicando as descobertas ao longo da caminhada. Um agradecimento especial aos amigos dos pólos 4 e 11 do NASF/NE, aos amigos do Centro de Saúde Olavo Albino Corrêa e a Débora Jubilini.

À Marilane Soares, por sua amizade, disponibilidade e apoio. Obrigada por me ajudar a chegar até aqui!

Ao Heber Ribbas, por não hesitar em ajudar e fazer parte deste trabalho! Muito obrigada!

Agradeço também a todos os colegas que aceitaram participar deste estudo.

RESUMO

O termo reabilitação pode ser lido sob duas perspectivas: como ações voltadas ao indivíduo e como serviço no qual as ações de reabilitação são desenvolvidas. O estudo se deteve investigar os serviços de reabilitação. No Brasil, os serviços de reabilitação surgiram com dois focos distintos de cobertura e vinculação: o primeiro dirigia-se ao público de trabalhadores incapacitados ou acidentados sob a responsabilidade dos institutos previdenciários, e o segundo destinava-se às pessoas com deficiência sob a tutela de instituições não governamentais, que não dispunham de nenhuma vinculação estatal. Com a criação do SUS, os serviços de reabilitação passaram a ser contemplados nas políticas de saúde, seguindo os mesmos princípios e diretrizes. Não há uma política específica de reabilitação, e os serviços estão normatizados, de forma pulverizada, em várias subáreas da saúde, sobretudo a da pessoa com deficiência. O objetivo desse trabalho foi analisar a Implementação dos Serviços de Reabilitação no município de Belo Horizonte, tendo como recorte temporal a constituição SUS. Foram produzidos dois artigos a partir dos resultados do estudo: o primeiro analisa as legislações nacionais que se relacionam a criação, organização, financiamento e direcionamento dos serviços de reabilitação no país após a constituição do SUS; o segundo analisa a implementação dos serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte após a criação do SUS, orientada pelo arcabouço normativo federal da política de saúde para a pessoa com deficiência, que regulamenta os serviços de reabilitação no SUS. Com a instituição do SUS a reabilitação foi encampada pelas políticas de saúde as legislações referentes a saúde da pessoa com deficiência organizaram os serviços de reabilitação de forma a construir uma rede de serviços, com definição de atribuição dos entes federados e dotação orçamentaria. Os serviços de reabilitação, em Belo Horizonte, são organizados em uma rede que busca atender os princípios e diretrizes do SUS, e que apesar de ainda não ser suficiente para atender a demanda de toda a população, muito já se avançou na oferta dos serviços. Contudo em 2017 uma nova forma de repasse financeiro foi definida pelo Ministério da Saúde e os serviços de reabilitação podem ser diretamente impactados por este processo de repasse financeiro, pois entram na disputa por recursos com as demais ações e procedimentos da saúde. Assim torna-se necessária uma maior articulação em defesa do SUS, e especificamente, da área de reabilitação.

Palavras-chave: Reabilitação. Sistema Único de Saúde. Belo Horizonte. Política de saúde.

ABSTRACT

The term rehabilitation can be read from two perspectives: as actions aimed at the individual and as a service in which rehabilitation actions are developed. The study investigated rehabilitation services. In Brazil, rehabilitation services emerged with two distinct focuses of coverage and linkage: the first focused on the public of disabled or injured workers under the responsibility of the social security institutes, and the second was aimed at people with disabilities under the tutelage of non-governmental institutions, which had no state ties. Upon the foundation of SUS, rehabilitation services began to be included in health policies, following the same principles and guidelines. There is no specific rehabilitation policy, and the services are standardized, in a pulverized way, in several sub-areas of health, especially that of the disabled person. The objective of this study was to study the Implementation of Rehabilitation Services in the city of Belo Horizonte, having as time reference the foundation of SUS. Two articles were produced to study the theme: the first analyzes the national legislations related to the creation, organization, financing and direction of rehabilitation services in the country after the foundation of SUS; the second examines the implementation of rehabilitation services in the municipality of Belo Horizonte after the foundation of SUS, guided by the federal normative framework of the health policy for the disabled, which regulates rehabilitation services in the SUS. After the establishment of the SUS, rehabilitation was carried out by the health policies, the health legislation of the person with disabilities organized rehabilitation services in order to build a network of services, with definition of the allocation of federated entities and budget allocation. The rehabilitation services in Belo Horizonte are organized in a network that seeks to comply with the principles and guidelines of the SUS, and although it is not yet sufficient to meet the demand of the entire population, much progress has already been made in the offering of services. However, in 2017, a new form of financial transfer was defined by the Ministry of Health and rehabilitation services can be directly impacted by this process of financial allocation, as they enter into the dispute over resources with other health actions and procedures. Thus, a greater articulation is needed in defense of the SUS, and specifically, in the rehabilitation area.

Keywords: Rehabilitation. Unified Health System. Belo Horizonte. Health policy.

LISTA DE SIGLAS

AMR	Associação Mineira de Reabilitação
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
AVD	Atividade de Vida Diária
BH	Belo Horizonte
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CERSAT	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGR	Centro Geral de Reabilitação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIDDM-2	Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAB	Centro de Reabilitação
CRR	Centro de Referência em Reabilitação
CS	Centro de Saúde
DIAS	Diretoria de Assistência à Saúde
eAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GERRC	Gerência da Rede Complementar
GM	Gabinete do Ministro
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAR	Núcleo de Apoio em Reabilitação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPD	Pessoa Portadora de Deficiência
PRHOAMA	Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SNAS	Secretaria Nacional de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UBS	Unidade Básica de Saúde
URS	Unidade de Referência Secundária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

ARTIGO 1 17

ARTIGO 2 33

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 71

REFERÊNCIAS..... 73

ANEXO 1 81

ANEXO 2 85

ANEXO 3 90

APÊNDICE 1 91

APÊNDICE 2 95

APÊNDICE 3 97

APÊNDICE 4 100

PREFÁCIO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sendo estruturada em quatro seções. A primeira seção contém a introdução com a problematização, a justificativa do estudo realizado e os objetivos da dissertação. A segunda seção apresenta o artigo aceito para publicação na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo que apresenta a etapa do estudo correspondente a análise do arcabouço normativo nacional da reabilitação com o título: *A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal*. A terceira seção apresenta o artigo científico correspondente a análise da implementação dos serviços de reabilitação em Belo Horizonte com o título: *Implementação dos Serviços de Reabilitação no município de Belo Horizonte: avanços estruturais e desafios assistenciais*. Este artigo ainda não foi submetido para publicação. Na quarta seção estão expostas as considerações finais desta dissertação. Em seguida, estão indicadas as referências bibliográficas, anexos obrigatórios e nos apêndices o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário utilizado nas entrevistas.

INTRODUÇÃO

O termo reabilitação pode ser lido sob duas perspectivas: como ações voltadas ao indivíduo e como serviço onde as ações de reabilitação são desenvolvidas. Segundo o Ministério da Saúde, “a habilitação/reabilitação compreende um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos. Objetiva-se, assim, desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. Portanto, a habilitação/reabilitação fundamenta-se em uma abordagem interdisciplinar e no envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado” (BRASIL, entre 2013 e 2018).

O estudo se deteve em investigar a oferta de serviços de reabilitação em um município de grande porte após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente será apresentada uma breve contextualização da conjuntura nacional na qual emergiram os primeiros serviços e como eles se expandiram como política pública.

No Brasil, as primeiras iniciativas públicas relacionadas à reabilitação decorreram das leis previdenciárias na década de 1920 que regulavam a implantação dos serviços de reabilitação dirigidos aos trabalhadores incapacitados. Nesta época a oferta desses serviços estava sob a responsabilidade, inicialmente, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) que, posteriormente foram ampliadas para os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), na década de 1930 (RIBEIRO *et al.*, 2010; FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, sem data).

É importante destacar que o sistema de saúde brasileiro, na sua origem, era de natureza corporativa e securitária, vinculado ao sistema previdenciário, e a assistência individual à saúde dependia quase que exclusivamente do vínculo empregatício, a partir do qual cada categoria de trabalhadores acessava a saúde pelos respectivos - IAPs. Ao Estado cabia apenas a prestação de serviços coletivos de saúde, como imunização, controle de epidemias, saneamento, dentre outros (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, sem data; MANSUR, 2001).

Na década de 1940, por iniciativa da sociedade civil, surgiram as primeiras instituições de reabilitação voltadas às pessoas com deficiências. Os serviços eram prestados por instituições filantrópicas e de caridade ou por instituições privadas, e eram destinados principalmente ao público infantil e portadores de deficiência mental (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Percebe-se, então, que no Brasil, os serviços de reabilitação surgiram com dois focos distintos de cobertura e vinculação: o primeiro dirigia-se ao público de trabalhadores incapacitados ou acidentados sob a responsabilidade dos institutos previdenciários (IAPs), e o segundo destinava-se às pessoas com deficiência sob a tutela de instituições não governamentais, que não dispunham de nenhuma vinculação estatal.

No final dos anos de 1970 a aceleração do crescimento da atenção médica individualizada fornecida pela previdência e o esvaziamento da saúde pública numa vertente coletiva levaram ao esgotamento do modelo assistencialista, medico-centrado, e à busca de alternativas para a extensão de cobertura a um custo viável para o sistema. Surgiram assim, experiências, principalmente em áreas que não eram de interesse da iniciativa privada, como a medicina comunitária, seara fértil para o surgimento e difusão do movimento sanitário (MACHADO, 2012).

Durante a década de 1980 a predominância do modelo previdenciário de saúde foi confrontada pelo movimento de reforma sanitária, formado por acadêmicos, pesquisadores, sindicato de profissionais e trabalhadores da saúde, lideranças de movimentos sociais, que partiram de uma crítica contundente à trajetória dicotômica - seguro saúde/saúde pública - da política de saúde e ao modelo previdenciário de assistência até então hegemônico (COSTA, 2011).

Neste interim, destaca-se a participação das organizações e movimentos sociais que representavam os interesses das pessoas com deficiências na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa representação teve relevância política e histórica, pois defendeu o delineamento de uma organização dos serviços de reabilitação para um público que historicamente esteve à margem da assistência à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2010).

Com a criação do SUS, os serviços de reabilitação passaram a ser contemplados nas políticas de saúde, seguindo os mesmos princípios e diretrizes, o que marca um avanço na oferta do

serviço no que se refere à universalidade de acesso e ao financiamento público (BRASIL, 1990).

A reabilitação passou a ser definida e organizada a partir de normatizações oriundas de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde (CARDOSO, 2004), sendo que a da pessoa com deficiência concentra o maior número de legislações associadas aos serviços de reabilitação, os demais serviços vinculados às subáreas da saúde são de caráter pontual, seletivo e não organizam uma rede de atendimento.

De toda forma, vale ressaltar que a perenidade de uma ação pública, neste caso, a oferta de serviços de reabilitação, depende diretamente dos aspectos institucionais que os regem, como a existência de aparato legal, definição de repasses orçamentários, definição estrutural. E ainda, neste caso, destaca-se a forte presença do nível central na coordenação e indução da política de saúde, o que justifica o estudo dos marcos regulatórios federais que tratam dos equipamentos públicos de reabilitação no país.

Assim, este estudo gira em torno da seguinte indagação: até que ponto a proposta de reabilitação, entendida como mudança de concepção e ampliação do escopo de assistência, tem sido traduzida e materializada na implementação dos serviços de reabilitação no âmbito da saúde pública, no município de Belo Horizonte, cidade escolhida pelo lugar de vanguarda que tem ocupado na implementação de políticas sociais, sobretudo a da saúde (FARIA, 2012; JÚNIOR, 2010)?

Como aporte teórico foram utilizados referenciais da área de políticas públicas, apoiados na temática da implementação, associada aos conceitos de saúde pública que regem os Serviços de Reabilitação.

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi analisar o processo de implementação dos Serviços de Reabilitação no município de Belo Horizonte, tendo como recorte temporal a constituição SUS. Assim foram produzidos dois artigos para estudo do tema: o primeiro analisa as legislações nacionais que se relacionam a criação, organização, financiamento e direcionamento dos serviços de reabilitação no país após a constituição do SUS; o segundo analisa a implementação dos serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte após a

criação do SUS, orientada pelo arcabouço normativo federal da política de saúde para a pessoa com deficiência, que regulamenta os serviços de reabilitação no SUS.

ARTIGO 1

Título: A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal

Title: The expansion of rehabilitation services in the SUS in the light of the federal normative framework

Resumo

O estudo teve como objetivo analisar as legislações nacionais que se relacionam a criação, organização, financiamento e direcionamento dos serviços de reabilitação no país após a constituição do SUS. Trata-se de um estudo de análise documental realizado em duas etapas: busca manual dos documentos, e análise crítica destes. Foram levantadas e analisadas 56 legislações relacionadas aos serviços de reabilitação dentre leis, decretos e portarias da Casa Civil e do Ministério da Saúde. A análise das legislações se deu apoiada em quatro dimensões: concepção de deficiência que orienta os serviços de reabilitação; concepção de assistência; diretrizes para implantação dos serviços de reabilitação e procedimentos ofertados e por fim, os repasses financeiros. Os resultados apontam que a expansão dos serviços de reabilitação se deu de forma incremental, e lenta, e só a partir de 2012, de caráter estrutural, no sentido do estabelecimento de uma legislação que prevê a criação da rede de reabilitação voltada às pessoas com deficiência. Pode-se afirmar que hoje os serviços de reabilitação estão ancorados legalmente por um aparato legislativo que prevê a organização dos equipamentos, bem como os repasses para a seu financiamento.

Descritores: reabilitação; Sistema Único de Saúde; política de saúde

Abstract

The study aimed to analyze the national laws that relate to the creation, organization, financing and direction of rehabilitation services in the country after the constitution of the SUS. It is a documentary analysis study carried out in two stages: manual search of the documents, and critical analysis of these. A total of 56 legislations related to rehabilitation services among laws, decrees and ordinances of the Civil House and the Ministry of Health from 1989 to 2015 were collected and analyzed. Legislations analysis is divided into four dimensions: disability concept that guides the services of rehabilitation; design of assistance; guidelines for the implementation of rehabilitation services and procedures offered and, finally, financial transfer. The results indicate that the expansion of rehabilitation services occurred incrementally, and slowly, and only more recently, from 2012 onwards, of a structural nature, in the sense of establishing legislation that provides for the creation of a rehabilitation network focused on disabled people. It can be affirmed that today the rehabilitation services are anchored legally by a legislative apparatus that foresees the organization of the equipment, as well as the transfer for its financing.

Keywords: rehabilitation; Unified Health System; health policy

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (p.100)¹. Em linhas gerais, o termo reabilitação pode ser compreendido sob duas perspectivas: como ações voltadas ao indivíduo, tal como preconizado pela OMS, e ainda, como equipamentos que prestam este tipo de assistência². Neste estudo, trataremos do termo reabilitação como a oferta de serviços especialmente no âmbito da Política de Saúde.

Até o final dos anos 1980, os serviços de reabilitação no país se organizavam para atender basicamente dois públicos: os trabalhadores formais, por meio dos Centros de Reabilitação Profissional vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)³, e os serviços filantrópicos que atendiam o público com deficiência⁴.

Este cenário foi paulatinamente alterado, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. A partir de então, os serviços de reabilitação passaram a ser contemplados nas Políticas de Saúde, o que marca um avanço na oferta destes serviços no que se refere à universalidade de acesso. No entanto, é importante destacar que a reabilitação não obteve status de política com legislações, orçamentos e aparatos organizacionais próprios. A reabilitação passou a ser definida e organizada a partir de normatizações oriundas de diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS), que dispõem de políticas específicas como a da Pessoa com Deficiência, do Idoso, de Trauma e Violência⁵, e também do Trabalhador.

Assim, apesar da reabilitação ter sido encampada pela Política de Saúde, ela permanece diluída em normativas de diferentes subáreas. Verificou-se que, à exceção da política de saúde da pessoa com deficiência, que concentra o maior número de legislações associadas aos serviços de reabilitação, os demais serviços vinculados às subáreas da saúde são de caráter pontual, seletivo e não organizam uma rede de atendimento própria, o que justificou o foco deste estudo centrar na regulamentação federal da política de saúde da pessoa com deficiência.

Em relação à escolha das legislações nacionais, ressalta-se que o MS é responsável por instituir e coordenar a política nacional de saúde definindo as bases comuns a todo o território nacional e muitas vezes induzindo os outros entes da federação a implementarem serviços que integrarão a rede de saúde⁶. No caso da reabilitação, não é diferente: o MS

tem feito uso da edição de portarias que definem e organizam os serviços de reabilitação atuando como mecanismo indutor ao condicionar a sua implementação ao repasse de recursos financeiros a estados e municípios.

“O recurso às portarias ministeriais tem sido um valioso, senão o principal instrumento de coordenação das ações nacionais de saúde, estabelecendo um arranjo no qual o Governo Federal ocupa posição central, detendo o poder de agenda e exercendo maior influência sobre processos decisórios” (p.31)⁷ da saúde.

A perenidade da ação pública, neste caso, a oferta de serviços de reabilitação, depende diretamente dos aspectos institucionais que os regem, como a existência de aparato legal, definição de repasses orçamentários e definição estrutural. Sendo assim, esse estudo tem como objetivo analisar as legislações nacionais, referentes à pessoa com deficiência, que se relacionam à criação, organização, financiamento e direcionamento dos serviços de reabilitação no país após a constituição do SUS, e como objetivos específicos analisar os conceitos de deficiência e reabilitação que orientam a normatização dos serviços, descrever como se encontra a regulamentação da estrutura organizacional desses serviços de reabilitação e identificar a existência de recursos destinados aos serviços de reabilitação previstos na legislação.

Metodologia

Trata-se de um estudo de análise documental realizado em duas etapas: busca manual dos documentos, e análise crítica dos mesmos. A busca foi feita on-line em sites oficiais do governo brasileiro como o do MS, assembleias e portais legislativos, Diário Oficial da União, sites da pessoa com deficiência, site do Sistema de Auditoria do SUS, manuais do MS, e regulamentações revogadas citadas em legislações mais atuais sobre a pessoa com deficiência para, assim, acessar o histórico de todas as legislações relacionadas à reabilitação a partir da constituição do SUS cobrindo o período de 1989 a julho de 2017.

Foram encontradas e analisadas 56 legislações relacionadas aos serviços de reabilitação dentre leis, decretos e portarias do MS.

Após o levantamento das legislações, aquelas relacionadas às áreas da pessoa com deficiência foram colocadas em ordem cronológica e analisadas a partir de quatro dimensões: concepção de deficiência que orienta os serviços de reabilitação; concepção de

assistência; diretrizes para implantação dos serviços de reabilitação e procedimentos ofertados, e repasses financeiros.

Resultados e Discussão

Concepções de Deficiência e Organização da Assistência – histórico e construções que orientam os serviços de reabilitação no SUS

As legislações que fazem referência aos serviços de reabilitação, após a implementação do SUS, estão pulverizadas em várias políticas transversais, contudo, grande parte está associada à saúde da pessoa com deficiência. Estas foram promulgadas no período de 1989 a 2015, para ordenar e organizar as ações e os serviços ofertados a essa população específica.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a temática da pessoa com deficiência se consolidou como pauta de governo apoiada em várias legislações da Casa Civil (Lei nº 7853/1989 e Lei nº 13146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, Decreto nº 3298/1999 - Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e Decreto nº 7612/2011 - Plano Viver Sem Limites) que orientam as portarias do MS responsáveis pela regulamentação das leis, estabelecendo regras e organização do funcionamento dos serviços de reabilitação na saúde⁸.

Por seu turno, os serviços de reabilitação, desde as primeiras portarias criadas no início da década de 1990, seguem os conceitos e diretrizes do SUS, como universalidade, integralidade, hierarquização e regionalização da assistência. É possível observar que, apesar de manter as bases do SUS originárias na Constituição, ao longo dos anos, as legislações sofrem a influência de novas concepções e conceitos veiculados em todo mundo.

A concepção de deficiência prevista nas legislações nacionais que tratam dos serviços de reabilitação foi mudando ao longo do tempo, seguindo as tendências internacionais. As primeiras legislações (Lei nº 7853/1989, Portarias MS/SNAS nº 225/1992, nº 303/1992 e nº 304/1992, Portaria MS/SAS nº 116/1993 e Decreto nº 3298/1999), traziam o conceito apresentado pela OMS a partir das “Famílias de Classificações Internacionais”. Em 1976, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID- definia deficiência como uma falta ou anormalidade, incapacidade como restrição ou impossibilidade de realização de atividade de forma “normal” e desvantagem (*handicap*)

como uma situação prejudicial que limitava ou impedia o desempenho “normal” do indivíduo^{9,10}.

