








Fernanda Jorge Maciel¹ 
 Amélia Augusta de Lima Friche² 
 Gabriela Cintra Januário³ 
 Mônica Farina Neves Santos³ 
 Roberta Alvarenga Reis⁴ 
 Raimundo de Oliveira Neto⁵ 
 Stela Maris Aguiar Lemos² 

Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais

Spatial analysis of specialized care in the Network for People with Disability: the case of Minas Gerais, Brazil

Descritores

Avaliação em saúde
 Saúde Pública
 Pessoas com Deficiência
 Regionalização
 Serviços de Saúde
 Distribuição Espacial da População

Keywords

Health Evaluation
 Public Health
 Disabled Persons
 Regional Health Planning
 Health Services
 Residence Characteristics

Endereço para correspondência:

Fernanda Jorge Maciel
 Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Av. Augusto de Lima, 2061. Bairro Barro Preto. Belo Horizonte (MG), Brasil.
 CEP 30.190-009.
 E-mail: fernandajmaciel@gmail.com

Recebido em: Setembro 13, 2018.

Aceito em: Julho 10, 2019.

RESUMO

Objetivo: mapear a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais, com base na identificação dos pontos de atenção do componente de atenção especializada em reabilitação, suas modalidades e distribuição segundo a população. **Método:** estudo observacional transversal descritivo. Foram utilizadas técnicas de geoprocessamento para descrição da distribuição dos dispositivos da atenção especializada da Rede de Cuidados, conforme levantamento em abril de 2014. Adotaram-se como unidades de análise as regiões do estado descritas no Plano Diretor de Regionalização do estado. Foram analisadas legislações nacional e estadual e dados disponíveis nos relatórios de gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Como variáveis, foram selecionadas a presença de pontos de atenção no território, o tipo de serviço ofertado e sua relação com a densidade populacional. Foram realizados: análise descritiva da distribuição espacial dos pontos de atenção, considerando as variáveis selecionadas, e georreferenciamento destes pontos, considerando tipo de serviço e modalidades de deficiência. **Resultados:** a Rede de Cuidados é composta por 183 pontos de atenção com maior concentração ao sul do estado: 135 (73,8%) Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual, 18 (9,8%) Serviços de Reabilitação Física, 15 (8,2%) Serviços de Reabilitação Auditiva, 3 (1,6%) Serviços de Reabilitação Visual e 12 (6,6%) Centros Especializados em Reabilitação com duas ou mais modalidades. Observou-se maior concentração de serviços nas regiões mais populosas. **Conclusão:** a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência possui grande desproporção entre as modalidades de reabilitação, com maior número de serviços voltados para reabilitação intelectual e distribuição não equânime, refletindo em vazios assistenciais.

ABSTRACT

Purpose: To map the Care Network for People with Disabilities in Minas Gerais, based on the identification of the points of care in the rehabilitation specialized care component, its modalities and distribution according to the population. **Method:** Cross-sectional descriptive study. We used geoprocessing techniques to describe the distribution of the specialized care devices of the Network Care, as surveyed in April 2014. The regions of the state described in the State Regionalization Master Plan were adopted as analysis units. We analyzed data from National and state legislations and data available in the management reports of the Minas Gerais State Health Department. The presence of points of care in the territory, the type of service offered and its relationship with the population density were selected as variables. We performed a descriptive spatial analysis of the distribution of the points care considering the selected georeferenced variables and the type of service as well as the modalities of disability. **Results:** The Network Care is composed of 183 points of care with the higher concentration in the south of the state: 135 (73.8%) Specialized Services in Rehabilitation of Intellectual Disability, 18 (9.8%) Physical Rehabilitation Services, 15 (8.2%) Auditory Rehabilitation Services, 3 (1.6%) Visual Rehabilitation Services and 12 (6.6%) Specialized Rehabilitation Centers with two or more modalities. We observed greater concentration of services in the most populous regions. **Conclusion:** The Network Care presents great disproportion between rehabilitation modalities, with a greater number of services aimed at intellectual rehabilitation, and unequal distribution reflected in the care gap.

Trabalho realizado no Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerai - Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Porto Alegre (RS), Brasil.

⁵ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesses: Nada a declarar.

Fontes de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Edital 14/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS-REDE. Número do processo: APQ-03617-12.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença *Creative Commons Attribution*, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde é condição indispensável para qualificação e continuidade do cuidado. As redes representam instrumento para garantia do direito à saúde, por meio de ampliação do acesso e diminuição das desigualdades, e permitem a superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis⁽¹⁾. A partir de 2006, com o Pacto pela Saúde e, mais tarde, com a publicação de portaria específica, o Ministério da Saúde vem buscando coordenar ações de estruturação das redes de atenção à saúde que favoreçam a integralidade da atenção⁽²⁾. O conceito de redes abrange ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo único de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado⁽²⁾. No campo da saúde coletiva, a descentralização desempenha um papel organizativo, estabelecendo uma importante relação com o processo de regionalização que deve ser compreendida como estratégia de organização das ações e dos serviços de saúde em uma região, com objetivo de assegurar a integralidade da atenção, gastos racionais e a otimização dos recursos e a equidade, com vistas à garantia do direito à saúde. Além disso, salienta-se o seu papel na integração das unidades e serviços que compõem a rede, considerando suas diferentes densidades tecnológicas^(3,4).

Historicamente, a assistência à pessoa com deficiência se deu em um contexto de omissão do Estado em garantir os direitos educacionais e sociais dessas pessoas, o que obrigava suas famílias a recorrerem a instituições de caráter filantrópico assistencial, que posteriormente assumiram também ações de assistência à saúde⁽⁵⁾.

Em 2011 foi instituído o Plano Nacional da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite e, em 2012, criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. A Rede, além de instituir novos pontos de atenção, busca ampliar seu papel e promover a articulação entre os serviços, de modo a ofertar atenção integral às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. A composição desta rede abrange três componentes: atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual e múltiplas deficiências, os Centros Especializados em Odontologia (CEO); e atenção hospitalar e de urgência⁽⁶⁾.

A atenção especializada no SUS, compreendida como um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais marcadas por processos de trabalho de maior densidade tecnológica, ainda expressa iniquidades regionais no país. Nesse sentido, tem-se destacado esse nível de atenção como aspecto crítico no acesso integral à saúde, especialmente com a expansão da atenção básica e consequente aumento da demanda por procedimentos especializados⁽⁷⁾.

A conformação de uma rede deve considerar o perfil demográfico e epidemiológico de sua população. De acordo com o CENSO 2010, no Brasil mais de 45 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência. Em Minas Gerais são mais de 5 milhões de pessoas com deficiência, com a seguinte distribuição por tipo: deficiência visual (15,7%), motora (6,2%), auditiva (3,9%) e intelectual (1,0%)(8). No estado de

Minas Gerais, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída em 2012 e vem exigindo novas conformações de funcionamento e articulação entre os serviços.

Devido à recente implantação e organização, tornam-se necessárias avaliações permanentes da configuração e funcionamento dessa rede, com o objetivo de aprofundar a compreensão de sua estrutura, a análise do acesso, da distribuição populacional e dos pontos de atenção especializada no território. As informações geradas podem contribuir para a identificação de desigualdades territoriais e de vazios assistenciais, possibilitando a construção de abordagens e estratégias para reorganização da rede.

Assim, este estudo tem como objetivo mapear a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais, a partir da identificação dos pontos de atenção do componente da atenção especializada em reabilitação, suas modalidades e distribuição, segundo a população residente no estado.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional transversal, de natureza descritiva, utilizando-se técnicas de geoprocessamento para descrever a distribuição dos dispositivos que compõem a estrutura Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais. Para tanto, adotou-se como unidades de análise as regiões ampliadas e as regiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, plano esse considerado diretriz organizativa da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

Em Minas Gerais, compreende-se como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado por meio de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. As Regiões Ampliadas de Saúde, por sua vez, constituem o nível regional (agrupamento de Regiões de Saúde) correspondente ao nível de atenção terciário, considerando os conceitos de economia de escala e escopo, em função da densidade tecnológica, e são os territórios de abrangência das redes de atenção à saúde.