Essa concepção de deficiência que coloca no indivíduo a causa da limitação ou impedimento e não considera a influência organizativa do ambiente para o entendimento da incapacidade e da desvantagem¹¹, direcionou os serviços e procedimentos de reabilitação no âmbito nacional até o início dos anos 2000, com prioridade para os níveis de alta e média complexidade.

Em 1997, a OMS publicou a segunda versão da CIDID com novos conceitos: Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – CIDDM-2. Nesta classificação foram enfatizados os contextos ambientais e as potencialidades do indivíduo, retirando o foco das incapacidades e limitações⁹. Com a mudança de concepção em âmbito internacional, as legislações nacionais tentaram seguir o mesmo entendimento (Portaria MS/GM nº 1060/2002 e demais Portarias MS/GM até 2004).

É importante ressaltar que as legislações do final dos anos 1990 e início dos anos 2000, apresentam características de uma fase de transição tanto conceitual, como de orientação de serviços. O público beneficiário dessas legislações foi ampliado com o entendimento de que todas as pessoas que apresentassem deficiência, independente da natureza, agente causal ou grau de severidade (Decreto nº 3298/1999) assim como aqueles com doenças crônicas que resultassem em desvantagem ou incapacidade (portaria MS/GM nº 1060/2002) seriam beneficiários dos processos de reabilitação⁹.

A criação da Rede Estadual de Assistência a Pessoa Portadora de Deficiência Física (portaria MS/GM nº 818/2001), continuou estruturando os serviços de reabilitação na média e alta complexidade. Essa portaria priorizou os serviços de reabilitação dirigidos às pessoas com deficiência física e estabeleceu os serviços de menor complexidade às unidades ambulatoriais.

No ano seguinte, a portaria que cria a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria MS/GM nº 1060/2002) avançou em relação aos princípios da reabilitação e forma de assistência. Além da ampliação do público, ela reforçou a criação de redes de serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, priorizando a assistência integral a pessoa com deficiência e trazendo a atenção básica e a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para o cenário da reabilitação⁹.

A RBC foi proposta pela OMS com o objetivo é valorizar e desenvolver o potencial da pessoa com deficiência e da comunidade em que ela vive como agente no processo de reabilitação e inclusão social¹². Porém, a operacionalização da RBC, só seria possível a partir da introdução de uma equipe de reabilitação na atenção básica, o que foi feito com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em 2008.

A legislação que cria o NASF (Portaria MS/GM nº 154/2008) trouxe a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresentada pela OMS em 2001, como evolução da CIDDM-2. “A CIF substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social” (p.187)¹⁰. A funcionalidade e incapacidade humana passaram a ser entendidas como condições determinadas pelo contexto ambiental e não por aspectos físicos e orgânicos. A mudança da concepção de deficiência internacionalmente induziu a mudança da concepção de reabilitação em âmbito nacional, levando a uma nova forma de organização e oferta de serviços para as pessoas com deficiência.

A criação do NASF foi um marco por introduzir os conceitos da CIF no cenário nacional e por possibilitar a introdução dos serviços de reabilitação na atenção básica. A legislação do NASF trouxe novamente a RBC, reforçando a integralidade dos serviços de saúde para a pessoa com deficiência, em especial a reabilitação. A partir da legislação do NASF, influenciada pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2007, houve a modificação da nomenclatura de “pessoa portadora de deficiência”, como era utilizado até então nas legislações, para “pessoa com deficiência”, termo atual. A mudança na terminologia reforça a mudança conceitual, pois a pessoa com deficiência não porta ou carrega a deficiência como sugeria o termo anterior, ela tem deficiência, sendo assim o termo “pessoa com deficiência” mais adequado¹³.

A Convenção foi assinada em 2007 pelo Brasil, e introduzida no ordenamento jurídico nacional com valor de emenda constitucional¹⁴. Ela reforça a mudança do modelo médico para o modelo social no qual o foco da limitação é o ambiente e não a deficiência em si, como preconizado pela CIF¹⁵.

As legislações relacionadas à saúde da pessoa com deficiência que seguiram no período de 2008 até 2015, última legislação analisada, mantiveram a concepção de deficiência e, conseqüentemente, de reabilitação trazida pela CIF. No cenário nacional, o Conselho

Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, definiu em 2012, por meio da Resolução MS/CNS nº 452/2012 pela utilização da CIF nas legislações do SUS.

Pode-se, todavia, afirmar que, as legislações que formulam e regulamentam os serviços de reabilitação no SUS acompanharam, no âmbito normativo, as mudanças conceituais e filosóficas, ancoradas no modelo social, que orientam a compreensão e uso do termo deficiência tal como seguem as orientações internacionais.

Os Serviços de reabilitação e os repasses financeiros previstos na normativa do SUS

O financiamento das Políticas Públicas é condição crucial para garantia da concretude da ação planejada pelo Estado. Além disso, a existência de financiamento para determinada política demonstra quais serão as prioridades do governo¹⁶. Daí percebe-se a importância de uma norma legal atrelada ao repasse financeiro para a sua execução.

A Figura 1 apresenta a síntese das legislações que regulamentam a implementação dos serviços e procedimentos de reabilitação no SUS previstas nas normativas de saúde para as pessoas com deficiência, no período de 1989 a 2015.

No final da década de 1980, tal como apresentado na Figura 1, a primeira legislação que tratou dos serviços de saúde direcionados às pessoas com deficiência, foi a lei criada pela Casa Civil da Presidência da República que previa o estabelecimento de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação, além de ações de promoção e prevenção da deficiência (Lei nº 7853/1989). Contudo, como é próprio das leis, a normativa não trouxe detalhamentos de quais seriam os serviços e as fontes de financiamento dos mesmos, sendo assim, objeto de portarias do MS na década de 1990⁸.

Desde o início da década de 1990, as portarias que orientaram os serviços de reabilitação voltados à pessoa com deficiência trataram prioritariamente da inclusão desses serviços na média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares. Estas portarias previam a inclusão dos serviços nas Tabelas dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistemas de Informação Hospitalar (SIH/SUS) para o repasse financeiro. Dentre os serviços incluídos nas tabelas de financiamento do SUS, estavam os leitos hospitalares para reabilitação em hospitais gerais e em hospitais especializados, centros especializados e ambulatórios de reabilitação, e ainda concessão de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção (Portarias MS/SNAS nº 225/1992, e nºs 303 a 306/1992, Portarias MS/SAS nº 116/1993, nº 146/1993, nº 211/1996, nº 584/1999 e Portaria MS/GM nº 1278/1999).

Neste período, foi mantida a lógica de financiamento do sistema de saúde anterior ao SUS que privilegiava o pagamento por produção e os serviços hospitalares e ambulatoriais¹⁷. Essa forma de pagamento por produção para os serviços de reabilitação seguia o cenário mais amplo de saúde no Brasil instituído pela Norma Operacional Básica de 1991 (NOB/91)¹⁸.

A forma de financiamento dos serviços começou a ser modificado a partir da edição da NOB/93. Os municípios passaram a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, e por isso ter maior autonomia no pagamento dos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalar, públicos e privados¹⁸.

Com a edição da NOB/96, novos mecanismos de transferências entre os entes federados foram apresentados. Além disso, a NOB/96 aumentou a participação percentual de transferências fundo a fundo de recursos federais para estados e municípios reduzindo a remuneração por procedimentos e valorizando a atenção básica. No entanto, os serviços de reabilitação continuaram a receber o repasse por procedimentos por ainda estarem atrelados ao componente especializado da saúde ofertado em níveis ambulatorial e hospitalar¹⁸.

Em 2001, com o intuito de equalizar alocação de recursos para a saúde em geral, foi editada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/2001) que estabeleceu a regionalização como expediente de hierarquização dos serviços de saúde e de alcance de maior equidade. A partir da NOAS/2001 desenha-se a implementação das redes de assistência em saúde já mencionada desde a primeira legislação para a pessoa com deficiência em 1989 (Lei nº 7853/1989)¹⁹.

Para possibilitar a implementação da Rede de Assistência a Pessoa com Deficiência nos estados e municípios, determinada pela Portaria MS/GM nº 818/2001, o MS alterou, a partir da Portaria MS/SAS nº 185/2001, a descrição dos procedimentos constantes na tabela SIA-SUS incluindo-os nos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC-SIA). Aumenta, neste caso, a possibilidade de oferta dos serviços ambulatoriais e hospitalares para construção da rede estadual de reabilitação²⁰.

A ideia de rede de serviços, assim como a valorização da atenção básica permaneceu nas legislações que se seguiram. Em 2002 a Portaria MS/GM nº 1060/2002 reiterou o papel da atenção básica como a porta de entrada para os serviços de saúde da pessoa com deficiência, juntamente com os serviços de emergência de pronto atendimento. Na atenção

secundária os Serviços de Reabilitação ambulatoriais assumiram a denominação de Centros de Referência em Reabilitação (CRR) para o atendimento especializado a pessoa com deficiência⁹.

No entanto, pode-se afirmar que os serviços de reabilitação previstos nas legislações da década de 1990 até os anos 2008 se expandiram de forma incremental. Isto pode ser visto na inclusão pontual de procedimentos e serviços especializados, dirigidos a públicos específicos, tais como pessoas com distrofia muscular progressiva, deficiência mental, deficiência física, autismo, e deficiência auditiva, sendo todos os serviços vinculados ao repasse financeiro por procedimentos (Portarias MS/GM nº 1531/2001, nº 1635/2002, nº 2073/2004).

No cenário nacional da saúde, no período 2003-2006 manteve-se o incentivo à atenção básica. Contudo, ainda não existia uma rede de serviços que ultrapassasse os limites municipais para possibilitar o atendimento nos demais níveis da assistência. Assim, nesse contexto, foi instituído o Pacto pela Saúde, em 2006, que introduziu fortemente a estratégia de regionalização por meio dos Colegiados de Gestão Regional, atualmente Comissões Intergestores Regionais (CIR)²¹. Além disso, foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida definiu como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família, instituída pelo governo federal desde 1994, como modelo para atenção básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS²². O Pacto pela Saúde modificou a forma de repasse dos recursos financeiros para blocos de financiamento.

No caso dos serviços de reabilitação, esta lógica do financiamento por blocos irá refletir, de forma mais contundente, após a criação do NASF que insere a reabilitação na atenção básica com seu financiamento compondo o bloco da atenção básica, e mais tardiamente, com a criação dos centros especializados em reabilitação (CER), compondo o bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Para proporcionar a atenção integral, em 2008, a rede de assistência a pessoa com deficiência foi reforçada com a inserção da reabilitação na atenção básica a partir do NASF. Assim, a Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência passou a ofertar serviços de reabilitação nos três níveis de complexidade. O NASF trouxe o serviço de reabilitação para fora dos ambulatórios e hospitais, orientado pelo conceito ampliado de deficiência apresentado pela CIF. Além disso, o repasse financeiro para as equipes de NASF é feito por valores mensais fixos, de acordo com o tipo de NASF credenciado (Portaria MS/GM nº

548/2013). Esse repasse se dava fundo a fundo, para o do bloco de financiamento da atenção básica, mantendo a característica de financiamento trazida pelo Pacto de 2006.

Nos níveis secundário e terciário, o repasse financeiro ainda se manteve por procedimentos, vinculados aos blocos de financiamento de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, até a Portaria MS/GM nº 793/2012 criar o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que passa a ser financiado por custeio e capital. O CER é um dos equipamentos de reabilitação criado para compor a rede de reabilitação a partir do Plano Viver sem Limites de 2011 (Decreto nº 7612/2011). Com o Plano a temática da pessoa com deficiência é novamente colocada em evidência como pauta de governo. Vale destacar que as legislações instituídas pela Casa Civil possuem grande peso político, e isso acompanhado de dotação orçamentaria para a implementação dos serviços atuou como mecanismo de pressão e indução a organização de uma rede de serviços para a pessoa com deficiência no SUS.

Assim, um ano depois, em 2012, o MS lançou a Portaria MS/GM nº 793/2012 que instituiu um marco na organização estrutural dos serviços de reabilitação. Dito de outra forma, os serviços deixaram de ser ofertados de forma incremental e desarticulada, como aconteceu ao longo dos anos anteriores, e passaram a ser ofertados em uma rede com os pontos e serviços definidos e articulados nos três níveis de atenção. A portaria definiu a Rede de Cuidados para a Pessoa com Deficiência com os seguintes componentes: na atenção básica o NASF e atenção odontológica, na atenção secundária os estabelecimentos habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centro Especializado em Reabilitação (CER), a Oficina Ortopédica e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), e por último, na atenção terciária a atenção hospitalar e de urgência e emergência, sendo prevista a garantia da integralidade do cuidado a partir da articulação entre os equipamentos e o acesso a cada ponto de atenção de forma regulada.

A proposta do CER é atender as pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências em uma mesma estrutura, podendo, inclusive, se constituir como referência regional, se for pactuado no plano de ação da CIR. A forma de financiamento por incentivos financeiros de investimento e custeio (Portaria MS/GM nº 835/2012) representou um avanço importante para os serviços de reabilitação. Isto implica que o recurso está atualmente vinculado ao atendimento mais amplo oferecido ao usuário e não aos procedimentos realizados, reforçando a atenção integral prevista na concepção ampliada de assistência do SUS²³.

É possível inferir que somente a partir de 2012, mais especificamente após a Portaria MS/GM nº 835/2012, o MS passou a financiar a ampliação da oferta de serviços de reabilitação por meio de incentivos financeiros de investimentos e de custeio para o componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, seja para implantação de novos serviços e qualificação de serviços de reabilitação já existentes²³.

Contudo é importante lembrar que a expansão dos serviços de reabilitação no SUS foi paulatina e lenta, e só mais recentemente, de caráter estrutural, no sentido da regulamentação da rede de reabilitação voltada as pessoas com deficiência. Os CRR de 2002 coexistem com os CER de 2012, inclusive mantendo duas lógicas distintas de financiamento dos serviços de reabilitação, por procedimento e por custeio, respectivamente. Essa duplicidade da forma de remuneração dos serviços reflete um momento de mudanças, no qual a concepção de deficiência e reabilitação foram ampliadas, contudo, os mecanismos remuneratórios ainda estão em transição.

Em 2015, a última legislação que trata dos serviços de reabilitação para a pessoa com deficiência, instituída em forma de lei pela Casa Civil, reafirma a importância do tema no ordenamento jurídico nacional, mas não institui novo serviço ou financiamento para a área. Essa lei reforça a atenção integral a saúde com oferta de serviços em todos os níveis de complexidade, e reitera a importância das ações de prevenção da deficiência, da universalidade do acesso, da oferta de serviços articulados entre si e organizados em Redes de Atenção à Saúde. As Redes de Atenção à Saúde são o atual modelo organizativo de atenção à saúde do SUS, sendo consolidadas na Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017.

Assim, mesmo diante de todos os impasses estruturais enfrentados pelo SUS, é possível afirmar que as legislações analisadas, demonstraram a importância da Política da Pessoa com Deficiência na organização, expansão, definição e financiamento dos serviços de reabilitação ofertados pelo SUS.

Contudo é importante salientar, no contexto mais geral da política de saúde, no que se refere ao financiamento e a transferência dos recursos federais para os governos subnacionais, que em 2017, a Portaria MS/GM nº 3992/2017 extinguiu o repasse por blocos de financiamento (atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS) e o substituiu por apenas

dois blocos: bloco de custeio, que detém a quase totalidade dos recursos federais, e bloco de investimento²⁴.

Várias críticas foram emitidas sobre a mudança no repasse da saúde, sendo as principais relativas ao enfraquecimento do MS como ordenador de políticas estruturantes do SUS e a limitação da sua função a simples repassador de recursos aos estados e municípios. Destaca-se ainda a possível exacerbação do conflito de interesses no âmbito local, com risco de perda de investimento em ações estruturantes do sistema, como atenção básica e vigilância a saúde²⁵.

No geral, esta mudança cria um ambiente de incertezas e barganhas políticas que fragiliza o sistema, no sentido de não garantia de vinculação do investimento às reais necessidades de saúde e fortalecimento do SUS. Os serviços de reabilitação podem ser diretamente impactados por este processo de repasse financeiro, pois os colocam na disputa por recursos com as demais ações e procedimentos da saúde, em todos os níveis e especialidades, aumentando assim, o risco de retrocesso na expansão da oferta de serviços.

Considerações finais

A introdução e manutenção da temática do deficiente na agenda de governo brasileiro, conquistada pelo empenho dos movimentos sociais, das organizações não governamentais, das militâncias das famílias e das pessoas com deficiência, possibilitou a instituição legal de uma Rede de Serviços de Reabilitação dentro das Redes de Atenção à Saúde do SUS, de tamanha importância e complexidade.

Além do acompanhamento das alterações relativas ao SUS, as modificações apresentadas nas legislações da pessoa com deficiência ao longo dos anos são multifatoriais e incluem também as mudanças de concepção de saúde-doença, deficiência e assistência nos contextos nacional e internacional.

Vale ressaltar que os serviços de reabilitação no SUS, por meio dos decretos e portarias federais, estão ancorados legalmente por um aparato legislativo que prevê a organização dos equipamentos, bem como os repasses para a seu financiamento. Este aparato institucional é um indicativo de avanço e estruturação dos equipamentos de reabilitação na saúde, e atua como mecanismo indutor para que estados e municípios, no contexto de

descentralização e regionalização da política de saúde, se responsabilizem pela implementação da rede de reabilitação.

Todavia, com a recente mudança na forma de repasse dos recursos para a saúde no contexto de restrição financeira e orçamentária, constata-se a redução do papel indutor do MS e consequente aumento dos espaços de conflito e barganha no nível local, no que tange a destinação dos recursos da saúde. Sendo assim, cabe aos representantes dos movimentos sociais, dos gestores, coordenadores e técnicos dos serviços de reabilitação maior articulação em defesa do SUS, e especificamente, da área de reabilitação, quiçá, no sentido de unificar as várias políticas que regulam os serviços de reabilitação na saúde para o fortalecimento da área.

Referências

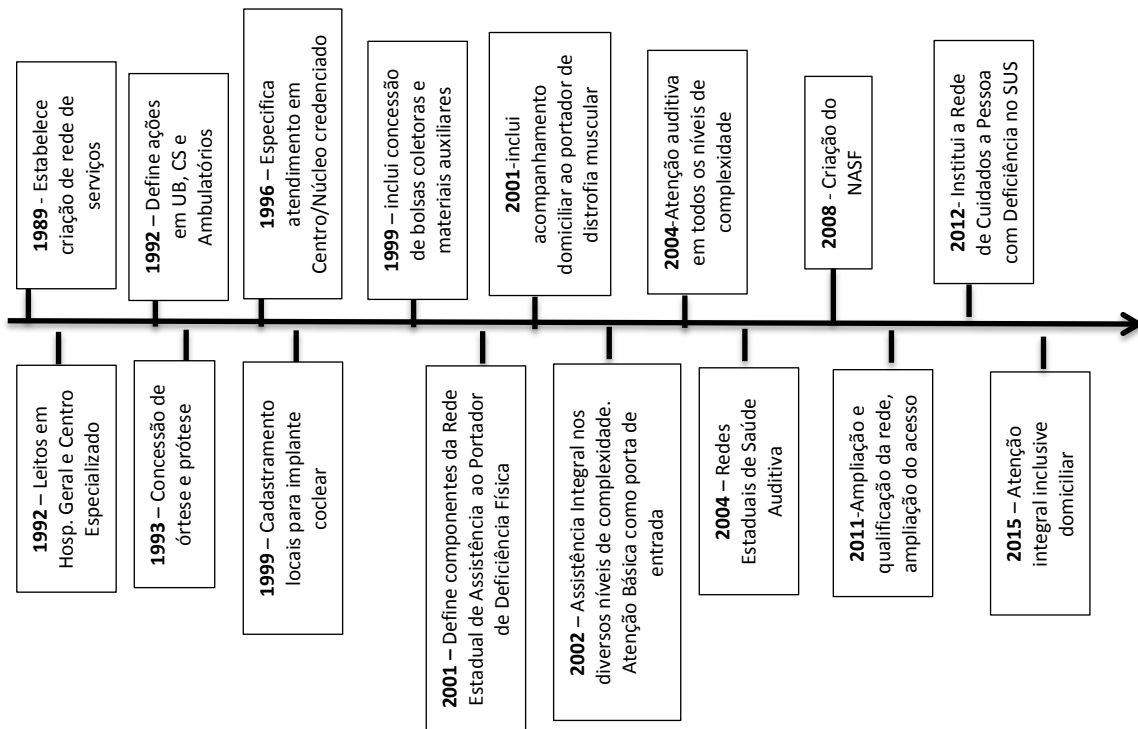
- 1-Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência/World Report on Disability. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2012.334p.
- 2-Portalms.saude.gov.br [internet]. Portal da Saúde da Pessoa com Deficiência. Reabilitação. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/reabilitacao>. Acesso em: 02 de julho 2018.
- 3-Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Rev Espaço Saúde 2006;8(1):13-9. Disponível em: <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Políticas%20Públicas%20de%20Saúde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em : 02 de julho de 2018.
- 4-Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(1):43-8.
- 5-Cardoso LGRA. Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2004.
- 6-Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Cienc Saude Colet. [Internet]. [acesso em 2 jul 2018]. 2017; 22(4): 1281-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401281&script=sci_abstract&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.
- 7-Menicucci TMG, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Cienc Saude Colet. [Internet]. [acesso em 2 jul 2018]. 2018; 23(1): 29-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000100029&script=sci_abstract <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.17902015>.
- 8-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação-Geral de Inovação Gerencial. Manual de Orientação: Elaboração de Portarias no Ministério da Saúde. Versão preliminar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_orientacao_elaboracao_portarias.pdf. Acesso em: 11 ago.2018. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

- 9-Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência [Internet]. [acesso em 2 jul 2018]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html
- 10-Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2): 187-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.
- 11-Mângia EF, Muramoto MT, Lancman S. Classificação internacional de funcionalidade e incapacidade e saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2008 Mai-Ago; 19(2): 121-130. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p121-130>
- 12-Maior IL. Reabilitação Baseada na Comunidade. Uma proposta viável para o Brasil. *actafisiatrica* [Internet]. [acesso em 2 jul 2018]. 1996; 3(2):7-8. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/101997>
- 13-Pessoacomdeficiencia.curitiba.pr.gov.br [Internet]. Curitiba. Assessoria Especial de Assistência à Pessoa com Deficiência. Terminologia. 2013. [acesso em 23 ago 2018]. Disponível em:
<http://www.pessoacomdeficiencia.curitiba.pr.gov.br/conteudo/terminologia/116>
- 14-Brasil. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [Internet]. [acesso em 12 jul 2018]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.
- 15-Pessoacomdeficiencia.gov.br [internet]. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. [Internet]. Brasília. [acesso em 23 ago 2018]. Disponível em:
<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>
- 16-Salvador E. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. *Serviço Social em Revista*. [Internet]. [acesso em 11 ago 2018]. 2012; 14(2). Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>
<http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2012v14n2p4>
- 17-Fundação Getúlio Vargas. Verbetes - Instituto Nacional De Assistência Médica Da Previdência Social (INAMPS). [Internet]. [acesso em 11 jun 2017]. Disponível em:
<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbetes-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>
- 18-Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2001; 10(2): 47-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>.
- 19-Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de

- estados e municípios. [Internet]. [acesso em 2 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
- 20-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 21-Machado RR. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. R. Saúde Públ Santa Cat. 2012; 5(3): 95-104.
- 22-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde 2006. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007; v.4. 68p.
- 23-Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [acesso em 12 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html
- 24-Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. [acesso em 12 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html
- 25-Cd.jusbrasil.com.br [Internet]. Financiamento da Saúde. [acesso em 25 ago 2018]. Disponível em: <https://cd.jusbrasil.com.br/noticias/585609431/financiamento-da-saude-e-tema-de-audiencia-na-quinta>

APÊNDICE 1

Figura 1: Linha do Tempo com as Legislações que apresentam as diretrizes para implementação dos serviços e procedimentos de reabilitação no SUS.



ARTIGO 2

Implementação dos Serviços de Reabilitação no município de Belo Horizonte: avanços estruturais e desafios assistenciais

Resumo

Os serviços de reabilitação foram encampados pelas políticas de saúde após a constituição do SUS em 1988. Não há uma política específica de reabilitação, e os serviços estão normatizados, de forma pulverizada, em várias subáreas da saúde, sobretudo a da pessoa com deficiência. O objetivo do estudo foi analisar a implementação dos serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte após a criação do SUS, orientada pelo arcabouço normativo federal da política de saúde para a pessoa com deficiência, que regulamenta os serviços de reabilitação no SUS. *Metodologia:* foi utilizada a metodologia de Estudo de Caso na qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com pessoas de trajetória relevante na construção da Rede de Reabilitação do Município. O número de entrevistados foi definido pela saturação das respostas, o que foi possível com onze entrevistas. As entrevistas foram analisadas a partir da Análise de Conteúdo que permitiu a categorização das mesmas. *Resultados e Discussão:* Belo Horizonte possui uma Rede de Serviços de Reabilitação, contando com todos os pontos definidos pela legislação da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, tendo sido pioneira na implementação de alguns dos serviços ao longo dos anos. Contudo a demanda ainda é superior à oferta, o que leva à criação de arranjos institucionais para atender ao usuário que contradizem com a concepção de reabilitação instituída nas legislações e compartilhada na rede, o que dificulta a conversa e organização dos fluxos da rede. *Considerações finais:* apesar dos problemas ainda existentes, houve um grande avanço na oferta e prestação de serviços em Belo Horizonte desde a constituição do SUS, tendo os atores implementadores papel importante nesse processo.

Palavras-chave: reabilitação, Sistema Único de Saúde, Belo Horizonte

Abstrat

Rehabilitation services were covered by health policies after the establishment of the SUS in 1988. There is no specific rehabilitation policy, and services are standardized, in a pulverized way, in several sub-areas of health, especially that of persons with disabilities. The objective of the study was to analyze the implementation of rehabilitation services in the city of Belo Horizonte after the creation of SUS, guided by the federal normative framework of the health policy for the disabled person, which regulates rehabilitation services in the SUS. Methodology: a case study methodology was used in which semi-structured interviews were conducted with people of relevant trajectory in the construction of the Municipal Rehabilitation Network. The number of respondents was defined by the saturation of the answers, which was possible with eleven interviews. The interviews were analyzed from the Content Analysis that allowed the categorization of the same. Results and Discussion: Belo Horizonte has a Network of Rehabilitation Services, counting on all the points defined by the legislation of the Network of Attention to Persons with Disabilities, having pioneered the implementation of some of the services over the years. However, the demand is still higher than supply, which leads to the creation of institutional arrangements to meet the user that contradicts the conception of rehabilitation established in the legislations and shared in the network, which makes it difficult to talk and organize the network flows. Final considerations: despite the problems that still exist, there has been a great advance in the provision and provision of services in Belo Horizonte since the constitution of the SUS, and the implementing actors have an important role in this process.

Keywords: rehabilitation, Unified Health System, Belo Horizonte

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é o “conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2012). O termo reabilitação pode ser visto sob dois aspectos: ações voltadas ao indivíduo e como serviço (BRASIL, entre 2013 e 2018). Neste estudo trataremos da expansão dos serviços de reabilitação a partir da constituição do Sistema Único de Saúde – SUS em um município de grande porte.

A história da oferta de serviços de reabilitação, até o final dos anos de 1980, foi marcada pelo modelo de saúde vigente, de natureza corporativista e securitário, sendo os trabalhadores formais os beneficiários dos serviços de reabilitação subsidiados pelo Estado. As demais pessoas com deficiência eram atendidas por entidades filantrópicas ou serviços particulares (MANSUR, 2001; RIBEIRO et al., 2010).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, os serviços de reabilitação passaram a ser contemplados na política de saúde, de caráter universal e de financiamento público (BRASIL, 1990). A implementação dos serviços de reabilitação no SUS foi impactada pelo modelo federativo que se instaurou no final dos anos de 1980 (BRASIL, 2003). A Constituição Federal de 1988 instituiu um federalismo singular ao definir os municípios como entes federativos com competências tributárias e autonomia política e administrativa. Este desenho deu as bases para a municipalização do SUS (PESTANA; MENDES, 2004).

A partir dos anos de 1990, o sistema nacional de saúde, orientado por uma gestão político-administrativa descentralizada, com ênfase na implementação municipalizada, bem como na regionalização da rede de serviços de saúde, colocou o município num papel primordial na organização das redes de atenção à saúde. A descentralização da gestão trouxe novas e diversas responsabilidades, cada vez mais complexas, passando a exigir dos municípios, o desenvolvimento de competências para assumir tais funções (DOMINGOS et al., 2016).

Imerso neste contexto político-administrativo, este estudo gira em torno da seguinte indagação: até que ponto a proposta de reabilitação, entendida como mudança de concepção e ampliação do escopo de assistência, tem sido traduzida e materializada na oferta de serviços de reabilitação no âmbito da saúde pública, no município de Belo Horizonte? A escolha da cidade foi incentivada pelo lugar de vanguarda que o município tem

ocupado na implementação de políticas sociais, sobretudo a da saúde (FARIA, 2012; JÚNIOR, 2010).

Pondera-se ainda que não há uma política específica de reabilitação, e que esses serviços estão normatizados, de forma pulverizada, em várias subáreas da saúde, sobretudo a da pessoa com deficiência (CARDOSO, 2004). Sendo assim, o objetivo do estudo foi analisar a implementação dos serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte após a criação do SUS, orientada pelo arcabouço normativo federal da política de saúde para a pessoa com deficiência, que regulamenta os serviços de reabilitação no SUS.

Para lançar luz ao entendimento de como se deu o processo de implementação dos serviços de reabilitação no âmbito local, utilizou-se de referenciais da ciência política, particularmente, da análise de política pública.

Fundamentação Teórica

O campo das Políticas Públicas constitui uma subárea da Ciência Política, que teve nas últimas décadas um recrudescimento, apoiado na relevância das instituições, das regras e dos modelos cognitivos para a compreensão das decisões, elaboração, implementação e avaliação das políticas (SOUZA, 2006).

Uma forma de compreender as Políticas Públicas é a abordagem de Ciclo da Política Pública, na qual cinco fases são apontadas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação (SOUZA, 2006). No entanto, deve-se ressaltar que estas fases da política são definidas apenas com o intuito de facilitar a estruturação de projetos de pesquisa, já que estas dimensões devem ser vistas de forma inter-relacionais e não dicotomizadas (FREY, 2000).

Neste caso, destacaremos a fase da implementação, que se caracteriza pelo dilema entre garantir integridade política e autonomia aos diversos níveis de governo e ao mesmo tempo, coordenar ações para o alcance de objetivos comuns nacionalmente (PALOTTI; COSTA, 2011).

Tradicionalmente dois modelos foram bastante utilizados para analisar as questões relacionadas a implementação: *top-down* em que o foco da investigação está no processo de formulação da política pública, tendo em vista que a implementação é considerada apenas etapa executória das ações determinadas na fase de formulação; e o *bottom-up* em

que a análise se concentra nos atores implementadores e no contexto que os cercam, devido a discricionariedade existente em suas ações (LIMA; D'ASCENZI, 2013; FARIA, 2012).

Partindo do pressuposto de que a implementação não se reduz a etapa executória, e sim é entendida como um processo político que se sucede em um ambiente de incertezas e propício a mudanças de rumos do desenho original da política, optou-se por um terceiro modelo de análise proposto por Lima e D'Ascenzi (2013) que associa elementos dos dois modelos tradicionais aos aspectos cognitivos e ideológicos dos implementadores. Segundo os autores, a interpretação da norma contida na legislação será feita por quem as implementam a partir de suas ideias, valores sociais, dimensão simbólica da ação do Estado e das condições materiais oferecidas no local de ação. Sendo assim, o estudo da implementação é de suma importância para apontar como questões de ordem política, institucionais, estruturais e até cognitivas podem afetar a materialidade das políticas públicas, tendo em vista os processos políticos-administrativos envolvidos (LIMA; D'ASCENZI, 2013; FARIA, 2012).

Dessa forma o processo de implementação dos serviços de reabilitação será lido a partir dos aspectos legais/institucionais que regulamentam os serviços previstos na política para a pessoa com deficiência, pelas estruturas organizacionais dos quais dispõem os serviços e pela concepção de reabilitação que portam os atores implementadores (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Metodologia

O estudo foi orientado pela metodologia de Estudo de Caso que é um método qualitativo muito utilizado na área de Ciências Sociais tendo por finalidade responder questionamentos aos quais o pesquisador não possui muito controle sobre o fenômeno estudado. É uma metodologia que contribui para compreensão de fenômenos individuais, dos processos organizacionais e políticos da sociedade que investiga fenômenos contemporâneos em um contexto real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não podem ser claramente definidos (YIN, 2014).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro (MANZINI, 2004). Um questionário preliminar foi produzido e o mesmo foi utilizado em um estudo piloto para aprimoramento das questões que nortearam as entrevistas.

Os entrevistados foram selecionados de forma intencional. Inicialmente foram convidados a participar do estudo pessoas de trajetória relevante na construção da Rede de Reabilitação do Município, seja pelo tempo de vinculação com o serviço, seja por ter participado, como coordenadores e referências técnicas da área de reabilitação, na construção da rede. No total foram entrevistados onze profissionais, sendo 1 profissional vinculado à Gestão de Nível Central (subordinado as gerências que respondem diretamente à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - SMSA-BH), 2 profissionais vinculados à Gestão de Nível Central/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)/Centro de Reabilitação (CREAB), 1 profissional vinculado a gestão de nível central/CREAB/Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), 1 profissional vinculado a gestão de nível central/NASF, 2 profissionais vinculados ao CREAB, 1 profissional vinculado ao CEREST, 3 profissionais vinculados ao NASF. Adicionalmente, foi utilizada a técnica Bola de Neve (técnica de amostragem não probabilística de saturação) que utiliza cadeias de referência na qual os indivíduos selecionados para serem estudados indicam ou convidam novos indivíduos para participarem do estudo. A técnica é frequentemente utilizada para acessar populações de baixa incidência e indivíduos de difícil acesso por parte do pesquisador (VINUTO, 2014). O número de entrevista foi encerrado quando as informações foram consideradas suficientes e a saturação do ponto de vista redundância foram alcançados. Aos onze entrevistados foram atribuídos códigos aleatórios de E1 a E11.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pelo próprio pesquisador para que a integralidade dos relatos pudesse ser recuperada. A partir da transcrição foi criado um documento e banco de dados para análise.

Para análise foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (conjunto de técnicas de análise das comunicações, que descreve o conteúdo das mensagens utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção) (CAMPOS, 2004). O conteúdo das entrevistas foi categorizado com base na problemática do estudo, ou seja, como se deu a implementação dos serviços de reabilitação no município. As respostas foram agrupadas por afinidade específica, permitindo a organização temática dos resultados das entrevistas (COLOGNESE, 1998) em duas categorias: o percurso da expansão da oferta de serviços de reabilitação em Belo Horizonte; a concepção de reabilitação na rede, a integralidade da assistência, composição e organização da rede de serviços de reabilitação.

Essa análise possibilitou confrontar evidências sobre um mesmo fenômeno, permitindo a comparação entre os relatos e destes com as legislações e documentos (NASCIMENTO,

2006) sobre a implementação dos serviços de reabilitação em Belo Horizonte após a instituição do SUS.

Todos os entrevistados foram informados sobre a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAAE: 75513317.4.0000.5149) e pelo Comitê de Ética da SMSA-BH (CAAE: 75513317.4.3002.5140).

O percurso de expansão da oferta de serviços de reabilitação em Belo Horizonte após a instituição do SUS

A partir da descentralização político-administrativa da saúde definida na Constituição de 1988 e regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde - LOS, os municípios foram progressivamente assumindo a gestão do SUS. O município de Belo Horizonte (BH) foi um dos pioneiros a assumir a gestão integral dos serviços de saúde. Isso foi possível a partir da habilitação na modalidade de gestão semiplena da Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) (JÚNIOR, 2010).

Em 1991, os primeiros efeitos da descentralização sentido na esfera local decorreram da municipalização da rede de postos de saúde estadual (JÚNIOR, 2010; RODRIGUES, 2010), e da divisão do município em distritos sanitários como relatado pelos entrevistados. Em 1994 foram definidas as áreas de abrangência dos postos de saúde, que passaram a ser denominados Centros de Saúde (CS). A criação dos distritos sanitários reorganizou a rede de assistência definindo os territórios e áreas de abrangência das unidades próprias e municipalizadas o que permitiu o fortalecimento da vigilância em saúde (BELO HORIZONTE, entre 2006 e 2008).

A divisão do município em distritos sanitários foi uma proposta de estruturação para a implementação do SUS, a partir de uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. As áreas de abrangência são áreas de vinculação da população de um território a uma unidade básica de saúde, e elas passaram a ser definidas nacionalmente em 1991, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado junto com o PACS em 1991, iniciando suas atividades em 1994 no país (GONDIN et al., 2008). Belo Horizonte dividiu a cidade na mesma época que os dois programas foram formulados em âmbito nacional, contudo só os implementou, tardiamente, no início dos anos 2000 (JUNIOR, 2010).

Em 1991 também foi editada pelo Ministério da Saúde (MS) a primeira NOB (NOB/91). A partir dela, a hierarquização das ações, princípio organizativo constitucional da saúde, é feita pela organização dos níveis de atenção à saúde denominados, naquela ocasião, nível primário, secundário, e terciário, tendo cada qual o seu nível de complexidade e de resolutividade (RODRIGUES, 2010).

No caso dos serviços de reabilitação, orientados pelas diretrizes gerais que se estabeleciam para a implementação do SUS, em 1990 foi realizado o primeiro concurso para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em Belo Horizonte (ALVES, 2014). Segundo relatos dos entrevistados, inicialmente foram nomeados poucos fisioterapeutas para trabalhar com dois grupos específicos, pessoas com hanseníase e diabetes.

Quanto aos terapeutas ocupacionais, em 1992, foi realizado um segundo concurso para compor a equipe de reabilitação no município, desta vez, voltado para estes profissionais e, segundo os relatos, os terapeutas ocupacionais também foram para os CS trabalhar com crianças e pessoas com hanseníase.

Verifica-se, então, que o foco inicial do trabalho dos primeiros profissionais da reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, era o atendimento nos CS às pessoas com condições de saúde potencialmente causadoras de deficiências: hanseníase (ANDRADE, 1996), diabetes (BRASIL, 2014 a) e às crianças com desnutrição (FRAGA; VARELA, 2012).

Segundo os entrevistados, o MS era responsável por definir as áreas de atuação dos profissionais da reabilitação. Essa definição, provavelmente, seguia ao perfil epidemiológico e as normativas vigentes na época, sendo que no final dos anos 1980, dois fatos foram relevantes para a definição de programas pelo MS. O primeiro deles, em 1987, foi a instituição de um Programa de Combate a Hanseníase, em âmbito nacional, com apoio de legislações federais e estaduais. Em 1991, o Brasil se comprometeu com a OMS, a eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000 (BRASIL, 2000).

O segundo fato, no ano de 1989, foi a edição da primeira Lei nº 7853/1989 que dispõe sobre o apoio a pessoa portadora de deficiência (termo usado na época) e estabelece a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação na área de saúde, além de ações de promoção e prevenção de deficiências (BRASIL, 1989).

Sendo assim, a prevenção da deficiência direcionava os programas do MS e o público a ser atendido. Contudo, é importante destacar que, naquele momento, as ações desenvolvidas

pelos profissionais de reabilitação nos CS possuíam um caráter curativo, utilizando tecnologias de nível secundário, como relatado nas entrevistas. Isto faz inferir que o MS, assim como o município, entendiam que as ações de reabilitação na atenção básica deveriam ser realizadas nos mesmos moldes do serviço secundário, como reforçado pelas portarias do MS também de 1992.

Estas portarias publicadas pelo MS em 1992 ampliaram os serviços de reabilitação para a pessoa com deficiência. Elas previam ações a serem ofertadas em nível ambulatorial, ou seja, com tecnologia de nível secundário, nas Unidades Básicas, CS e Ambulatórios e nos Núcleos/Centros de Atenção da pessoa com deficiência, com presença de atenção multiprofissional, e o pagamento desses serviços por procedimentos (portarias MS/SNAS nº304/1992, nº306/1992). Previam, também, leitos de reabilitação em hospitais gerais e em Centros Especializados em Reabilitação para tratamento em regime de internação, assim como a presença de equipe multiprofissional, e definição dos procedimentos de reabilitação que a serem pagos diretamente aos hospitais credenciados (portarias MS/SNAS nº 225/1992, nº303/1992, nº305/1992).

No entanto, até o início dos anos 1990, a reabilitação em nível secundário, propriamente dito, em Belo Horizonte, se resumia ao Serviço de Fisioterapia vinculado ao Posto de Atendimento Médico (PAM) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, os profissionais de reabilitação que lá trabalhavam eram servidores federais, e o atendimento se destinava às pessoas que contribuíam para a previdência social, como relatado nas entrevistas.