O território deste estudo é o estado de Minas Gerais, que possui extensão territorial de 586.519,73 km², 853 municípios, população de 19.597.330 habitantes com 18% a 58% da população com renda inferior a meio salário mínimo. Dos 853 municípios que compõem o estado, 92,2% apresentam população menor que 50 mil habitantes, sendo a maior parte com população abaixo de 10 mil habitantes⁽⁸⁾ (Tabela 1).

A pesquisa foi desenvolvida no contexto da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado de Minas Gerais, especificamente no componente de atenção especializada em reabilitação.

A atenção especializada em reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ocorre em estabelecimentos de saúde de modalidade única de reabilitação, em Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Ainda de acordo com a organização da Rede, as oficinas ortopédicas e serviços especializados em reabilitação da pessoa ostomizada podem ser vinculados a

serviços de reabilitação física ou a CER com modalidade de reabilitação física⁽⁹⁾.

As informações utilizadas no estudo referem-se à situação da Rede em abril de 2014. Foram analisados: legislações nacional e estadual referentes à Rede de Cuidados e dados disponíveis nos relatórios de gestão da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Como variáveis, foram selecionados a presença de pontos de atenção no território, o tipo de serviço ofertado e sua relação com a densidade populacional.

Tabela 1. Distribuição da população residente nas regiões ampliadas de saúde e proporção de população com renda inferior a meio salário mínimo, Minas Gerais, 2014

Região Ampliada de Saúde	População (2012)	% População com renda menor que salário mínimo (2010)
Jequitinhonha	374.945	54
Noroeste	661.677	30
Leste do Sul	669.999	41
Triângulo do Sul	714.106	18
Centro Sul	731.435	33
Nordeste	813.103	58
Triângulo do Norte	1.200.794	18
Oeste	1.212.770	20
Leste	1.465.039	38
Sudeste	1.584.338	28
Norte	1.594.353	53
Sul	2.641.132	24
Centro	6.191.641	23
Total	19.855.332	28

Fonte: Dados do IBGE, estimativa de população para o ano de 2012 e proporção de população de baixa renda, 2010 (disponível no Datasus/Tabnet)

Quanto ao tipo de serviço, foram considerados os Serviços de Reabilitação em modalidade única e os Centros Especializados em Reabilitação. Os Serviços de Reabilitação em modalidade única foram habilitados pelo Ministério da Saúde ou credenciados pela Secretaria de Estado de Saúde, anteriormente à criação da Rede de Cuidados (2012) e responsáveis pela reabilitação de apenas uma das modalidades de deficiência: auditiva, física, visual ou intelectual. Os Centros Especializados em Reabilitação são os principais pontos de atenção especializada da Rede de Cuidados. São classificados quanto ao tipo, de acordo com o número de modalidades de deficiência que atendem (reabilitação auditiva, física, intelectual e visual). O CER II é responsável pelo atendimento de duas modalidades, o CER III por três modalidades e o CER IV por todas as modalidades de deficiência.

Para a análise, procedeu-se ao georreferenciamento dos pontos de atenção especializada nos municípios que os sediam, considerando o tipo de serviço e as modalidades de deficiência.

Foi realizada análise descritiva da distribuição espacial dos pontos de atenção no estado, considerando as variáveis selecionadas. Foram consideradas como unidades espaciais de análise as 13 regiões ampliadas de saúde.

Os resultados foram apresentados em mapas temáticos de pontos e proporções, representando a distribuição espacial dos dispositivos da Rede no estado. Os dados foram organizados em planilha do software Excel®, e as informações processadas e analisadas no programa SPSS IBM Statistics 19 e MapInfo 10.0.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer 33703914.8.0000.5149. Cabe ressaltar que, por se tratar de um estudo que analisou a distribuição de serviços baseado em banco de dados e não envolveu a coleta de dados com seres humanos, houve a dispensa do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Em Minas Gerais, os Serviços de Reabilitação com modalidade única de reabilitação são: Serviços de Reabilitação Física, Serviços de Reabilitação Auditiva, Serviços de Reabilitação Visual e Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI). Os CER seguem as mesmas características e nomenclaturas definidas pelo Ministério da Saúde.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta por 183 pontos de atenção: 135 (73,8%) Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI), 18 (9,8%) Serviços de Reabilitação Física (SRF), 15 (8,2%) Serviços de Reabilitação Auditiva (SRA), 3 (1,6%) Serviços de Reabilitação Visual e 12 (6,6%) Centros Especializados em Reabilitação (CER) com duas ou mais modalidades (Tabela 2).