O INAMPS também possuía clínicas conveniadas para atendimento aos segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e essas clínicas também passaram para a gestão do município com o processo de descentralização político-administrativo: as clínicas conveniadas de fisioterapia, citadas nas entrevistas. Era um momento de transição de sistemas e modelos de atenção: do modelo securitário vinculado ao INAMPS, para o modelo universal trazido pelo SUS. Antes do SUS o atendimento era voltado para o público contribuinte do INPS, e após o SUS o sistema se universalizou, atendendo a todos que necessitassem do serviço.

Em 1993 o MS publicou a portaria MS/SAS nº116/1993 que trata da concessão de órteses e próteses em nível ambulatorial, além da adaptação e treinamento do paciente para o uso das mesmas. Esses equipamentos assistivos eram concedidos nos PAMs sob responsabilidade do INAMPS, como afirmado pelos entrevistados. Em 1994, com a

habilitação de Belo Horizonte na condição de gestão semiplena de saúde, serviços estaduais e federais passaram para a responsabilidade do município, e dentre eles os PAMs. Com a integração dos PAMs ao SUS-BH, o nome foi modificado para Unidade de Referência Secundária (URS), em referência ao nível de atenção prestado e desvinculando do modelo médico centrado da nomenclatura anterior, como relatado nas entrevistas. Assim, o Serviço de Fisioterapia do PAM Sagrada Família passou para o município passando a se chamar Serviço de Fisioterapia da URS Sagrada Família.

Com a municipalização dos PAMs, o município também se organizou para dispensar os dispositivos assistivos em duas URSs da cidade, Sagrada Família e Campos Sales, como relata E5: *“(...) a gente incorporou o programa de órtese e prótese que era só assistente social e ortopedista. Ele prescrevia cadeira de rodas e pernas mecânicas, como eles falavam (...) no Sagrada Família entregava cadeiras de rodas e próteses, as pernas mecânicas, como diziam, e no Campos Sales as órteses. Eram separados. (...) precisava de cadeira de rodas, eles compravam qualquer uma e entregavam. Chegavam aos montes. (...) não era com esse critério, avaliando. Aí a gente começou isso, foi introduzido, aos poucos, da necessidade de avaliar a pessoa, saber qual equipamento ela mais precisava, se aquela prescrição estava adequada, indicada para ela”*. Esse relato mostra a ação dos agentes implementadores ao modificar a realidade local para obter melhores resultados com a implementação da política.

Além de assumir os serviços próprios e municipalizados, a gestão integral dos serviços também permitiu ao município adotar mecanismos de Controle e Avaliação para otimizar os recursos municipais e redirecioná-los ao investimento na rede própria de serviços (JÚNIOR, 2010).

A partir de então, vários movimentos foram feitos na saúde como a implantação do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) na atenção básica - implementado nacionalmente apenas em 2006 pela portaria MS/SAS nº853/2006-, inauguração do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT) na região do Barreiro, implantação do Controle e Avaliação dos serviços de reabilitação e mais um concurso para fisioterapeutas. Provavelmente o segundo concurso para fisioterapeutas, realizado em 1994, foi uma forma de agregar recursos humanos aos serviços agora municipalizados que se encontravam em expansão a partir das portarias do MS de 1992 e 1993. Os outros profissionais de reabilitação também se faziam presentes na rede, porém de forma dissipada nos serviços de saúde.

Alves (2014) relata que em 1995 já havia a iniciativa de constituição de uma rede de reabilitação municipal que previa a garantia da assistência integral e contínua à pessoa com deficiência ou com limitações funcionais a partir do fomento de políticas públicas, organização do sistema de informação e qualificação dos trabalhadores como reafirmado nas entrevistas.

Por volta de 1996, foram nomeados doze fisioterapeutas do concurso de 1994 e estes foram alocados na atenção básica, ainda com o foco no atendimento da hanseníase e do diabetes, e também na atenção na secundária: no serviço de fisioterapia da URS Sagrada Família, que passou a ser municipal, e nos serviços de referência em saúde do trabalhador. Em 1996 foi inaugurado um segundo Serviço de Saúde do Trabalhador na URS Padre Eustáquio, passando, assim, a existir dois serviços na atenção secundária voltados para a saúde do trabalhador na capital (BELO HORIZONTE, 2016 ou 2017). Os serviços de saúde para o trabalhador possuíam equipes multiprofissionais compostas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (DRUMOND et al, 2012?). Belo Horizonte foi pioneiro ao criar esse serviço, pois a primeira portaria do Ministério da Saúde que orienta e instrumentaliza as ações de saúde do trabalhador é de 1998 (portaria MS/GM nº 3908/1998).

Apesar de todas essas iniciativas, naquele momento, os serviços de reabilitação eram escassos, dispunham de poucos profissionais: na atenção básica que atuavam com ações específicas para hanseníase, diabetes e crianças com desnutrição; na atenção secundária o Serviço de Fisioterapia vinculado a URS Sagrada Família e as clínicas conveniadas, herdadas do INAMPS, dirigia o atendimento ao público geral, e o CERSAT e o Serviço de Saúde do Trabalhador da URS Padre Eustáquio dirigiam-se a reabilitação do trabalhador. Havia também hospitais conveniados responsáveis pelos serviços de reabilitação nos casos que necessitavam de internação.

De acordo com os entrevistados, as filas de espera para um serviço de reabilitação eram enormes sendo distribuídas senhas por ordem de chegada para iniciar ou renovar um tratamento nas clínicas de fisioterapia conveniadas. Nos CS, os fisioterapeutas possuíam uma agenda e as vagas eram disponibilizadas a todos os CS do distrito sanitário para casos específicos de hanseníase segundo os entrevistados.

Diante do gargalo de acesso aos serviços de reabilitação no nível secundário, os entrevistados relatam que os profissionais de fisioterapia passaram a se reunir, por iniciativa própria, para pensar estratégias que organizassem a demanda. Assim, em 1999, o então secretário de saúde, Dr. Athos, designou um grupo de fisioterapeutas do município para

exercer a regulação dos usuários que esperavam nas filas. Os serviços conveniados não eram regulados e isso passou a ser feito pelo Controle e Avaliação. Os entrevistados relatam ainda que a partir dessa regulação muitas clínicas e hospitais foram descredenciados devido a qualidade precária dos serviços e estrutura física oferecidos aos usuários do sistema de saúde. Mais uma vez é nítida a ação dos agentes implementadores que orientam a criação e condução da política a partir de suas práticas, adequando suas condutas e oferta de serviços à realidade local.

Em 2001 o MS publicou a portaria MS/GM nº818/2001 que criou mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoas Portadoras de Deficiência Física (nomenclatura da época). Essa rede institui o Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação em nível ambulatorial, ou secundário, e definiu a composição da equipe multiprofissional de assistência na reabilitação.

Acompanhando as diretrizes nacionais, Belo Horizonte transformou o Serviço de Fisioterapia vinculado à URS Sagrada Família em Centro de Reabilitação (CREAB), a partir do Decreto Municipal nº10785/2001. Com isso o serviço desvinculou-se da gestão da URS e passou a ter gestão própria e as categorias profissionais no serviço foram ampliadas como citado nas entrevistas.

O CREAB também foi habilitado pelo Estado como serviço de referência da rede estadual para concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção a outros municípios. Para aumentar a capacidade de oferta desses procedimentos, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), por volta de 2001, publicou um edital de licitação para contratação de serviços de reabilitação e fornecedores de próteses e órteses, como informa os entrevistados. As clínicas que já eram conveniadas foram obrigadas a se adequar aos requisitos dos editais para se inscrever, permitindo, assim a melhoria da qualidade das clínicas de reabilitação conveniadas do município. Essa foi mais uma ação dos atores implementadores junto a gestão local que diante de uma nova legislação trouxeram modificações para a oferta de reabilitação no município.

Com o CREAB Leste, nome dado ao CREAB Sagrada Família em referência a sua localização geográfica na cidade, o município passou a ter um equipamento mais consistente na área da reabilitação, com equipe multiprofissional e equipamentos definidos pela legislação. Assim, o SUS começava a esboçar sua rede de reabilitação, porém ainda muito voltada para os serviços de nível secundário. Em 2004, foi inaugurado o segundo Serviço de Reabilitação na atenção secundária do município por demanda da Associação

dos Paraplégicos que ajudaram do ponto de vista financeiro, segundo informações das entrevistas: o serviço de reabilitação da URS Padre Eustáquio. Esse serviço seguia os mesmos moldes do CREAB Leste, porém não era habilitado pelo MS, sendo, assim, mantido com recursos municipais.

O CREAB Noroeste só ganhou status de equipamento da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), com gerência própria, em 2015, apesar de manter a oferta de serviços, com exceção dos equipamentos assistivos, nos mesmos moldes dos CREAB Leste. Assim ele ficou vinculado a URS Padre Eustáquio de 2004 a 2015.

O Centro Geral de Reabilitação (CGR) era uma unidade ambulatorial de reabilitação pertencente ao Estado. Segundo informações dos entrevistados, somente em 2006 esse serviço foi municipalizado, passando a integrar a Rede SUS-BH, com o nome de CREAB Centro-Sul. Assim Belo Horizonte passou a ter três serviços de reabilitação no nível secundário: CREAB Leste, CREAB Centro-sul e Serviço de Reabilitação da URS Padre Eustáquio.

Quanto aos serviços voltados para o trabalhador, em 2005, as atividades do Serviço de Saúde do Trabalhador da URS Padre Eustáquio foram transferidas para o recém-criado Núcleo de Saúde do Trabalhador na região Centro-Sul. Em 2009, CERSAT Barreiro teve sua nomenclatura alterada para Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST) pela Lei municipal nº 9778/2009, seguindo a nomenclatura nacional trazida pela portaria MS/GM nº2728/2009. Em 2012 o Núcleo de Saúde do Trabalhador também assumiu a nomenclatura nacional passando a ser chamado CEREST Centro-sul (BELO HORIZONTE, 2016 ou 2017).

De acordo com a portaria nacional que cria a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) publicada em 2002 (portaria MS/GM Nº 1679/2002), o atendimento ao trabalhador deveria integrar a rede SUS e, portanto, deveria estar articulada a todos os níveis de atenção, e não em um serviço exclusivo. Assim, as ações em Saúde do Trabalhador, inclusive de reabilitação, deixaram de ser praticadas prioritariamente em Centros de Referência do Trabalhador, e passaram a ser de responsabilidade de toda a rede SUS, tendo os CS ou UBS como a porta de entrada para as ações em Saúde do Trabalhador (BELO HORIZONTE, entre 2012 e 2017).

Sendo assim, os equipamentos de reabilitação que existiam nos CERSATs foram transferidos aos CREABs, e o trabalhador passou a usufruir dos mesmos serviços de reabilitação do público geral atendido pelo SUS como relatado nas entrevistas.

No cenário mais geral da política municipal de saúde, em 2000 o município incorporou o PACS, e em 2002 implantou o PSF (JÚNIOR, 2010). Como dito anteriormente, o PACS e o PSF já existiam nacionalmente desde o início dos anos 1990, contudo somente em 1997 foi instituída a portaria MS/GM nº1886/1997, que trouxe normas e diretrizes para o PACS e o PSF, nacionalmente.

Com a incorporação do PACS na atenção primária em 2000, e em 2002 a implantação das Equipes de Saúde da Família (ESFs), rapidamente uma ampla parcela da população passou a ser coberta por esses programas (75% da população da cidade), sendo então considerada, a maior e mais densa experiência brasileira de organização da atenção primária, considerada como base estruturante de todo o sistema de saúde do município (JÚNIOR, 2010).

As pessoas que não eram atendidas nos serviços de saúde por dificuldade de acesso, passaram a receber atendimento em seus domicílios e os profissionais das ESF começaram a solicitar reabilitação para essas pessoas ao serviço secundário como relatado nas entrevistas.

Com novas demandas de reabilitação identificadas pela atenção básica, surgiu a ideia da criação do Núcleo de Apoio em Reabilitação (NAR), com o intuito de aproximar o serviço de reabilitação da moradia das pessoas como mostra o relato de E2: *"(...) essa conversa foi surgindo nessas nossas reuniões, de criar um núcleo de reabilitação. (...) foi o PSF que trouxe isso. Abriu um leque de necessidades da população das maiores demandas que era fisioterapia de um lado e nutrição de outro. O PSF pressionou por esses profissionais. (...) A discussão sempre foi a proposta de descentralizar. Nas reuniões a gente discutia isso, de descentralizar o CREAB, (...) então era criar em outras regionais serviços de reabilitação(...)".*

A ideia do NAR foi aceita pela SMSA-BH que, a partir de então, propôs a estruturação da rede de reabilitação, articulando os três níveis de assistência, e estes com o restante da rede de saúde para garantir assistência integral e contínua à pessoa com deficiência e sua família. Até a instituição do NAR, as ações de reabilitação estavam centradas na atenção secundária e a oferta na atenção básica era restrita a alguns poucos CS que dispunham de profissional de reabilitação ou estágios acadêmicos (BELO HORIZONTE, entre 2006 e 2008).

A contratação de profissionais para compor o NAR, em 2004, foi feita com recursos próprios do município. O NAR foi uma proposta da SMSA-BH para implementar ações de promoção, prevenção e reabilitação na atenção básica, além de sensibilizar e qualificar as ESF buscando manter e/ou melhorar as condições de saúde da população. Assim, percebe-se que o NAR trouxe uma nova proposta para trabalhar a reabilitação na atenção básica. Isso talvez se deva ao modelo que o PACS e o PSF trouxeram, com priorização da atenção integral, buscando intervir nos fatores condicionantes e determinantes de saúde a partir do conhecimento do sujeito, da sua família, dos seus vínculos sociais e do território onde vive (BELO HORIZONTE, entre 2006 e 2008).

Além disso, o NAR veio contemplar o segundo eixo norteador do plano de ação da gestão iniciada em 2003, o BH-Vida – Saúde Integral. O plano previa quatro eixos, sendo o segundo eixo relacionado à construção de redes especializadas de referência, e essa organização teria como foco viabilizar e potencializar uma atenção primária resolutiva, qualificada e humanizada, pois é ela que acompanha o usuário longitudinalmente (JÚNIOR, 2010). Assim o NAR seria uma das formas de ampliar a reabilitação para a atenção básica e iniciar o delineamento de uma rede de reabilitação no município que só foi possível efetivamente em 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo MS abrangendo todos os distritos sanitários do município.

As categorias que iriam compor o NAR foram amplamente discutidas na SMSA-BH, pois o objetivo não era apenas ampliar as ações de reabilitação na atenção básica, mas trazer o enfoque coletivo/social em substituição ao atendimento individual centrado nas questões biológicas dominante até então (JÚNIOR, 2010). Para isso foram usados os conceitos trazidos pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela OMS em 2001, que adota uma abordagem biopsicossocial na integração das diferentes dimensões da saúde: biológica, individual e social, considerando assim as questões sociais, atitudes em relação à deficiência, disponibilidade dos serviços e as características individuais (SAMPAIO; LUZ, 2009; JÚNIOR, 2010).

Assim a equipe foi composta por seis categorias profissionais, sendo a maioria vinculada às ações de reabilitação: 4 fisioterapeutas, 4 terapeutas ocupacionais, 2 fonoaudiólogos, 2 nutricionistas, 2 psicólogos e 2 assistentes sociais, e as atividades foram iniciadas no Distrito Sanitário Barreiro em 2005. Um ano depois, a partir do êxito da primeira equipe, foi criada a segunda equipe, com as mesmas categorias profissionais, porém com metade dos profissionais, sendo esta para o Distrito Sanitário Norte. Segundo os entrevistados um dos motivos da segunda equipe do NAR contar com um menor número de profissionais foi

financeiro, lembrando que o NAR foi criado e mantido com recursos municipais. Os critérios orientadores para implantação das equipes nos dois distritos foram: a distância dos serviços de reabilitação de nível secundário ofertados no município, a classificação do risco das áreas urbanas segundo critérios socioeconômicos, sanitários e o índice de vulnerabilidade à saúde da SMSA-BH, além do grande número de CS e ESF nessas regionais (JÚNIOR, 2010).

Os primeiros profissionais selecionados para o NAR passaram por uma imersão nas duas unidades secundárias de reabilitação do município existentes na época: o CREAB Leste e o Serviço de Reabilitação da URS Padre Eustáquio. O objetivo era conhecer o trabalho realizado e as demandas e problemas mais frequentes nessas unidades para propor estratégias de atuação no novo serviço. Os profissionais da segunda equipe permaneceram um mês no NAR Barreiro para se familiarizar com o novo modo de atuação e desenvolverem trabalho semelhante no Distrito Sanitário Norte (JÚNIOR, 2010).

A SMSA-BH pretendia implantar um NAR em cada distrito sanitário (BELO HORIZONTE, entre 2006 e 2008), porém em 2008 o MS publicou a portaria MS/GM nº154/2008 que cria o NASF, com diretrizes semelhantes as do NAR, inclusive tendo o NAR como uma das referências para sua criação como relatado pelos entrevistados. O NASF foi criado com vinculação de repasse financeiro por equipe implantada nos municípios. Assim, Belo Horizonte, que até então financiava as equipes NAR com recursos próprios, substituiu as duas equipes NAR por NASF e implantou o NASF nos demais distritos sanitários da capital como informado pelos entrevistados.

Esse episódio mostra que o recurso financeiro vinculado a um programa, constitui uma estratégia potente do MS, gestor federal do SUS, para implementar políticas e programas em todo o território nacional, mantendo o seu poder e papel indutor das políticas e serviços a serem ofertados no país. Belo Horizonte fez a opção por implementar o NASF a manter o NAR, tendo como um dos motivos o repasse financeiro para implantação e manutenção do NASF pelo MS.

Além do financiamento do MS, a portaria MS/GM nº154/2008 trouxe duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2, aumentando para três modalidades com a portaria MS/GM nº3124/2012: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. A escolha das categorias profissionais que irão compor o NASF é de responsabilidade do gestor municipal que deve levar em consideração as necessidades locais e disponibilidade de profissionais. As modalidades de NASF são

definidas de acordo com o número de população do município, sendo valores de repasse diferentes para cada modalidade, como mostra o quadro do Apêndice 1.

Os municípios podem se habilitar em apenas uma modalidade de NASF, e em Belo Horizonte a modalidade habilitada é NASF 1. Das categorias profissionais escolhidas foram priorizadas a tríade da reabilitação, seguindo a mesma ideologia de ampliação da reabilitação para a atenção básica trazida pelo NAR. O NASF foi criado com nove áreas estratégicas (BRASIL, 2009) e Belo Horizonte optou por focar em 4 áreas: reabilitação, alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, e atividades físicas/práticas corporais, pois as demais áreas já estavam contempladas em programas instituídos anteriormente no município que já estavam consolidados, como o PRHOAMA, a saúde mental, serviço social e os médicos de apoio: ginecologista, pediatra, psiquiatra e clínico geral, como informado nas entrevistas.

É possível afirmar que a rede de reabilitação em Belo Horizonte se consolidou a partir do NASF, levando, inclusive, a criação de um cargo de coordenação da reabilitação na SMSA-BH em 2009, como citado nas entrevistas. Assim, em 2009, os serviços de reabilitação do município já contavam com os NASFs em todos os distritos sanitários, dois CREABs (Leste e Centro-sul), e o Serviço de Reabilitação vinculado URS Padre Eustáquio.

Mantendo o pioneirismo do município, mais um equipamento importante no âmbito da Atenção Básica e apoio a rede de reabilitação foi implantado no município em 2006: as Academias da Cidade (JÚNIOR, 2010). As Academias são espaços públicos de promoção da saúde prevenção de doenças e agravos, produção do cuidado e estilos de vida saudáveis da população, que propiciam a prática da atividade física regular e orientada por profissionais de educação física (BRASIL, 2017). Em 2008, com a criação do NASF e a possibilidade de inclusão do profissional de educação física nas equipes, os profissionais passaram a integrar as equipes NASF dedicando 4hs das 40hs semanais para as atividades conjuntas com o NASF e as outras horas para as Academias (JÚNIOR, 2010). As academias foram implantadas e mantidas com recursos municipais até 2011.

Com a publicação da portaria GM/MS nº719/2011, foi criado o Programa Academias da Saúde, nacionalmente. O programa era muito similar ao já existente no município. Nessa portaria havia um recurso financeiro para infraestrutura vinculado às Academias da Saúde proveniente da União e de emendas parlamentares. Em 2013 o programa foi redefinido pela portaria MS/GM nº 2.681/2013, que descreveu as atribuições dos entes federados para implantação do programa, inclusive o seu financiamento, que passou a envolver as três

esferas de governo (tripartite). Belo Horizonte, então, aderiu ao programa de Academias da Saúde, porém mantendo a nomenclatura dada pelo município: Academias da Cidade. Mais uma vez o município mostra seu pioneirismo e o MS seu poder indutor de implantação de programas nacionalmente.

Em 2010, em âmbito nacional, o MS publicou a portaria MS/GM nº 4.279/2010, que estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e definiu as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Dentre as Redes de Atenção à Saúde instituídas pelo MS está a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência instituída pela portaria MS/GM nº 793/2012, que definiu como componentes da rede: a Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os componentes da rede devem contar com os seguintes pontos de apoio: na atenção básica os NASFs, quando houver; e atenção odontológica, na atenção especializada os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; os Centros Especializados em Reabilitação (CER) classificados em tipos II, III e IV, modalidades definidas pelo número de serviços de reabilitação oferecidos, sendo que o público a ser atendido são as pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, podendo contar com oficina ortopédica fixa ou móvel, e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e a atenção hospitalar e de urgência e emergência que deve se preparar para o atendimento, inclusive como porta de entrada, prevenindo a deficiência, ampliando o acesso e qualificando a atenção ao público com deficiência (BRASIL, 2012).

No final de 2017, por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o CREAB Noroeste foi habilitado como Centro Especializado em Reabilitação (CER) na modalidade IV se adequando a nova legislação que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (portaria MS/GM nº793/2012), a partir do Plano Viver Sem Limites do governo federal instituído em 2011 pelo Decreto nº 7612/2011.

A CIB é formada por gestor estadual e gestores municipais para articulação, negociação, pactuação e deliberação quanto a regulamentos e aspectos operacionais das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS no Estado (MINAS GERAIS, 2018?).

Com relação a oficina ortopédica, o município de Belo Horizonte optou pela oficina fixa, e celebrou convênio, em 2014, aprovado pelo MS e pelo Estado, com a Associação Mineira de Reabilitação (AMR), entidade filantrópica, responsável pela produção de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção tal como afirma os relatos das entrevistas.

Em 2016 o município inaugurou mais um CREAB, o Venda Nova, e tem previsão de inaugurar o CREAB Barreiro até 2020. O CREAB Venda Nova foi construído e está sendo mantido com recursos municipais, estando funcionando parcialmente como informado pelos entrevistados.

Hoje Belo Horizonte possui uma rede de serviços de reabilitação, compatível com os pontos de atenção descritos na portaria da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, apesar de ainda insuficiente para a demanda. Contudo, analisando o percurso de expansão dos serviços de reabilitação na história do município, percebe-se que o município tem acompanhado e aderido às diretrizes nacionais voltadas a implantação dos serviços de reabilitação, com intuito de ampliar e qualificar as ações e serviços de saúde prestados à população do município, como visto nas entrevistas, sendo em algumas vezes até pioneiro na implantação dos mesmos.

Concepção de reabilitação dos atores que compõem a rede, integralidade da assistência, composição e organização da rede de serviços

No início do SUS, as estruturas físicas dos serviços mantinham o desenho do sistema anterior gerido pelo INAMPS, ou seja, estruturas de ambulatorios e hospitais construídos em regiões mais centrais da cidade. Além disso, a concepção de saúde e assistência seguia o modelo biomédico para boa parte dos profissionais de saúde e usuários do SUS (RIBEIRO et al., 2010).

Sabe-se que as concepções e valores sobre deficiência e reabilitação não alteraram apenas com a publicação de leis. Mudanças de crenças, paradigmas, formação técnica e prática demoram um tempo para se adaptar às novas concepções e novas formas de trabalhar a saúde. Assim, as mudanças nos serviços e na assistência ocorrem de forma lenta e gradual.

Como foi mostrado no percurso da expansão dos serviços de reabilitação em Belo Horizonte, no início do SUS, os serviços eram ofertados em um ambulatorio, o Serviço de Fisioterapia da URS Sagrada Família, vinculado ao serviço de especialidades médicas e com apenas profissionais fisioterapeutas nesse serviço na reabilitação.

Na atenção primária os profissionais de reabilitação, que não se restringiam apenas ao fisioterapeuta, estavam pulverizados e atendiam a públicos específicos que aparentemente possuíam maior chance de adquirir deficiências. Naquele momento, não havia articulação entre os profissionais, e nem com os outros serviços como relatado nas falas de E2 e E3 respectivamente: *“eu acho que tinha terapeuta ocupacional, mas não sei onde. Tinha uma nutricionista no distrito” “não havia integração entre os serviços”*. Os hospitais de reabilitação existentes eram conveniados e prestavam assistência de longo prazo aos pacientes internados, também atuando sem vinculação com os demais serviços como relatado por E3: *“se precisasse de reabilitação em Belo Horizonte, tinham cinco hospitais de reabilitação (...) aí o povo ficava lá internado para o resto da vida”*.

Apesar do princípio da integralidade da assistência, trazido pela LOS, estar presente em todas as legislações do MS para a pessoa com deficiência, de 1989 a 2015, assim como a atenção nos três níveis de complexidade e o atendimento multiprofissional, trazendo assim um avanço em termos conceituais, estes princípios não haviam se materializado. Os serviços se mantinham com perfil assistencialista, sem articulação entre os profissionais, tendo essa lógica reforçada pela forma de financiamento das ações por procedimentos realizados.

Como reforço a essa forma de atuação assistencialista, voltada para ações de média e alta complexidade que pudessem “normalizar” o indivíduo, as legislações do MS seguiam até início dos anos 2000 uma concepção de deficiência e reabilitação com uma lógica restrita, apoiada no conceito internacional de deficiência apresentado pela OMS, em 1976, a partir da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, que definia deficiência como uma falta ou anormalidade (BRASIL, 2002; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Essa concepção de deficiência e reabilitação restrita ao indivíduo reforça as ações de reabilitação em ambientes especializados, como ambulatorios e hospitais. Até mesmo a portaria do MS que cria as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (portaria MS/GM nº 818/2001), termo usado na época, que embasou a criação dos CREABs no município, não definiu serviços de reabilitação fora dos contextos ambulatorial e hospitalar, mantendo na média e alta complexidade os serviços de reabilitação.

Por mais que o SUS trouxesse princípios e diretrizes que inovassem e avançassem no modo de ofertar saúde inclusive a reabilitação, as concepções é que determinavam a direção das legislações e, assim, as ações e equipamentos para serviços de reabilitação.

Dessa forma, os Centros de Reabilitação foram construídos com base no modelo hegemônico de reabilitação, no qual os serviços especializados eram considerados o local capaz de fazer emergir uma condição funcional na pessoa com deficiência, reforçando a importância e legitimidade social, cultural e política que esses serviços adquiriram (ALMEIDA, 2002). Contudo, a funcionalidade é resultado da interação do sujeito com o meio em que vive, e assim apenas alguns aspectos podem ser trabalhados em um ambiente ambulatorial de reabilitação. O ganho funcional obtido nos serviços de reabilitação é apenas uma das etapas da reabilitação que se completa com a reinserção social do sujeito. (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Esse entendimento do contexto como parte do processo de reabilitação foi uma evolução conceitual difundida internacionalmente a partir da publicação pela OMS, em 1997, da segunda versão da CIDID, com o título: Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – CIDDM-2. Esta classificação enfatiza os contextos ambientais e as potencialidades do indivíduo, retirando o foco das incapacidades e limitações (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Neste momento houve também alterações nas legislações (portaria MS/GM nº1060/2002 e demais portarias MS/GM até 2004), trazendo o contexto e as potencialidades como objeto das ações de reabilitação, e inclusive a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) como modelo de reabilitação.

A RBC foi sugerida pela OMS como uma estratégia de cuidado a ser aplicada em países em desenvolvimento (MAIOR, 1996). O objetivo é valorizar e desenvolver o potencial da pessoa com deficiência e da própria comunidade como agente no processo de reabilitação e inclusão social (BRASIL, entre 2012 e 2018). Ela acontece no cotidiano, no território onde vive o sujeito, rompendo com a lógica da média e alta complexidade das ações clássicas de reabilitação. Porém esse modelo não foi implementado na cidade, e as legislações que se seguiram privilegiavam a inserção de serviços e procedimentos em nível ambulatorial mantendo o foco nesse nível de assistência.

Entre 2002 e 2003 a insatisfação dos usuários com a oferta dos serviços de reabilitação trouxe uma mudança importante no processo de trabalho no CREAB Leste, até então, o único Centro de Reabilitação municipal, como relatado por E5: “(...) (O serviço) *ainda*

trabalhava com distribuição de senhas para autorizar tratamento, ou lá interno ou fora. A gente tinha cotas, e as pessoas ficavam na fila, porque tinha o dia para distribuir. Aí eu cheguei (...) tinha quase 100 pessoas na fila que invadiram e ficaram lá dentro. (...) Aí eu falei com eles (profissionais da prefeitura de BH): a gente precisa ver a necessidade de cada um. Não dá para autorizar igual a gente tá fazendo. Já expliquei pra eles (usuários), (...) e aí nós vamos escutar o problema de cada um e nós vamos priorizar. Nós vamos ter que adotar um critério. (...) então eles mesmos foram ajudando e aí nesse dia mesmo a gente foi agendando as pessoas para passar no acolhimento, e nasceu o acolhimento da reabilitação”.

A partir de 2005 houve a instituição do acolhimento no CREAB Leste (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013). O estudo realizado por Mitre, Andrade e Cotta (2013) em 2010, ou seja, cinco anos após a instituição do acolhimento no CREAB, mostra que o acolhimento, provocou mudanças na organização dos serviços, como aumento da governabilidade das equipes, a busca pelo contato com outros profissionais do mesmo serviço e de serviços de outros níveis de atenção para conseguir, a partir da interdisciplinaridade, alcançar a integralidade. Outro resultado importante, segundo Mitre, foi o início de uma construção de um projeto terapêutico com a participação do usuário, direcionando para um novo modelo de atenção à saúde.

A demanda por serviços de reabilitação maior do que a oferta associada as necessidades de ações de reabilitação no território detectadas pelas ESF fez com que o município, em 2004, apostasse na criação de uma equipe de reabilitação para a atenção básica, o NAR, trazendo novos formatos de assistência e a ideologia de uma atenção integral para o sujeito com ações fora da média e alta complexidade. Contudo, essa equipe teve sua base de formação, dentro de um serviço de reabilitação da atenção secundária. Além de conhecer os serviços que lá eram prestados, eles receberam a incumbência de realizar ações na atenção básica para redução das demandas mais frequentes (JÚNIOR, 2010). Nesse momento percebe-se que quem era o ordenador do cuidado de reabilitação era o serviço secundário, o Centro de Reabilitação, apesar da inovação trazida nos métodos e organização do trabalho do NAR.

Almeida e Campos (2002), em seu estudo, abordam esse fato, do Centro de Reabilitação concentrar o poder, definindo o projeto terapêutico a ser desenvolvido, e assim, direcionarem as ações dos profissionais de outras unidades de saúde. Dessa forma, apesar de ser do senso comum a necessidade de outros serviços e níveis de assistência integrarem a rede de serviços para a pessoa com deficiência, não há modificações relacionadas ao

modelo hegemônico de reabilitação (ALMEIDA, 2002). O relato de E8 explicita certa assimetria de poder entre os serviços: *“(...) o CREAB tem um poder de fala muito grande no nível central, mais que o NASF. A gente vê isso nas reuniões (...)”*.

Em 2008 as equipes NASF foram implementadas em todos os distritos sanitários e o município passou a ter uma rede de reabilitação, sendo assim ofertados serviços de reabilitação em todos os níveis de atenção. Neste mesmo ano, após a implantação do NASF, em 2009, foi criado no nível central a função de Coordenação de Reabilitação, com o intuito promover a integração dos serviços e operacionalização da Rede de Reabilitação do município. A partir de então, foram criados os Fóruns de Integração CREAB/NASF, instituídos como instrumento de construção da integralidade da assistência como mostra a fala de E11: *“(...) uma tentativa de fazer esse cuidado integral era muito nos Fóruns NASF/CREAB”*.

Os fóruns foram construídos para discussão de casos mais complexos que envolvessem mais de um ponto da rede como explica E7: *“(...) em 2009 nós começamos as conversas de integração em rede e nós instituímos os fóruns integrados de reabilitação, os fóruns NASF/CREAB. (...) esses fóruns foram mantidos mesmo com a gestão nova. (...) são os CREABs com seus NASFs de referência. (...) são discutidos casos de interface CREAB/NASF visando justamente a integralidade do cuidado, a continuidade do cuidado, a transferência do cuidado. (...) os fóruns (...) são momentos de transposição didática. Eu aprendo desse caso e posso agir de forma semelhante nos outros casos”*.

Alguns entrevistados apontaram como instrumento para integralidade da assistência o uso do prontuário eletrônico, disponível aos profissionais da rede em um sistema denominado Gestão, como mecanismos de referência e contrarreferência entre os serviços. *“(...) às vezes a gente vê no Gestão. O sistema ajudou muito. A gente consegue ver quem atendeu, o que foi feito(...)”(E3); “(...) o prontuário eletrônico ajuda na integralidade” (E1); “o Gestão ajuda muito, porque a gente consegue ler e ver o porquê do paciente estar indo e voltando, (...) e a contrarreferência também não chega” (E4)*. Contudo, não são todos os serviços próprios que estão integrados ao Gestão e nenhum serviço conveniado faz evoluções no sistema dificultando a contrarreferência apenas pelo sistema informatizado.

Com a implementação do NASF houve uma ampliação rápida das ações de reabilitação na atenção básica. Porém os serviços da atenção secundária e terciária não cresceram na mesma proporção, e a população ainda é uma população adoecida, com a cultura de busca por tratamento e não por promoção da saúde e prevenção das doenças. Neste cenário

emergem dois problemas principais: os serviços da atenção secundária e terciária não absorvem a demanda que é maior que a oferta, e a atenção básica passa a ter que sair da sua conformação inicial de priorização das ações de promoção e prevenção, para realizar ações assistenciais em boa parte de seu tempo.

No caso da reabilitação, e mais especificamente do NASF, ainda há a questão de o mesmo ter sido usado em substituição ao NAR, e assim, muitos profissionais da rede ainda o veem como apoiador do CREAB como pode ser visto em algumas falas: *“(...) a gente tem que dar outro vínculo para a pessoa. E assim eu entendi o NASF, como esse outro lugar, atenção básica,(...) como esse outro lugar que a gente pode estar encaminhando”(E10)*. *“(...) já teve situação, por exemplo, de uma fonoaudióloga simplesmente receber uma ligação (do CREAB) na recepção do Centro de Saúde falando que ela estava dando alta para tal usuário, e que a partir de então, era pra ela acompanhar”(E8)*.

Contudo a legislação que cria o NASF (portaria MS/GM nº154/2008) trouxe uma lógica diferente do NAR em sua essência: ele veio para apoiar a atenção básica, e não o serviço de reabilitação na atenção secundária. Os seus públicos-alvo são dois: as ESF e os usuários atendidos por elas (BRASIL, 2014 b). Assim o NASF deveria apoiar as ESF, que são a porta de entrada dos serviços de saúde, além de auxiliá-las na coordenação do cuidado integral do sujeito.

O entendimento que o NASF é um serviço de reabilitação que segue o modelo biomédico na atenção básica é um dificultador da mudança de modelo de atenção em reabilitação, visto que os processos do NASF são “atropelados” por outras demandas da rede. O entendimento equivocado da real função do serviço também dificulta a conversa entre os pontos da rede, interferindo na integralidade da assistência relatado por E5: *“(...) além dos equipamentos estarem muito concentrados (...) na região central (...) se a gente pensar na pessoa com deficiência, a dificuldade de locomoção, é isso que impede (o acesso). E é um tratamento que deve manter uma certa frequência, pelo menos durante um tempo, até (...) ficar mais independente. O grande desafio é esse, de fazer os serviços terem uma conversa, estarem bem azeitados em relação aos seus objetivos, entendimento do seu papel, no seu local, entendimento de rede”*.

A legislação que cria o NASF foi a primeira a trazer mudanças conceituais, relacionadas a deficiência e reabilitação, provocadas internacionalmente pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), apresentada pela OMS em 2001 como evolução da CIDDM-2. A CIF representou uma mudança de paradigma para se pensar e

trabalhar a deficiência e a incapacidade, substituindo o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo com alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A funcionalidade e incapacidade humana passaram então a ser entendidas como condições determinadas pelo contexto ambiental e não por aspectos físicos e orgânicos apenas (SAMPAIO; LUZ, 2009). Assim, a RBC volta à cena como modelo de reabilitação a ser usado pelo NASF.

Contudo o NASF não se apropriou desse modelo trazido em sua legislação, a RBC. A RBC romperia com a lógica assistencialista, focada nas especialidades profissionais para recuperação da funcionalidade e teria a funcionalidade como meio e não como o fim. Neste sentido o foco da reabilitação vai para além da questão funcional, contemplando a inserção social do sujeito em seu território e na sua comunidade. Porém, com a organização clássica de oferta de reabilitação na atenção primária, seguindo as normas ditadas pelos serviços secundários, associada a formação assistencialista dos profissionais de reabilitação, esse modelo não foi instituído.

É possível perceber que as pessoas entrevistadas diferenciam claramente as características da reabilitação que podem ser ofertadas no NASF e no CREAB, contudo, ao definirem o público, não há um consenso sobre quais fatores interferem na determinação do local no qual a reabilitação deve ser conduzida, sendo que muitas vezes, as questões sócio-econômicas definem o local onde a reabilitação será realizada e não questões como a participação social, função ou o problema relacionado à estrutura do corpo. Isso pode ser ilustrado com a fala de E6: *“a pessoa que precisa de atendimento no nível secundário (...) o NASF não vai conseguir suprir. São demandas diferentes para equipes diferentes, tecnologias diferentes, mas esse problema de deslocamento ainda acontece. (...) se elas não dão conta de deslocar, elas acabam ficando na atenção primária e o NASF precisa dar alguma resposta em termos de reabilitação para essas pessoas”*.

A concepção ampliada de reabilitação e deficiência trazida pela CIF só foi institucionalizada pelo município em 2011, com a Reorientação do Modelo de Reabilitação do Município, um projeto de educação permanente para os profissionais do município em parceria com a UFMG, financiado pelo MS. A proposta do Projeto era trazer o modelo biopsicossocial proposto pela CIF, como um novo paradigma da reabilitação com o objetivo de alinhar a concepção de reabilitação e garantir a integralidade e a resolubilidade da atenção na rede de reabilitação (ALVES, 2014).

Nas entrevistas pode-se perceber que, de um modo geral, os entrevistados associaram a concepção de reabilitação a melhora da funcionalidade, sendo que alguns associaram essa funcionalidade com a interação e participação social como mostram as falas a seguir: *“(...) reabilitação é qualquer situação funcional que a gente tem algum comprometimento e aquela pessoa necessita de restabelecer aquela funcionalidade.”*(E8); *“(...) é uma abordagem de uma pessoa que teve uma limitação funcional seja permanente, transitória ou temporária, e nesse processo essa pessoa necessita do acompanhamento de profissionais especializados (...)”*(E7); *“(...) olhar para a funcionalidade, a participação daquele indivíduo, não somente o diagnóstico”*(E6); *“(...) é a possibilidade daquele usuário de se encontrar enquanto cidadão, para que ele consiga realizar as funções do dia-a-dia, seja alimentar, tomar sua medicação, trabalhar com seus membros superiores”*(E4).

A maioria dos entrevistados acredita que a Rede possui o mesmo entendimento de reabilitação, porém alguns acreditam que há uma dificuldade em colocar na prática esse entendimento, principalmente quando se fala da Rede Ampliada de Reabilitação. Esta Rede Ampliada não está associada apenas aos serviços de reabilitação propriamente ditos, mas aos serviços vinculados à eles, como os médicos especialistas, as ESF e outros equipamentos da rede de saúde como relata E7: *“(...) por meio da capacitação ofertada para a rede sobre a mudança do modelo de reabilitação na perspectiva da funcionalidade, eu penso que a nossa rede tem a mesma visão de reabilitação, porém a rede ampla, atenção primária (...), a rede de serviços especializados, (...) eles não têm clareza. É uma hipótese que muitos deles ainda tenham uma visão muito clássica da reabilitação com foco na deficiência instalada, na deficiência permanente”*.

É importante pensar que a mudança de concepção na prática envolve a mudança de modelos de trabalho, de organização dos serviços, das formas de prestar assistência e tudo isso ainda está em construção. O NASF está comemorando 10 anos de existência e a CIF foi institucionalizada pelo SUS apenas em 2012 pela Resolução MS/CNS nº452/2012. Como o último concurso para profissionais da rede de reabilitação ocorreu em 2012, muitos podem não ter tido uma formação acadêmica que privilegiasse a prática baseada na CIF e essa adequação demanda tempo e disposição.