Ao se considerar as modalidades de deficiência, independentemente se organizadas em serviços de modalidade única ou CER, observa-se a composição da Rede com 74,5% de pontos responsáveis pela reabilitação da deficiência intelectual, 14,8% pela reabilitação da deficiência física, 8,2% pela reabilitação da deficiência auditiva e 2,5% pela reabilitação da deficiência visual

Tabela 2. Descrição do número de pontos de atenção do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por tipo de serviço, Minas Gerais, 2014

Tipo de Serviço	n	%
Centro Especializado em Reabilitação (CER)	12	6,6
CER II (Reabilitação Física e Intelectual)	08	66,7
CER II (Reabilitação Auditiva e Física)	01	8,3
CER II (Reabilitação Auditiva e Intelectual)	01	8,3
CER III (Reabilitação Física, Intelectual e Visual)	01	8,3
CER IV (Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual)	01	8,3
Serviço Especializado em Reabilitação da Deficiência Intelectual	135	73,8
Serviço de Reabilitação Física	18	9,8
Serviço de Reabilitação Auditiva	15	8,2
Serviço de Reabilitação Visual	3	1,6
Total	183	100

A Figura 1 apresenta a localização e distribuição dos pontos de atenção por modalidade de deficiência nas regiões ampliadas de saúde do estado. Observa-se distribuição irregular com maior concentração de pontos de atenção para reabilitação da deficiência intelectual e grande desproporção entre essa modalidade e a reabilitação visual. Observa-se também maior concentração de serviços, independentemente da modalidade de deficiência, nas regiões sul, centro, sudeste e triângulo do norte.

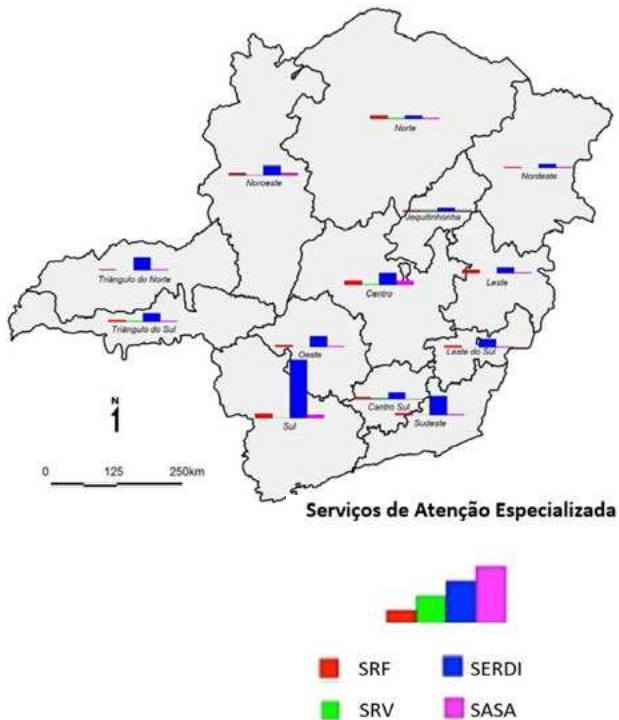


Figura 1. Distribuição dos serviços de atenção especializada por tipo de deficiência nas regiões ampliadas de saúde do estado de Minas Gerais, 2014

A Figura 2 apresenta a distribuição dos pontos de atenção da Rede de Cuidados no território de Minas Gerais. Observa-se distribuição desigual entre as regiões do estado. Há uma grande concentração de pontos de atenção nas regiões centro, sul, sudeste e triângulo do norte, com vazio assistencial no norte, nordeste e Jequitinhonha.