No âmbito das legislações, o MS já incorporou a CIF como modelo, e além do NASF, o MS trouxe o Centro Especializado em Reabilitação (CER), que é um avanço no modelo de assistência e financiamento, pois preza pela integralidade das ações ao integrar todos os serviços em um mesmo local, apesar desse fato não garantir a integralidade do sujeito. Além disso, a alteração do financiamento do CER para custeio pode minimizar o modelo

atual de assistência fragmentada anteriormente reforçada pelo repasse por procedimentos. Assim, a mudança de concepção de reabilitação nas legislações nacionais pode ser um incentivo a mais nas mudanças de concepção locais.

Como Belo Horizonte se antecipou ao trabalhar a reorientação do modelo de reabilitação na perspectiva da CIF para equalizar o entendimento de deficiência e reabilitação, isso pode, de alguma maneira, facilitar a transição entre os modelos vigentes. A mudança da prática pode se dar pela mudança de concepções dos sujeitos, e o entendimento comum da utilização do modelo biopsicossocial pode resultar em novas formas de organização da Rede de Reabilitação no município, ao mesmo tempo que a reorganização dos serviços é necessária para favorecer esse processo de mudanças.

Em relação à composição da rede de serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte, pode-se afirmar que esta encontra-se em fase de transição dos modelos de assistência, do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, e reordenação segundo os serviços previstos na legislação para a pessoa com deficiência (habilitação dos CREABS a CER).

Atualmente na atenção secundária o município dispõe de um CER habilitado na modalidade IV, coexistindo com três CREABs em funcionamento e mais um prestes a ser inaugurado. Além disso, o município possui clínicas conveniadas e um hospital de reabilitação conveniado, sendo este da atenção terciária, ambos regulados pelo CREAB. Na atenção básica, existem 82 equipes de NASF que dispõem de aproximadamente 550 profissionais neste serviço.

Neste momento, os serviços de reabilitação são geridos por duas coordenações que integram o organograma da secretaria de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte. A coordenação do NASF e Academia da Cidade está vinculada à Gerência da Atenção Primária à Saúde (GEAPS), e a coordenação dos CREABs ligada a Gerência de Rede Complementar (GERRC), sendo que as duas gerências estão sob a coordenação da Diretoria de Assistência à Saúde (DIAS) (Anexos 1 e 2). Apesar de ter havido uma divisão da coordenação da reabilitação em duas nesta atual gestão, as coordenadoras mantêm reuniões mensais para aproximar os serviços, criando diretrizes e notas técnicas para auxiliar na organização da rede.

Durante as entrevistas, os entraves para a consolidação da rede de reabilitação mais citados foram: a mudança de modelo de reabilitação; a dificuldade de diálogo na rede; e a

definição de fluxos de assistência. Um dos problemas dos fluxos é a indefinição do público de cada serviço, tendo em vista que o SUS é universal e integral, todas as pessoas que necessitem de serviços de reabilitação, em qualquer ciclo de vida, são elegíveis para estar nos serviços. Contudo, características específicas dos serviços poderiam auxiliar na definição do tipo de reabilitação que cada ponto poderia ofertar. Porém, como foi colocado anteriormente, o NASF ainda é visto como um local para realizar ações que buscam a funcionalidade do indivíduo nos mesmos moldes que os CREABs, além dos serviços secundários de reabilitação terem uma capacidade de atendimento menor que a demanda.

Assim, a definição do público a ser atendido fica a cargo de critérios determinados pelas coordenações de reabilitação e pela possibilidade do usuário conseguir ou não frequentar um serviço de reabilitação em função da distância do seu domicílio. Como a questão social é cada vez mais presente, muitos dos usuários que se beneficiariam de uma reabilitação em um centro especializado estão ficando na Atenção Básica, no NASF, como destaca E2: *“(...) o público do NASF é todo o público, inclusive o público do CREAB está no NASF. Porque as pessoas estão sofrendo, não tem acesso, e a gente precisa receber e acolher, então todo e qualquer um é do NASF. O CREAB já tem essa restrição de ter alguns critérios que foram estabelecidos internamente, também não está dentro de previsão política, em reuniões periódicas, até estabelecer o que é prioridade 1, 2 e 3”*. As prioridades 1, 2 e 3 são as prioridades de atendimento de reabilitação de acordo com a patologia e funcionalidade apresentadas pelo indivíduo, sendo a maior prioridade a 1 e a menor a 3. As prioridades 1 e 2 são atendidas no CREAB e a 3 é direcionada para o NASF. Outro relato retrata a indefinição do público: *“é difícil falar (quem é o público) no geral é discutido caso a caso. É difícil fazer essa definição, mas no geral (...) casos mais agudos, mais CREAB, mas mesmo assim acho que a gente tem que olhar com certo cuidado, porque às vezes é pós-operatório imediato e a pessoa não tem condições de deslocar para o CREAB, ele está acamado, (...) não tem condições de deslocar para o centro de reabilitação, então ele precisa de uma atenção domiciliar (...)”*(E10).

Essa é uma questão que demanda discussões e criação de alternativas, sendo assim, não deve ser resolvida a curto prazo, mas nem por isso pode ser negligenciada.

Considerações Finais

Os serviços ligados à reabilitação foram instituídos por legislações nacionais voltadas a pessoa com deficiência, e assim seguiram a lógica da política de saúde definida pelas diretrizes e princípios do SUS.

É importante lembrar que antes do SUS ser implementado vigorava no país um modelo de saúde biomédico e hospitalocêntrico que influenciou a maneira de ofertar os serviços de saúde por muitos anos. A mudança para um modelo biopsicossocial previsto na concepção de saúde da política vigente, e reiterado pelo discurso dos profissionais da reabilitação, aponta para uma mudança importante na forma de assistir a população. A construção de novos serviços, novas formas de assistência, novas organizações dependem da instituição de regras pelos gestores, mas também da disponibilidade dos profissionais que as executam, os atores implementadores, para mudar, fazer diferente, se adaptar.

A história dos serviços de reabilitação em Belo Horizonte mostra que no início do SUS já havia uma tentativa de ofertar serviços de reabilitação nos três níveis de assistência, contudo, ainda atrelado a uma concepção biológica da deficiência. Isso condicionava a reabilitação aos serviços de maior tecnologia, e assim os serviços eram de caráter ambulatorial mesmo na atenção básica.

Com a evolução da concepção de deficiência trazida pela CIF, Belo Horizonte reafirmou sua característica pioneira na implementação de serviços e políticas apontada por Junior (2010) e Faria (2012) ao implantar o NAR, um serviço de reabilitação voltado para a promoção e prevenção, além do tratamento, iniciando, assim uma verdadeira rede de reabilitação, com serviços ofertados com complexidades diferentes em níveis de atenção diferentes.

Contudo a oferta de serviços no município ainda é menor que a demanda e, assim, a atenção secundária e terciária atuam a partir de uma cobertura ainda restrita de atendimento. Neste cenário, a atenção básica passa a ter uma sobrecarga de demandas de tratamento, por não ter estabelecido limite de atendimento e ser a porta de entrada do sistema. Há uma tensão entre o foco de atenção, que deveria priorizar a promoção e a prevenção, e a demanda da rede. O serviço de reabilitação da atenção básica, que não dispõe de recursos operacionais adequados para oferta de tratamentos com maior nível de complexidade, acaba se responsabilizando por ofertá-lo, em muitos casos, por ser o serviço mais próximo do sujeito. Isso faz com que o sistema receba cada vez mais pessoas com demandas por tratamento, pois os agravos não são devidamente evitados com ações de promoção e prevenção.

Por fim, percebe-se que, apesar das mudanças serem lentas e nem sempre causarem o impacto que previam, constata-se uma grande evolução na oferta e prestação de serviços de reabilitação em Belo Horizonte, especialmente após os anos 2000.

Referências

ALMEIDA, M.C.; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p. 118-126, set/dez 2002.

ALVES, M.A. **Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH**. Dissertação. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

ANDRADE, V.L.G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública**. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 1996

BELO HORIZONTE. **Construção da atenção básica em Belo Horizonte**. Capítulo 2. [entre 2006 e 2008]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_2_construcao_da_atencao_basica_em_belo_horizonte.pdf>. Acesso em 21 jul. 2018.

_____. **CEREST. Saúde: esta não pode faltar ao trabalho**. Folder. [entre 2012 e 2017]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/ST/folder_saude_faltar_trabalho.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. **Relatório da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) 2015**. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação (SMPL), 2015. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/planejamento/RAG-2015.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2017

_____. **Saúde do Trabalhador**. [2016 ou 2017]. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 14 dez. 2017

BRASIL. **Lei n. 7853**, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1060**, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

_____. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília. [entre 2012 e 2018]. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 23 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal saúde da Pessoa com Deficiência. **Reabilitação**. [entre 2013 e 2018]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/reabilitacao>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária** - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.27, 150p., 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 12 jul 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, v.1, n.39, 2014 b. 116 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 12 jul 2018.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.57, n.5, p.611-614, set/out 2004.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a Distribuição dos Serviços de Reabilitação: O Caso do Estado do Rio De Janeiro**. 2004. Dissertação. Escola de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, Brasília, Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4847/2/709.pdf>>. Acesso em: 26 jun.2018.

COLOGNESE, A.S.; MELO, J.L.B. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre. v. 9, p. 143-159. 1998.

DOMINGOS, C.M. et al. Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.1-13, mar. 2016.

DRUMOND, A.S., et al. VI Encontro RENAST. 2ª mostra-experiências de políticas e ações em saúde do trabalhador. Projeto Integração com Rede de Reabilitação. **Integração Saúde do Trabalhador e Reabilitação no SUS-BH**. [2012?]. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/paginas/Poster%2051.%20Cerest%20BH.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FARIA, C.A.P. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012.406 p.

FARIAS, N., BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**. v.8, n.2, p.187-193. 2005

FRAGA, J.A.A.; VARELA, D.S.S. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. **Rev. Assoc. Bras. Nutr.** v.4, n.5, jan-jun 2012.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referente à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, p.211-59, jun 2000.

GODIN, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C et al. (org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.237-255. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_da_saude_a_organizacao.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

JÚNIOR, H.M.M. (Org.). **Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza Edições. 2010. 582p.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev Sociol e Polít.** Curitiba. v.21, n.48, p.101-110, 2013.

MAIOR, I.L. Reabilitação Baseada na Comunidade. Uma proposta viável para o Brasil. **Acta Fisiátrica**. v.3, n.2, p. 07-08. 1996

MANSUR, M.C. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. 2001. Dissertação. Escola de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Disponível em: <<http://portalteses.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/pdf/capa.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MANZINI, E.J. Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Programa de Pós-graduação em Educação. **Unesp**. Marília. 2004. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

MINAS GERAIS. **Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG**. [2018?] Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MITRE, S.M., ANDRADE, E.L.G, COTTA, R.M.M. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p.1893-1902, 2013.

NASCIMENTO, M.C. et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v.10, n.2, p.241-247, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552006000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**/ World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD/OMS; 2012. 334p.

PALOTTI, P.L.M; COSTA, B.L.D. Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUAS em Minas Gerais. **Rev.Sociol. Polit.**, Curitiba. v.19, n.39, p.211-235. jun. 2011.

PESTANA, M; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria da Saúde, 2004. 80p.

RIBEIRO, C.T.M. et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.28, n.1, p.43-48, 2010.

RODRIGUES, M.C.M. **Políticas de saúde, estratégia de saúde da família e o modelo de atenção à saúde no SUS**. Monografia. (Especialização em atenção básica e saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2010.

SAMPAIO, R.F., LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.475-483, mar 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia**. Porto Alegre. n.16, p.20-45, jul/dez 2006.

VINUTO, J. Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**. Campinas. v.22, n.44, p. 203-220, ago/dez 2014.

YIN, R.K. **Case Study Research: design and methods**. 5ª ed. Thousand Oaks. California: Sage Publications. 2014. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1742025/mod_resource/content/1/How%20to%20k>

now%20whether%20and%20when%20to%20use%20the%20case%20study%20as%20a%20research%20method.pdf>. Acesso em: 20 ago 2018

APÊNDICE 1

Quadro 1: apresenta as modalidades de NASF, categorias profissionais, vinculação com as ESF e equipes de Atenção Básica (eAB) e financiamento das equipes.

<i>Legislação</i>	<i>Modalidade/ População</i>	<i>Profissionais</i>	<i>Vinculação</i>	<i>Financiamento (custeio)</i>
Portaria MS/GM nº 154/2008 (cria o NASF 1 e 2)	NASF 1/ 100mil habitantes ou mais	assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional médico acupunturista, médico homeopata, médico ginecologista, médico pediatra, médico psiquiatra	8 a 20 ESF	R\$ 20mil/mês
	NASF 2/ abaixo de 10habitantes por km ²	assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional	min 3 ESF	R\$ 6mil/mês
Portaria MS/GM nº 2488/2011 (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB)	NASF 1 e 2	Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós- graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.		

Portaria MS/GM nº 3124/2012 (Cria NASF 3 e redefine os parâmetros de vinculação dos NASFs às ESF/eAB)	NASF 1		5 a 9 ESF e/ou eAB para populações específicas (consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Portaria MS/GM nº 548/2013
	NASF 2		3 a 4 ESF e/ou eAB para populações específicas (consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	
	NASF 3		1 a 2 ESF e/ou eAB para populações específicas (consultório de rua, equipe ribeirinha e fluvial)	
Portaria MS/GM nº 548/2013 (Define o valor de financiamento para NASF 1,2,3)	NASF 1			R\$20mil/mês
	NASF 2			R\$12mil/mês
	NASF 3			R\$8mil/mês

Fonte: elaborado pela autora

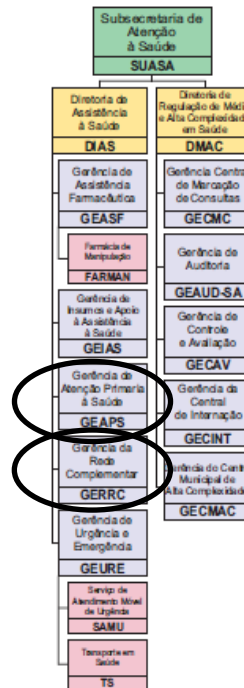
ANEXO 2

Destacados com círculos estão as gerências as quais a coordenação do NASF/Academia da Cidade e a coordenação dos CREABs estão vinculadas: GEAPS e GERRC, respectivamente.



"Este organograma não substitui o oficial gerado pelo SIOM"

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE



LEGISLAÇÃO:

Lei n.º 11.065, de 01 de agosto de 2017.
Decreto n.º 16.684, de 31 de agosto de 2017.
Decreto n.º 16.767, de 09 de novembro de 2017.

Atualizado em 08/11/2017 - GEORG

LEGENDA	
 	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
 	Secretaria Municipal e Comissária
 	Subsecretaria e Comissária
 	Fundação
 	Autarquia
 	Secretaria de Economia Mista
 	Serviço Social Autônomo
 	Diretoria e Comissária - Administração Direta e Indireta
 	Gerência e Comissária - Administração Direta e Indireta
 	Gerência e Comissária - Administração Direta e Indireta
 	Unidade de Assessoria e Órgão Colegiado - Administração Direta e Indireta
 	Subordinação
 	Vinculação

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a instituição do SUS a reabilitação foi encampada pelas políticas de saúde e passou a fazer parte de várias políticas relacionadas a grupos específicos como trabalhadores, idosos e pessoas com deficiência, contudo apenas as legislações referentes a saúde da pessoa com deficiência organizaram os serviços de reabilitação de forma a construir uma rede de serviços, com definição de atribuição dos entes federados e dotação orçamentaria.

Dessa forma, ao analisar as legislações federais que criam, organizam e estruturam os serviços de reabilitação percebe-se a importância da temática da pessoa com deficiência na agenda de governo para a construção dessa rede de serviços de reabilitação. As pessoas com deficiência que, anteriormente ao SUS, eram negligenciadas pelo estado, a partir dos movimentos sociais, das famílias e das próprias pessoas com deficiência legitimaram suas demandas e hoje possuem um serviço universal com vistas a integralidade.

A análise dos serviços de reabilitação de um município de grande porte, como Belo Horizonte, conhecido por seu pioneirismo na implementação de políticas nacionais, nos permitiu verificar avanços na oferta de serviços de reabilitação no município desde a instituição do SUS.

Os serviços que anteriormente possuíam uma vinculação securitária e eram ofertados a pequena parte da população, os segurados do INPS, hoje se expandiram no sentido da universalidade do acesso, sendo prestado nos três níveis de complexidade. Contudo os desafios continuam. A concepção ampliada de assistência ainda está em fase de transição e o modelo biomédico que vigorou antes do SUS ainda é reproduzido em muitas práticas da saúde, sobretudo nos serviços de reabilitação.

A busca pela mudança conceitual já foi iniciada com a capacitação realizada para os profissionais da rede de serviços de reabilitação do município em 2011/2012 intitulada “Reorientação do Modelo da Rede Assistencial de Reabilitação SUS-BH, com base na CIF” com vista a instituir o modelo biopsicossocial na relação com os pares e com os usuários e principalmente nas práticas em reabilitação.

As mudanças de concepções não envolvem apenas mudanças legais, mas crenças, paradigmas, formação técnica e prática e, assim, demoram um tempo para as novas

concepções e novas formas de trabalhar a saúde serem colocadas em prática. Por esse motivo, as mudanças nos serviços e na assistência ocorrem de forma lenta e gradual.

Hoje os serviços de reabilitação, em Belo Horizonte, são organizados em uma rede que busca atender os princípios e diretrizes do SUS, e que apesar de ainda não ser suficiente para atender a demanda de toda a população, muito já se avançou na oferta dos serviços.

Contudo no último ano, em 2017, o governo federal alterou a forma de repasse financeiro para os municípios com a edição da portaria MS/GM nº 3992/2017, que anteriormente o contemplava cinco blocos de financiamento (atenção básica; média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; assistência farmacêutica; vigilância em saúde; e gestão do SUS) e hoje estão concentrados em apenas dois: bloco de custeio e investimento. Os serviços de reabilitação podem ser diretamente impactados por este processo de repasse financeiro, pois entram na disputa por recursos com as demais ações e procedimentos da saúde, em todos os níveis e especialidades, aumentando assim, o risco de retrocesso na expansão da oferta de serviços.

Sendo assim, cabe aos representantes dos movimentos sociais, dos gestores, coordenadores e técnicos dos serviços de reabilitação maior articulação em defesa do SUS, e especificamente, da área de reabilitação, talvez até no sentido de unificar as várias políticas que regulam os serviços de reabilitação na saúde para o fortalecimento da área.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p. 118-126, set/dez 2002.

ALVES, M.A. **Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF):** desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH. Dissertação. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

ANDRADE, V.L.G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública.** Tese. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. 1996.

BELO HORIZONTE. **Construção da atenção básica em Belo Horizonte.** Capítulo 2. [entre 2006 e 2008] Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_2_construcao_da_atencao_basica_em_belo_horizonte.pdf>. Acesso em 21 jul. 2018.

_____. **CEREST. Saúde: esta não pode faltar ao trabalho.** Folder. [entre 2012 e 2017]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/ST/folder_saude_faltar_trabalho.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. **Relatório da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) 2015.** Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação (SMPL), 2015. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/planejamento/RAG-2015.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2017

_____. **Saúde do Trabalhador.** [2016 ou 2017]. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/saude-do-trabalhador>>. Acesso em: 14 dez. 2017

BRASIL. **Lei n. 7853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 jul.2018.

_____. **Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 12 jul 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003. 604 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 2 jul 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002.** Aprova a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 12 jul 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 12 jul 2018.

_____. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília. [entre 2012 e 2018]. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>>. Acesso em: 23 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal saúde da Pessoa com Deficiência. **Reabilitação**. [entre 2013 e 2018]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-pessoa-com-deficiencia/reabilitacao>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Diretrizes Nacionais para a Elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da Rede Básica Atuar nas Ações de Controle de Hanseníase pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária** - Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n.27, 150p., 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde 2006. 4 ed. Brasília. Ministério da Saúde, v.4, 2007. 68p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação-Geral de Inovação Gerencial. **Manual de Orientação: Elaboração de Portarias no Ministério da Saúde**. Versão preliminar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_orientacao_elaboracao_portarias.pdf>. Acesso em: 11 ago.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, v.1, n.39, 2014 b. 116 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v.57, n.5, p.611-614, set/out 2004.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2018.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a Distribuição dos Serviços de Reabilitação:** o caso do estado do Rio de Janeiro. Dissertação. Brasília. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 2004.

COLOGNESE, A.S.; MELO, J.L.B. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre. v. 9, p. 143-159. 1998.

COSTA, L.A. **Insulamento burocrático, autonomia do estado e inserção social:** um estudo do Ministério da Saúde na coordenação nacional do SUS. Tese. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

CURITIBA. Assessoria Especial de Assistência à Pessoa com Deficiência. **Terminologia**. 2013 Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.curitiba.pr.gov.br/conteudo/terminologia/116>>. Acesso em 23 ago 2018.

DOMINGOS, C.M. *et al.* Legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.1-13, mar. 2016.

DRUMOND, A.S., *et al.* VI Encontro RENAST. 2ª mostra-experiências de políticas e ações em saúde do trabalhador. Projeto Integração com Rede de Reabilitação. **Integração Saúde do Trabalhador e Reabilitação no SUS-BH.** [2012?]. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/paginas/Poster%2051.%20Cerest%20BH.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FARIA, C.A.P. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas:** teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. 406 p.

FARIAS, N., BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol.** v.8, n.2, p.187-193, 2005.

FRAGA, J.A.A.; VARELA, D.S.S. A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil. **Rev. Assoc. Bras. Nutr.** v.4, n.5, jan-jun 2012.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referente à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.21, p.211-59, jun 2000.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Verbetes. **Instituto Nacional De Assistencia Medica Da Previdencia Social (INAMPS).** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbetes-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>>. Acesso em: 11 jun. 2017.

GODIN, *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C et al. (org.) **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. P.237-255. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/o_territorio_da_saude_a_organizacao.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2018.

JÚNIOR, H.M.M. (Org.). **Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte:** a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições. 2010. 582p.

JUSBRASIL. **Financiamento da Saúde.** [s.d.]. Disponível em: <<https://cd.jusbrasil.com.br/noticias/585609431/financiamento-da-saude-e-tema-de-audiencia-na-quinta>>. Acesso em: 25 ago 2018.

LIMA, L.L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rer Sociol e Polít.** Curitiba. v.21, n.48, p.101-110, 2013.

MAIOR, I.L. Reabilitação Baseada na Comunidade. Uma proposta viável para o Brasil. **Acta Fisiátrica.** v.3, n.2, p. 07-08, 1996.

MACHADO, R.R. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.5, n.3, p. 95-104, 2012.

MÂNGIA, E.F., MURAMOTO, M.T., LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Rev. Ter. Ocup.** v.19, n.2, p.121-130, mai-ago 2008.

MANSUR, M.C. **O Financiamento Federal da Saúde no Brasil:** tendências da década de 1990. 2001. Dissertação. Escola de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/mansurmcm/pdf/capa.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MANZINI, E.J. Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Programa de Pós-graduação em Educação. **Unesp.** Marília. 2004. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

MENICUCCI, T.M.G., COSTA, L.A., MACHADO, J.A. Pacto pela Saúde: aproximações e colisões na arena federativa. **Ciênc. saúde coletiva.** v.23, n.1, p.29-40, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000100029&script=sci_abstract>. Acesso em: 2 jul 2018.

MINAS GERAIS. **Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG.** [2018?] Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MITRE, S.M., ANDRADE, E.L.G.; COTTA, R.M.M. 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. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.18, n.7, p.1893-1902, 2013.

NASCIMENTO, M.C. *et al.* A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v.10, n.2, p.241-247, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552006000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência/** World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD/OMS; 2012. 334p.

PALOTTI, P.L.M; COSTA, B.L.D. Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUAS em Minas Gerais. **Rev.Sociol. Polit.**, Curitiba. v.19, n.39, p.211-235. jun. 2011.

PAULUS JÚNIOR A; CORDONI JÚNIOR L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev Espaço Saúde.** v.8, n.1, p.13-19, 2006. Disponível em: <<http://files.tvs4.webnode.com/20000024478e4379de1/Políticas%20Públicas%20de%20Saúde%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 02 jul 2018.

PESTANA, M; MENDES, E.V. **Pacto de gestão:** da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria da Saúde, 2004, 80 p.

RIBEIRO, C.T.M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.28, n.1, p.43-48, 2010.

RODRIGUES, M.C.M. **Políticas de saúde, estratégia de saúde da família e o modelo de atenção à saúde no SUS.** Monografia. (Especialização em atenção básica e saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2010.

SALVADOR, E. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serviço Social em Revista.** v.14, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/12263>>. Acesso em: 11 ago 2018.

SAMPAIO, R.F., LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.475-483, mar 2009.

SANTOS L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva.** v.22, n.4, p. 1281-1289, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401281&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jul 2018

SCATENA, J.H.G, TANAKA O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade.** v.10, n.2, p. 47-74, 2001.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologia.** Porto Alegre. n.16, p.20-45, jul/dez 2006.

VINUTO, J. Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas.** Campinas. v.22, n.44, p. 203-220, ago/dez 2014.

YIN, R.K. **Case Study Research:** design and methods. 5. ed. Thousand Oaks. California: Sage Publications. 2014. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1742025/mod_resource/content/1/How%20to%20know%20whether%20and%20when%20to%20use%20the%20case%20study%20as%20a%20research%20method.pdf>. Acesso em: 20 ago 2018

ANEXO 1

Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implementação da Política de Reabilitação no município de Belo Horizonte a partir da consolidação do SUS

Pesquisador: LUCIANA ASSIS COSTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75513317.4.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.529.833

Apresentação do Projeto:

Os serviços de reabilitação foram implantados no âmbito internacional, no século XIX, com o advento da industrialização e dos inúmeros acidentes decorrentes das precárias condições de trabalho. Contudo, os serviços de reabilitação se expandiram somente no início do século XX, para atender a uma ampla população de indivíduos com sequelas das guerras e da epidemia de poliomielite ocorrida nos Estados Unidos. Este projeto utilizará a metodologia de Estudo de Caso que é um método qualitativo muito utilizado na área de Ciências Sociais tendo por finalidade responder questionamentos aos quais o pesquisador não possui muito controle sobre o fenômeno estudado. Como técnicas de coleta de dados serão utilizadas: a análise documental (legislação da área de reabilitação: decretos, portarias e manuais oficiais, organograma institucional, dentre outros) e entrevistas semiestruturadas (realizada a partir de roteiros com questionamentos sobre o tema da pesquisa que serão complementadas com questões inerentes às circunstâncias da entrevista podendo fazer emergir informações de forma mais livre, não condicionadas a alternativas padronizadas). Será produzido um questionário preliminar e o mesmo será utilizado em um estudo piloto para aprimoramento das questões que nortearão as entrevistas. Os entrevistados serão selecionados de forma intencional. Inicialmente serão convidados a participar do estudo gerentes de primeiro nível das gerências relacionadas à Política

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.529.833

de Reabilitação de Belo Horizonte, representante da Coordenadoria de Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD; gestores de trajetória relevante na nível das gerências relacionadas à Política de Reabilitação de Belo Horizonte, representante da Coordenadoria de Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD; gestores de trajetória relevante na construção da política de Reabilitação do Município, como a coordenadora de reabilitação responsável pelo NASF na atenção básica e CREAB na atenção secundária e profissionais que atuam ou atuaram nos serviços de reabilitação com mais tempo de serviço na prefeitura. Também serão convidados gestores e coordenadores dos serviços próprios de reabilitação (NASFs e CREABs) e de alguns serviços de reabilitação conveniados com o município. Adicionalmente, será utilizada a técnica Bola de Neve (técnica de amostragem não probabilística de saturação) que utiliza cadeias de referência na qual os indivíduos selecionados para serem estudados indicam ou convidam novos indivíduos para participarem do estudo. A técnica é frequentemente utilizada para acessar populações de baixa incidência e indivíduos de difícil acesso por parte do pesquisador. Todos os entrevistados deverão ser informados sobre a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas serão gravadas e transcritas pelo próprio pesquisador.

Objetivo da Pesquisa:

Este projeto tem como objetivo Analisar o impacto da existência de duas políticas distintas na regulamentação da rede de reabilitação no que tange ao escopo dos serviços e à integralidade da assistência. Identificar o arcabouço legal que regulamenta os serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte (CREAB e NASF); - Identificar o escopo de atuação de cada serviço (CREAB e NASF) em relação à reabilitação e seu papel no cuidado à saúde do usuário do sistema; -Descrever a capacidade instalada (estrutura e financiamento) do município de Belo Horizonte para a oferta de serviços de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No formulário das informações básicas do projeto de pesquisa o pesquisador se refere: Não há riscos para os entrevistados. E os benefícios relatam: Os resultados poderão contribuir para um melhor conhecimento das políticas que embasam a construção da Rede de Reabilitação do SUS em Belo Horizonte.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem por objetivo analisar o processo de implementação da Política de Reabilitação no município de Belo Horizonte, a partir da constituição do SUS. Se fara uma revisão

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.529.833

do panorama sobre a conjuntura da situação dos primeiros serviços de reabilitação e como expandirem pelo Brasil até o momento atual. A amostra será selecionada por conveniência e a metodologia será de Estudo de Caso. Para a coleta

de dados serão utilizadas: a análise documental (legislação da área de reabilitação: decretos, portarias e manuais oficiais, organograma institucional, dentre outros) e entrevistas semiestruturadas (realizada a partir de roteiros com questionamentos sobre o tema da pesquisa que serão complementadas com questões inerentes às circunstâncias da entrevista podendo fazer emergir informações de forma mais livre, não condicionadas a alternativas padronizadas). Será produzido um questionário preliminar e o mesmo será utilizado em um estudo piloto para aprimoramento das questões que nortearão as entrevistas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados foram: carta resposta ao COEP, CARTAS DE ANUÊNCIAS, FOLHA DE ROSTO, PARECER DA CÂMARA, INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO, PROJETO REDIGIDO, TECLE CORRIGIDO

Recomendações:

Recomendamos por aprovação, pois a pesquisadora apresentou as correções NECESSÁRIAS e iniciadas por este comitê: inseriu os riscos do TCLE, alterou o endereço do Comitê de Ética, apresentou o roteiro de entrevista, modificou o documento WORD, retirando as anotações, inseriu as devidas anuências, inseriu a coparticipação da prefeitura, inseriu o campo de assinatura do pesquisador,

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto : Implementação da Política de Reabilitação no município de Belo Horizonte a partir da consolidação do SUS da pesquisadora professora LUCIANA ASSIS COSTA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005	
Bairro: Unidade Administrativa II	CEP: 31.270-901
UF: MG	Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592	E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.529.833

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_684382.pdf	12/01/2018 10:58:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEASSINADO.pdf	06/11/2017 12:02:33	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ROTEIROENTREVISTA.pdf	06/11/2017 11:03:09	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Parecer Anterior	adequacoescoop.pdf	06/11/2017 11:01:21	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTAANUENCIA0611.pdf	06/11/2017 10:57:28	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLUCIANA0611.pdf	06/11/2017 10:56:28	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_coep_corrigido.pdf	05/09/2017 10:03:07	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_camara_projeto_mestrado.pdf	18/08/2017 16:54:12	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito

Situação do

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Março de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

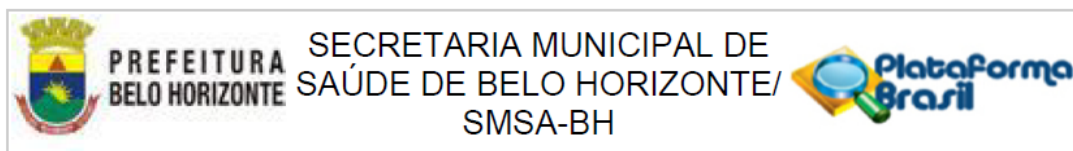
UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coop@prpq.ufmg.br

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

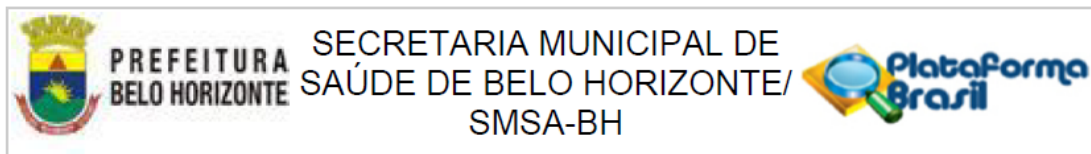
Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** Implementação da Política de Reabilitação no município de Belo Horizonte a partir da consolidação do SUS**Pesquisador:** LUCIANA ASSIS COSTA**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 75513317.4.3002.5140**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 2.930.661**Apresentação do Projeto:**

O projeto propõe o estudo da implementação das políticas de reabilitação no município de Belo Horizonte, o que permitirá apontar como questões de ordem política, institucionais, estruturais e até cognitivas podem afetar a materialidade das políticas públicas, tendo em vista os processos políticos-administrativos envolvidos.

Com a criação do SUS, os serviços de reabilitação passaram a fazer parte das políticas de saúde, formuladas e coordenadas pela esfera federal e implementadas pelos municípios. Não há uma legislação única que regule os serviços de reabilitação. A reabilitação é oferecida pelo sistema público de saúde como um dos componentes da atenção à saúde, sendo que os serviços de reabilitação se organizam com base em duas políticas específicas: a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), e talvez seja esse um dos motivos que levam a dificuldade de articulação da rede. Belo Horizonte reproduziu muito similarmente a história do país, além de ser reconhecido pelo pioneirismo na implementação de políticas de saúde e mais especificamente de reabilitação. O município também reflete os problemas nacionais relacionados a rede de reabilitação: dificuldades de articulação e comunicação, assim como na definição das atribuições de forma clara para cada serviço, tornando ineficiente o sistema de referência e contra-referência e levando a superposição e/ou a falta de ações.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302**Bairro:** Padre Eustáquio**CEP:** 30.720-000**UF:** MG**Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3277-5309**E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.930.661

Hipótese:

A não existência de uma política de reabilitação específica e sim duas políticas distintas (PNSPD e PNAB) que norteiam a organização dos serviços de reabilitação pode ser o dificultador para a mudança de concepção e a ampliação do escopo de assistência materializada na implementação dos serviços de reabilitação no âmbito da saúde pública, no município de Belo Horizonte.

Metodologia:

Será realizado Estudo de Caso e as ferramentas utilizadas para coleta de dados serão a Análise Documental (legislação da área de reabilitação: decretos, portarias e manuais oficiais, organograma institucional, dentre outros) e Entrevistas Semi-estruturadas (será produzido um questionário preliminar e o mesmo será utilizado em um estudo piloto para aprimoramento das questões que nortearão as entrevistas).

Os entrevistados serão selecionados de forma intencional. Inicialmente serão convidados a participar do estudo gerentes de primeiro nível das gerências relacionadas à

Política de Reabilitação, representante da Coordenadoria de Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD; gestores de trajetória relevante na construção da política de Reabilitação do Município, e profissionais que atuam ou atuaram nos serviços de reabilitação com mais tempo de serviço na prefeitura. Também serão convidados gestores e coordenadores dos serviços próprios de reabilitação (NASFs e CREABs) e de alguns serviços de reabilitação conveniados com o município (clínicas conveniadas, Hospital Paulo de Tarso).

Adicionalmente, será utilizada a técnica Bola de Neve (técnica de amostragem não probabilística de saturação) que utiliza cadeias de referência na qual os

indivíduos selecionados para serem estudados indicam ou convidam novos indivíduos para participarem do estudo.

As informações levantadas a partir da análise documental e das entrevistas serão analisadas a partir do método de Análise de Conteúdo (conjunto de técnicas de análise das comunicações, que descreve o conteúdo das mensagens utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção).

Desfecho Primário:

Conhecer os efeitos da existência de duas políticas distintas regulamentando a rede de reabilitação no município de Belo Horizonte, bem como problematizar a necessidade de uma política única para fortalecer a rede dos serviços de reabilitação.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio

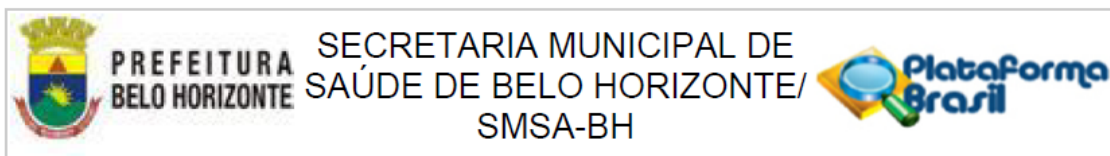
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.930.661

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto da existência de duas políticas distintas na regulamentação da rede de reabilitação no que tange ao escopo dos serviços e à integralidade da assistência.

Objetivo Secundário:

- Identificar o arcabouço legal que regulamenta os serviços de reabilitação no município de Belo Horizonte (CREAB e NASF);
- Identificar o escopo de atuação de cada serviço (CREAB e NASF) em relação à reabilitação e seu papel no cuidado à saúde do usuário do sistema;
- Descrever a capacidade instalada (estrutura e financiamento) do município de Belo Horizonte para a oferta de serviços de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento durante a entrevista e quebra de sigilo.

Benefícios:

Os resultados poderão contribuir para um melhor conhecimento das políticas que embasam a construção da Rede de Reabilitação do SUS em Belo Horizonte.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de relevância social e científica, que apresenta consistente fundamentação teórica e metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) LUCIANA ASSIS COSTA e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e CEPs envolvidos em sua análise ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 2.907.726 e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Implementação da Política de Reabilitação no município de Belo Horizonte a partir da consolidação do SUS".

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio

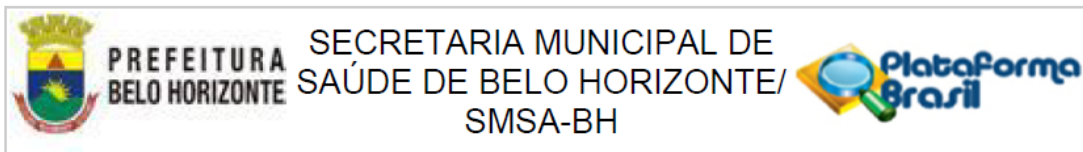
CEP: 30.720-000

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.930.661

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

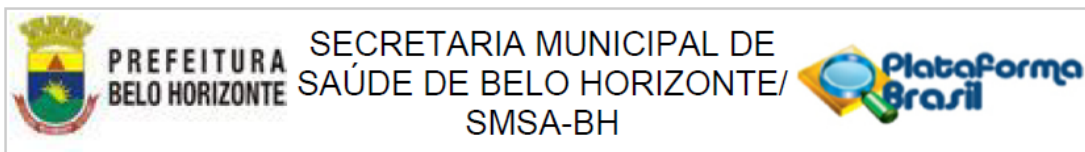
Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1206894.pdf	28/09/2018 19:56:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMSA_Assinado.pdf	28/09/2018 19:55:11	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_assinada.pdf	23/08/2018 20:21:41	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Outros	75513317aprovacao.pdf	23/08/2018 12:12:58	Vivian Resende	Aceito
Outros	75513317parecer.pdf	23/08/2018 12:12:44	Vivian Resende	Aceito
Outros	755133174parecerassinado.pdf	08/03/2018 17:18:43	Vivian Resende	Aceito
Outros	755133174parecerassinado.pdf	08/03/2018 17:18:43	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 2.930.661

Outros	755133174aprovacaoassinada.pdf	08/03/2018 17:18:22	Vivian Resende	Aceito
Outros	755133174aprovacaoassinada.pdf	08/03/2018 17:18:22	Vivian Resende	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEASSINADO.pdf	06/11/2017 12:02:33	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ROTEIROENTREVISTA.pdf	06/11/2017 11:03:09	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Parecer Anterior	adequacoescoop.pdf	06/11/2017 11:01:21	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLUCIANA0611.pdf	06/11/2017 10:56:28	LUCIANA ASSIS COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 01 de Outubro de 2018

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

ANEXO 3

Aprovação do Artigo 1 para publicação na Revista de Terapia Ocupacional da USP

26/11/2018

Gmail - [RTO] Decisão editorial

Gmail

Luciana Assis <lucianaacaetano@gmail.com>

[RTO] Decisão editorial

1 mensagem

Revista de Terapia Ocupacional da USP <portalderevistas@usp.br>

9 de novembro de 2018 18:16

Para: Luciana Assis Caetano <lucianaacaetano@gmail.com>, "Rosana Ferreira Sampaio, Dra" <sampaiofmg@gmail.com>, "Luciana Assis Costa, Dra" <lucianaassis.ufmg@gmail.com>

Prezadas Luciana Assis Caetano, Rosana Ferreira Sampaio, Dra, Luciana Assis Costa, Dra,

Foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, "Expansão A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal".

A decisão é: manuscrito aceito para publicação.

Atenciosamente

Suely Cardoso

Revista de Terapia Ocupacional da USP

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

 A-149932-Folha de Rosto-313465-1-4-20181001.docx
100K

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Investigador: Luciana de Assis Caetano

Orientadoras: Profa Dra Luciana Assis Costa

Profa Dra Rosana Ferreira Sampaio

Projeto de Pesquisa: **Implementação da Rede de Reabilitação em Belo Horizonte na perspectiva do SUS**

Informações

O sr(a) está sendo convidada a participar de um Projeto de Pesquisa a ser desenvolvido na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (EEFFTO - UFMG), para investigar a implementação da reabilitação no município de Belo Horizonte.