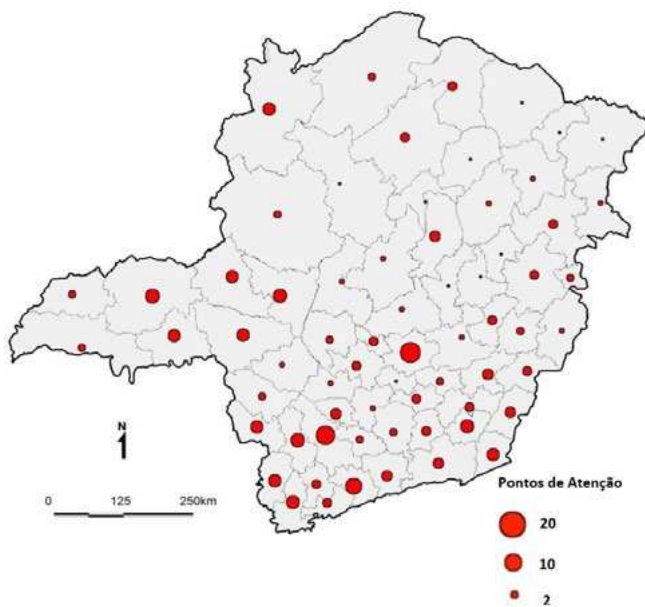


Figura 2. Distribuição dos pontos de atenção do componente de atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território do estado de Minas Gerais por região de saúde, 2014

Na Figura 03 pode-se observar que a maior concentração de pontos de atenção ocorre nas regiões de saúde mais populosas do estado, como as regiões de Belo Horizonte, Uberlândia, Juiz de Fora, Ipatinga, Alfenas, Varginha, Montes Claros.

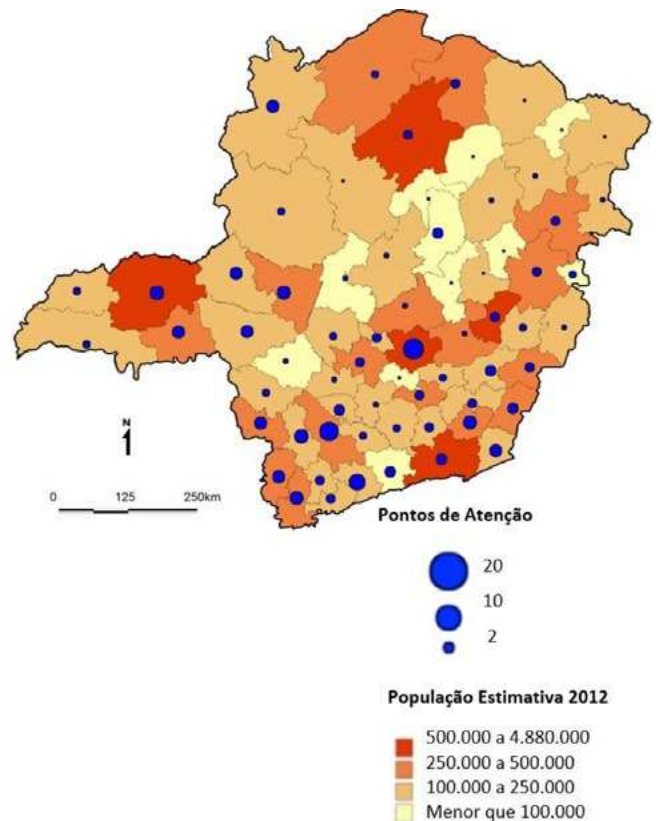


Figura 3. Distribuição dos pontos de atenção do componente de atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e população residente no território do estado de Minas Gerais por região de saúde, 2014

DISCUSSÃO

Observa-se, em Minas Gerais, uma predominância de serviços de reabilitação em modalidade única. Os Centros Especializados em Reabilitação foram criados para atuar como nós integradores da Rede de Cuidados, com o papel de articulador com outros componentes e serviços e romper com a fragmentação da reabilitação por deficiência⁽⁹⁾.