Descrição do estudo

O sr(a) irá participar de uma entrevista com perguntas pré-determinadas e outras que surgirão ao longo da entrevista. O seu direito de opinar ou se abster será preservado e respeitado durante todo o processo da entrevista. A entrevista terá duração de cerca de 01 (uma) hora, podendo ser estendida caso seja do seu interesse. Esta atividade será gravada em áudio para posterior transcrição e análise.

Riscos

As perguntas possuem um caráter investigativo e impessoal, contudo sabemos que cargos de gerência e coordenação podem envolver conhecimento de informações de caráter sigiloso, o que pode constrangê-lo em alguma resposta, assim você poderá interromper sua entrevista a qualquer momento e por quaisquer motivos. Além disso, você poderá modificar suas respostas após a entrevista caso julgue necessário. Para reduzir esse risco asseguramos que suas respostas serão mantidas no sigilo da pesquisa e seu nome não será divulgado em nenhuma hipótese.

Benefícios

Embora as informações resultantes deste estudo não forneçam nenhum benefício direto a você, os resultados poderão contribuir para um melhor conhecimento das políticas que embasam a construção da Rede de Reabilitação do SUS em Belo Horizonte.

Confidencialidade

As informações produzidas pela entrevista serão analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo, sendo assim, as entrevistas serão transcritas e será atribuído um número a sua entrevista. Em nenhum momento o seu nome será mencionado em qualquer publicação ou material que possa resultar da pesquisa.

A pesquisa resultará em uma dissertação de mestrado e será disponibilizada na página web do curso de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação e na biblioteca da EEEFTO-UFMG. Será enviada uma cópia dos resultados para o gestor de nível central que disponibilizará para os profissionais participantes da pesquisa. Será elaborado, no mínimo, um artigo científico com a pesquisa.

As gravações de voz e dados coletados se destinarão única e exclusivamente para os fins de pesquisa. Todos os dados materiais deste estudo relativo aos participantes serão estritamente confidenciais e serão guardados no Departamento de Fisioterapia (FIT) da Universidade Federal de Minas Gerais e descartados após 5 anos da conclusão do estudo. Os voluntários deste estudo serão mencionados apenas por números em qualquer publicação ou material que possa resultar desta pesquisa.

Natureza voluntária do estudo, liberdade para se retirar

A sua participação é voluntária e o sr(a) tem o direito de não responder as questões da entrevista ou interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízo para sua pessoa.

Pagamento

O sr(a) não receberá nenhuma forma de pagamento por participar desse estudo e não haverá nenhuma despesa para você que irá participar.

Indenização

Acredita-se que com a confidencialidade do seu nome e as respostas sendo mantidas no sigilo da pesquisa, além da possibilidade de modificar suas respostas após a entrevista, os danos a sua pessoa sejam evitados, contudo, havendo eventuais danos decorrentes da pesquisa o sr(a) será indenizado de forma cabível.

Observações

Este termo seguirá em duas vias com espaço destinado para rubricas sua e dos pesquisadores.

Em caso de dúvidas éticas o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) poderá ser contatado.

ATENÇÃO: Os Comitês de Ética da UFMG e da SMSA-BH analisaram e aprovaram este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, favor entrar em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG)
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901
Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
Telefone: (31) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br
Horário de atendimento: 09:00 às 11:00 / 14:00 às 16:00

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (COEP/SMSA-BH)
Rua Frederico Bracher Júnior, 103, Padre Eustáquio–Belo Horizonte–MG–CEP:30720-000
3ºandar - Sala: 302
Telefone: (31) 3277-5309 – E-mail: coep@pbh.gov.br
Horário de funcionamento: 9h às 15h (exceto em dias de reunião do colegiado, quando não há atendimento)

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____,

_____,
RG _____, li e entendi todas as informações dadas sobre este estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem utilizados satisfatoriamente claros. Eu tive tempo suficiente para considerar as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito de agora ou a qualquer momento discutir qualquer dúvida que eu possa ter com relação à pesquisa.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Pesquisadores responsáveis:

Dra. Luciana Assis Costa – Tel: 3409-4790

Dra. Rosana Ferreira Sampaio - Tel: 3409- 7401

Luciana de Assis Caetano – Tel.: 98804-1042/98752-7331

Endereço das responsáveis pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha

Complemento: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO) – Colegiado de Pós-Graduação - Ciências da Reabilitação

Cidade: Belo Horizonte-Minas Gerais CEP: 31270-901

Telefone: (31) 3409-4781

Email: mesreab@eeffto.ufmg.br

Ponto de referência: entrada pela Av. Carlos Luz

APÊNDICE 2

Questionário utilizado nas entrevistas

QUESTÕES

- 1) Como iniciou a reabilitação no município?
- 2) A partir do SUS, como os serviços de reabilitação passaram a ser ofertados em Belo Horizonte?
- 3) A rede de reabilitação para o deficiente/trabalhador preconizada pela legislação em 2001/2002 já existia no município ou foi criada a partir da legislação?
- 4) Em 2012 na legislação do deficiente volta a ser mencionada a criação de rede de reabilitação. Por quê? Não existia uma rede efetivamente?
- 5) Quais os serviços integram a rede de reabilitação em Belo Horizonte? Quantos são próprios e conveniados, quantos profissionais, capacidade de atendimento?
- 6) Como e quando o CREAB e CEREST foram criados?
- 7) O movimento de integração da reabilitação do trabalhador na rede ocorreu por quais motivos? Há repasse financeiro para esses serviços?
- 8) Qual é o escopo assistencial de cada serviço? Quem deve ser atendido pelos serviços?
- 9) Existem órgãos ou serviços estaduais que fazem parte da rede municipal de reabilitação?
- 10) Considerando a rede de reabilitação existente no município (NASF, CREAB e hospital) e a proposta de integralidade prevista na política de saúde, como isto se dá na prática?

- 11) Existe um fluxo de referência e contrarreferência entre esses serviços? Quais os entraves encontrados neste fluxo?
- 12) Como é o financiamento dos serviços de reabilitação?
- 13) A criação do NAR e posteriormente o NASF foi um impulsionador da criação da rede municipal de reabilitação?
- 14) O que você entende pelo termo reabilitação?
- 15) Existe alguma relação (planejamento, articulação) entre as gerências de reabilitação na implementação das ações de reabilitação?
- 16) Qual a relação dos serviços filantrópicos de reabilitação com os CREABs e os NASFs?
- 17) Quais são os principais entraves enfrentados pela rede de reabilitação?

APÊNDICE 3

Quadro 1 – Legislações que trazem as concepções de deficiência e assistência a pessoa com deficiência no SUS

LEGISLAÇÃO/ANO	CONCEPÇÃO DE DEFICIENCIA	CONCEPÇÃO DA ASSISTENCIA
Lei 7853 de 24 de outubro de 1989, da Casa Civil da Presidência da República - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da PPD		Criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação
Portaria MS/SNAS Nº 225, de 29 de janeiro de 1992 - dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde (SUS)	Orientado pelo CIDID–Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens	Organização de serviços baseados nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; Diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; Garantia da continuidade da atenção nos vários níveis; Multiprofissionalidade na prestação de serviços; Ênfase na participação social desde a formulação das políticas ao controle de sua execução;
Portaria MS/SNAS Nº 303, de 2 de julho de 1992 -modifica a portaria nº 225/1992	Orientado pelo CIDID–Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens;	Mantem concepção anterior que coaduna com o desenho do SUS
Portaria MS/SNAS Nº 304, de 2 de julho de 1992 - dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da PPD no SUS.	Faz menção ao CIDID–Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens;	
Portaria nº 306 MS/SNAS, de 2 de julho de 1992 Inclui no SIA- SUS, códigos para atendimento em Núcleos/Centros de Reabilitação e códigos para atendimentos de Fisiatria e Fisioterapia para a PPD.		Necessidade de melhorar a qualidade e a cobertura da atenção à pessoa portadora de deficiência e diversificar os métodos e técnicas terapêuticas relativas à reabilitação
Portaria MS/SAS Nº 116, de 9 de setembro de 1993 Inclui no SIA-SUS a concessão de órteses e próteses e bolsas de colostomia.		Atendimento integral abrange a atenção primária, secundária e terciária com garantia de fornecimento de equipamentos necessários para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Decreto 3298 de 20 de dezembro de 1999, da Casa Civil da Presidência da República - Política Nacional para a Integração da PPD(Inclui: Deficientes físicos, auditivos, visuais, mentais e múltiplas deficiências.)	Definição dos termos deficiência, deficiência permanente e incapacidade. Toda pessoa que apresente redução funcional devidamente diagnosticada por equipe multiprofissional terá direito a beneficiar-se dos processos de reabilitação.	Reabilitação integral, entendida como o desenvolvimento das potencialidades da pessoa portadora de deficiência, destinada a facilitar sua atividade laboral, educativa e social
Portaria MS/SAS Nº 185, de 5 de junho de 2001 - Altera a descrição de serviços e procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos SIA-SUS, para adequá-los à criação das Redes Estaduais de Assistência à PPD Físicas, que trata a Portaria n.º 818/2001		Necessidade do aprimoramento da assistência à PPD, buscando a sua reabilitação clínico-funcional, melhoria de suas condições de vida, integração social, a ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária;
Portaria MS/GM Nº 1.531, de 4 de setembro de 2001 Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva		Necessidade de adotar medidas que permitam retardar a perda da função vital dos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva ou mesmo evitá-la, bem como de promover a melhoria da qualidade/expectativa de vida destes pacientes;
Portaria MS/GM 1060, de 05 de junho de 2002 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	Pessoa portadora de deficiência é aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (mesmo conceito utilizado no decreto anterior, apesar de citar a CIDID e CIDD2 e dizer que o conceito evoluiu e está em evolução)	Promoção da qualidade de vida das PPD; assistência integral à saúde da PPD; prevenção de deficiências; A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade (RBC). No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade.
Portaria MS/GM Nº1.635, de 12 de setembro de 2002 - Inclui no SIA/SUS, procedimentos específicos para o atendimento de PPD mental e autismo		Necessidade de garantir às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas
Portaria MS/GM Nº2.073, de 28 de setembro de 2004 - Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva		Estimular a atenção integral às patologias e às situações de risco que, com maior frequência, levam à deficiência auditiva, por meio da implantação e implementação de medidas de prevenção e controle, nos três níveis de atenção

Portaria MS/SAS 589, de 08 de outubro de 2004 -Define os códigos e serviços a serem colocados na tabela de procedimentos do SIA-SUS e os procedimentos a serem colocados na APAC-SIA		Pleno atendimento à pessoa portadora de deficiência auditiva depende da qualificação dos processos de avaliação diagnóstica, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento de aparelhos de amplificação sonora individual, assim como acompanhamentos e terapia fonoaudiológica
Portaria MS/GM 154, de 24 de janeiro de 2008 -Cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF)	“deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente” (CIF, 2003)	Buscam instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família– ESF. Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.
Decreto da Casa Civil da Presidência da República nº 7612, de 17 de novembro de 2011 - Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite	Pessoas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas	
Portaria MS/GM Nº 793, de 24 de abril de 2012 - Institui a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS	Inclui pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua	Reabilitação orientada pela CIF
Lei da Casa Civil da Presidência da República Nº 13146, de 06 de julho de 2015 -Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	Impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com uma ou mais barreiras, podem obstruir a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas	-O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. -Acesso a produtos, recursos, estratégias, práticas, processos, métodos e serviços de tecnologia assistiva que maximizem a autonomia, mobilidade pessoal e qualidade de vida

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE 4

Quadro 2 - Legislações que trazem os serviços e procedimentos a serem implantados para a pessoa com deficiência e os repasses financeiros para os mesmos.

LEGISLAÇÃO/ANO	DIRETRIZES PARA IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS	REPASSES FINANCEIROS
Lei Federal Nº7853, de 24 de outubro de 1989, da Casa Civil da Presidência da República	Estabelece a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação na área da saúde e do trabalho além de ações de promoção e prevenção da deficiência	
Portaria MS/SNAS Nº 225, de 29 de janeiro de 1992	Estabelecimento de leitos/unidades de reabilitação em Hospital Geral; Centro Especializado em Reabilitação (aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela portadora de deficiências em regime de internação)	
Portaria MS/SNAS Nº 303, de 2 de julho de 1992	Substitui a portaria anterior, mantém os mesmos serviços e altera pontualmente o corpo técnico.	Não se aplica nesta portaria, prevista na portaria MS/SNAS Nº 305/92
Portaria MS/SNAS Nº 304, de 2 de julho de 1992	Define as ações que devem ser ofertadas nas Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório e nos Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência	Previsto na portaria MS/SNAS Nº306/92
Portaria MS/SNAS Nº 305 de 2 julho de 1992		Inclui no SIH-SUS o grupo: Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais
Portaria MS/SNAS Nº 306, de 2 de julho de 1992		Insere os procedimentos de reabilitação no SIA/SUS para os atendimento em Núcleos/Centros de Reabilitação – (1 turno e 2 turnos)
Portaria MS/SAS Nº 116, de 9 de setembro de 1993	Concessão das órteses e próteses ambulatoriais, bem como a adaptação e treinamento do paciente.	Recurso para Cobertura Ambulatorial (RCA) será acrescido de 2,5%, destinado ao pagamento das órteses e próteses fornecidas aos usuários. (Em 31 de outubro de 1994, as Portarias MS/SAS de n.º 172/94 a n.º 193/94 passam a incluir no teto financeiro dos estados e do DF, o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais, de conformidade com a Portaria MS/GM n.º 1.827/94 que define os tetos financeiros.)

Portaria MS/SAS N° 146, de 14 de outubro de 1993		Pagamento por meio do SIA-SUS, após o fornecimento das próteses e órteses
Portaria MS/SAS N° 211, de 08 de novembro de 1996	Especifica a forma de atendimento dos Centro/Núcleo previamente credenciado segundo normas da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde	
Portaria MS/GM N° 1278, de 20 de outubro de 1999	Cadastramento dos Centros/Núcleos para realização de implante coclear	Repasse financeiro tratado na portaria MS/SAS n° 584, de 21 de outubro de 1999 que define os procedimentos na tabela SIH-SUS
Decreto da Casa Civil da Presidência da República N° 3298, de 20 de dezembro de 1999	Incluem-se na assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares	
Portaria MS/GM N° 818, de 05 de junho de 2001	Define a rede integrada a partir dos seguintes serviços: Serviço de Reabilitação Física em Primeiro Nível de referência (unidade ambulatorial) Intermunicipal e Nível Intermediário, Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou Especializado.	Repasse financeiro pelos procedimentos realizados em todos os níveis de complexidade
Portaria MS/SAS N° 185, de 5 de junho de 2001		Incluir no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos de alta complexidade em medicina física e reabilitação, bem como, os procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção descritos na Portaria.
Portaria MS/SAS N° 364, de 5 de setembro de 2001		Inclui no APAC-SIA, os: serviço de terapia em pneumologia com o procedimento de acompanhamento domiciliar e avaliação de paciente portador de distrofia muscular progressiva submetido à ventilação nasal intermitente de pressão positiva –VNIPP
Portaria MS/GM N° 1060, de 05 de junho de 2002	Assistência integral a saúde da PPD: atendimento na rede de serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas e ampliação da cobertura assistencial em reabilitação (envolvendo serviços de saúde, organizações não-governamentais, formação acadêmica, família e comunidade). - a atenção à saúde das PPD comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção	Serão criados mecanismos, pelo MS, que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa portadora de deficiência

	básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializadas etambém a assistência domiciliar. A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, facilitar o acesso ao tratamento da PPD.	
Portaria MS/GM N°1.635, de 12 de setembro de 2002	Acompanhamento de paciente com deficiência mental ou autismo, e regulamentação da utilização de instrumentos e formulários para sua operacionalização	Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, o procedimento de acompanhamento. Os recursos orçamentários correrão por conta do Ministério da Saúde, onerando os seguintes Programas: Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do SUS; e Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no SUS.
Portaria MS/GM N° 2.073, de 28 de setembro de 2004	Define o atendimento da atenção básica, média e alta complexidade na atenção auditiva. Plano de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) dos Estados e do Distrito Federal	
Portaria MS/SAS N.º 587, de 7 de outubro de 2004	as Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva serão compostas pelas Ações de Saúde Auditiva na Atenção Básica, Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade e Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade.	
Portaria MS/SAS N° 589, de 08 de outubro de 2004		Altera a redação dos códigos da tabela de cobrança da APAC do SIA/SUS para pagamento dos procedimentos da Política Nacional de Saúde Auditiva
Portaria MS/GM N° 154, de 24 de janeiro de 2008 Cria o NASF modalidades 1 e 2	Realizar diagnóstico e ações de prevenção; ações de promoção e proteção da saúde em conjunto com as ESF; acolher os usuários que requeiram cuidados em reabilitação, orientando, atendendo, acompanhando, de acordo com a necessidade do usuário e a capacidade instalada das ESF; desenvolver ações de reabilitação priorizando o atendimento coletivo; desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes; realizar visitas domiciliares para orientação, adaptações e acompanhamentos; desenvolver projetos intersetoriais par a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, AVD, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional; desenvolver RBC; e encaminhamento adequado para outros níveis de complexidade.	Registro dos procedimentos dos profissionais do NASF serão feitos no SIA/SUS mas não gerarão créditos financeiros Serão transferidos R\$20000/mês para cada NASF 1 e R\$6000/mês para cada NASF 2 habilitado. As transferências serão feitas fundo a fundo para o município e devem fazer parte do Piso da Atenção Básica (PAB variável) e compor o Bloco financeiro da atenção básica

Portaria MS/GM N° 3124, de 28 de dezembro de 2012		Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio, que serão transferidos a cada mês tendo como base o número de equipes NASF cadastradas no SCNES, serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde (portaria MS/GM N° 548/13)
Portaria MS/GM N° 548, de 4 de abril de 2013		Os valores de incentivo para cada equipe cadastrada serão: NASF 1: R\$20000,00/mês, NASF 2: R\$12000,00/mês, NASF3: R\$8000,00/mês Os recursos correrão por conta do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho– Piso da Atenção Básica Variável – Saúde da Família
Decreto da Casa Civil da Presidência da República N° 7612, de 17 de novembro de 2011 (Plano Viver Sem Limites)	Apresenta como diretrizes: prevenção das causas de deficiência; ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva.	O Plano Viver sem Limite será custeado por: I - dotações orçamentárias da União - recursos oriundos dos órgãos participantes do Plano Viver sem Limite que não estejam consignados nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União; e III - outras fontes de recursos destinadas por Estados, Distrito Federal, Municípios, ou outras entidades públicas e privadas.
Portaria MS/GM N° 793, de 24 de abril de 2012 Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS	- A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dará pela execução de quatro fases: I - diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; III - contratualização dos Pontos de Atenção; IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; - A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: I - Atenção Básica: terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e atenção odontológica. II- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: contará com os seguintes pontos de atenção: I - estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; II - Centros Especializados em Reabilitação (CER); III - Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os pontos de atenção poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência: deverá: I - responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência; II - instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e	Os critérios definidos para implantação de cada componente e seu financiamento por parte da União serão objeto de normas específicas, previamente discutidas e pactuadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). - Portaria MS/GM nº835/2012 institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

	emergência vinculadas à ação pré-deficiência; III - ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; IV - ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e V - ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim. - Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio.	
Portaria MS/GM nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.		Institui o incentivo financeiro de investimento destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de oficina ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes, da seguinte forma: I - construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER): CER II -- R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m²; b) CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m²; c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²; II - construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m²; III - reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); IV - aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes: a) CER II - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais); b) CER III - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais); c) CER IV - até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); d) Oficina Ortopédica - até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais). - Fica instituído incentivo financeiro de custeio nos seguintes valores: I - CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês; II - CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês; III - CER IV - R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês; IV - Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês; V

		- Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e VI - CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço. § 1º Os recursos referentes ao incentivo financeiro de custeio definidos no caput serão incorporados na forma de incentivo aos tetos financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios. § 2º Para os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, ficam mantidas as normas atuais de repasse de recursos por produção.
Lei da Casa Civil da Presidência da República Nº 13146, de 06 de julho de 2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	Atenção integral a saúde em todos os níveis de complexidade, inclusive em visitas domiciliares; - O SUS deve desenvolver ações para prevenção de deficiências de causas evitáveis; - É garantido acesso universal e igualitário: -diagnóstico e intervenção precoces; - adoção de medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões; - oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência; - prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). -O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse.	

Fonte: elaborado pela autora