Dentre tais serviços de modalidade única, há menor número daqueles voltados à atenção a pessoas com deficiência auditiva e visual em todas as regiões ampliadas de saúde. Os serviços voltados à atenção à saúde auditiva foram implantados em doze das treze regiões ampliadas, e são responsáveis pela avaliação, diagnóstico, seleção e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), terapia fonoaudiológica e acompanhamento em todos os segmentos da população para reabilitação e habilitação auditiva⁽¹⁰⁾. Cabe, no entanto, análise mais aprofundada sobre a necessidade e sustentabilidade de novos serviços, considerando a complexidade e custo das ações de diagnóstico, adaptação de AASI, reabilitação, as alternativas de transporte dos usuários no território e o financiamento necessário ao custeio de tais unidades.

Em relação aos serviços de modalidade única de reabilitação visual, nota-se a maioria das regiões ampliadas sem oferta, o que demonstra a persistência de vazios assistenciais, embora iniciativas de melhoria da atenção à saúde ocular venham ocorrendo, especialmente com a criação de política nacional específica em 2008⁽¹¹⁾.

No presente estudo, o número expressivo de serviços que atendem à modalidade da deficiência intelectual (Figura 1) pode estar relacionado à organização histórica desses serviços pela sociedade civil⁽⁵⁾. Também pode ter contribuído o fato de que a Portaria Ministerial não exigia o procedimento de habilitação e não estabelecia diretrizes assistenciais, o que permitiu autonomia aos estados para estabelecimento de diretrizes assistenciais de acordo com suas necessidades e capacidade instalada. Dessa forma, em 2003, algumas destas instituições foram credenciadas pela Secretaria de Estado de Saúde. Mais recentemente, em 2013, 135 desses serviços foram incorporados à Rede de Cuidados (Tabela 2) como Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual ou CER, após reestruturação assistencial, quando foram qualificados inicialmente os serviços já credenciados.

A literatura⁽¹²⁾ aponta proposta de desenho assistencial que sugere maior capilaridade aos serviços de reabilitação da deficiência intelectual e reabilitação física ao se considerar a facilidade de acesso a esses usuários. No entanto, diante dessa premissa, serviços de reabilitação física não tiveram frequência semelhante aos serviços de reabilitação da deficiência intelectual. A necessidade de maior densidade tecnológica na reabilitação física também dificulta a identificação de unidades para habilitação. De acordo com levantamentos da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, observa-se que ambulatórios gerais de fisioterapia dos municípios estão assumindo a responsabilidade de reabilitação da deficiência física, de forma desarticulada com a Rede de Cuidados e, portanto, sem organização de informações em âmbito estadual.

As disparidades observadas entre as regiões ampliadas se expressam expressa também na distribuição dos serviços de atenção especializada nas 77 regiões de saúde, quando se compara o estado a partir de um eixo imaginário que o divide em dois grandes territórios – norte e sul. Notou-se nesse estudo maior densidade de pontos de atenção dessa Rede ao sul, com evidentes vazios assistenciais em diversas regiões de saúde ao norte do estado. A distribuição espacial dos equipamentos observada parece indicar, portanto, melhor estruturação da Rede ao sul e pior ao norte. Esse fato reproduz dados de desenvolvimento regional do estado. Dados do PNUD apontam que nas Regiões Ampliadas de Saúde Norte, Jequitinhonha e Nordeste, lugares com vazios assistenciais identificados no presente estudo, estão as menores rendas per capita de Minas Gerais, enquanto as regiões sul e sudeste apresentam rendas mais elevadas⁽¹³⁾. Assim, a disparidade evidenciada em outros indicadores sociais se reproduz na oferta e acesso aos serviços de saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais. A distribuição geográfica heterogênea de serviços de reabilitação é observada em outros locais no Brasil nos quais se identifica predomínio em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas^(14,15).

Esse cenário de menor oferta de serviços em locais com piores indicadores socioeconômicos torna-se ainda mais preocupante ao se considerar que a população com maior escolaridade tende a utilizar os serviços públicos de saúde para atividades preventivas. Nesse sentido, locais com populações de menor escolaridade utilizariam mais serviços para tratamento e reabilitação, o que geraria maior demanda da atenção especializada⁽¹⁶⁾.

É possível que essa concentração de serviços de reabilitação nas áreas economicamente mais favorecidas (Figura 2) tenha relação com a participação de organizações ligadas às pessoas com deficiência na construção do SUS na década de 1980, que levou à criação dos primeiros serviços nesses locais⁽¹⁷⁾.

Considerando os serviços já existentes na Rede, é importante que as articulações regionais já organizadas e os elementos que contribuem para o fortalecimento da identidade regional sejam aproveitados no processo de estruturação e implantação do conjunto de serviços⁽¹⁸⁾.

A distribuição heterogênea de serviços de saúde observada na Figura 2 remete à iniquidade de acesso à Rede de Cuidados. De acordo com a literatura, o acesso, tomado como acessibilidade aos serviços de saúde, é a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população, que inclui as dimensões sócio-organizacional e geográfica⁽¹⁹⁾. Características relacionadas aos sistemas logísticos das redes de atenção à saúde, como oferta de serviços, acesso regulado e sistemas de transporte em saúde, influenciam a conformação operacional dos serviços e, conseqüentemente, o acesso da população. Assim, é fundamental a participação de usuários, gestores e trabalhadores para o cumprimento da garantia de acesso, superando as dificuldades políticas, financeiras, técnicas e de gestão⁽²⁰⁾. Além disso, na perspectiva da pessoa com deficiência, é importante a consolidação de redes de apoio, sejam familiares ou na comunidade, visando à facilidade de acesso inclusive aos serviços de saúde de forma mais integral⁽²¹⁾.

As Redes de Atenção à Saúde possuem diretrizes como a integralidade do cuidado e a regionalização, considerando sua territorialização, população e necessidades de ações em saúde, com pontos de atenção devidamente caracterizados e organizados por meio de acesso regulado e sistema de governança definido^(22,23). O estado apresenta grandes distâncias entre vários municípios e diversidades socioeconômicas expressivas, que pode influenciar na implantação de serviços de maior densidade tecnológica.

A regionalização, como diretriz para a organização do SUS, deve se concretizar nos espaços de gestão regional, como processo político e organizado, em resposta às restrições de acesso aos serviços^(4,23). Dessa forma, outros aspectos precisam ser mais bem compreendidos no nível loco-regional em processo de análise mais detalhado quanto à adequação da estrutura da Rede de Cuidados em Minas Gerais.

O apoio matricial é uma das estratégias para a qualificação das redes de atenção à saúde. A troca de conhecimento entre os profissionais dos pontos e níveis de atenção amplia a organização de projetos terapêuticos, propicia abordagem clínica ampliada e favorece a integração entre especialidades ou profissionais. Ações de matriciamento agregam recursos de saber, potencializam a

capacidade resolutiva das equipes, melhoram o desempenho da atenção básica e dão sustentabilidade para construção de redes integrais e universais^(24,25). Mais recentemente, no âmbito de Minas Gerais, a implantação de serviços descentralizados que compõem a política estadual de saúde auditiva, com a criação ou qualificação de serviços de menor densidade tecnológica no nível municipal, trouxe avanços no sentido de aproximar o cuidado à pessoa com deficiência aos recursos e realidades locais. Tais serviços abrangem ações de promoção da saúde auditiva, prevenção e acompanhamento terapêutico para os casos que não necessitem de supervisão técnica dos serviços de referência. Essa conformação de rede focada no território e que sustente a criação de projetos terapêuticos singulares favorece o acesso, o cuidado integral e as possibilidades de equidade^(9,26).

Este estudo apresentou a distribuição dos pontos de atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. No entanto, vale destacar que a utilização de dados secundários, advindos de diferentes fontes de informações, e a não inclusão na análise do paciente ostomizado por falta de informações consolidadas no período do estudo são limitações a serem consideradas.

Para uma análise integral, são necessários outros estudos que avaliem os demais aspectos relacionados à operacionalização de uma rede assistencial como fluxos assistenciais, sistemas logísticos, modelo de atenção, satisfação dos usuários, gestores e profissionais, a fim de produzir dados mais completos para melhorias na implementação dessas redes.

CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe contribuições para a discussão da configuração espacial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e na produção de inferências acerca do acesso aos serviços especializados em reabilitação. A análise aponta haver ainda um número expressivo de serviços de modalidade única de serviços especializados e com distribuição não equânime, refletindo em vazios assistenciais.

Ao analisar a distribuição dos pontos de atenção por tipos de serviços ofertados, nota-se maior número de pontos de atenção voltados para atenção da pessoa com deficiência intelectual em comparação com as outras deficiências. Observa-se ainda importante disparidade regional, evidenciada pela grande concentração dos serviços ao sul quando comparado com as regiões ao norte do estado.

Nota-se concentração de serviços na modalidade de reabilitação intelectual, alocados principalmente nas Regiões Ampliadas de Saúde Sul, Centro e Sudeste, com vazio assistencial e baixa oferta da assistência nas demais modalidades de reabilitação. Assim, observa-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ainda está em fase de implantação, com necessidades de adequação para que se alcance a equidade no acesso aos serviços especializados. A integração entre os pontos de atenção, a garantia da integralidade e do acesso a todos os cidadãos do estado, com alocação de serviços de reabilitação de acordo com realidade e demanda local, ainda é um desafio a ser alcançado.

REFERÊNCIAS

1. Kuchnir R, Chorny AH. Health care networks: contextualizing the debate. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(5):2307-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2010.
3. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, et al. The process of building up regional health management in the State of São Paulo: subsidies for analysis. *Saude Soc*. 2015; 24(2):423-437. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>.
4. Ribeiro PT. Territorial perspective, regionalization and networks: an approach to Federative Republic of Brazil's health policy. *Saude Soc*. 2015; 24(2):403-12. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200001>.
5. Pletsch MD. A escolarização de pessoas com deficiência intelectual no Brasil: da institucionalização às políticas de inclusão (1973 – 2013). *Education Policy Analysis Archives*, 2014; 22(1):1-25. <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.v22n81.2014>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
7. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.627-63.
8. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Censo Demográfico 2010. [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
9. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. The Brazilian Health System integrated health service network for people with disabilities. *Interface*. 2015; 19(52):207-10. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>.
10. Escarce AG, Lemos SMA, Carvalho SAS. Profile and work satisfaction among professionals of hearing care health network. *Audiol Commun Res*. 2015; 20(2):96-103. <https://doi.org/10.1590/S2317-64312015000200001441>.
11. Medina NH, Muñoz EH. Attention to ocular health in the elderly. *Bol Epidemiol Paul*. 2011; 8(85):23-8.
12. Lima MLLT, Lima MLCL. Evaluation of the Implementation of a Public Physical Rehabilitation service based on the National Policy for Reduction of Morbidity and Mortality from Accidents and Violence, 2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(4):597-607. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.
13. PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [Internet]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013. [cited 2017 Jul 17]. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>.
14. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Attendance and the change in the praxis of rehabilitation: a study of Centers of Reference in Rehabilitation in the network of the Unified Health System in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2013; 18(7):1893-1902. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>.
15. Cardoso, LGRA. Estudo sobre a distribuição de serviços de reabilitação: o caso do estado do Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
16. Almeida NA. The access to health services by elderly people in Brazil based on National Household Sample Survey (PNAD) from 1998 to 2008. *J Bras Econ Saude*. 2015; 7(1):43-52.
17. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Melo LR, Rubim LC, Ferreira JES. The public health care system and rehabilitation actions in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(1):43-8. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892010000700007>

18. Gil AC, Licht RHG, Yamauachi NI. Regional consciousness and health regionalization. *Hygeia*. 2006; 2(3):35-46.
19. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973. PMID: PMC1071786.
20. Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(11):2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
21. Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(1):175-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>.
22. Silva SF. The organization of regional and integrated healthcare delivery systems: challenges facing Brazil's Unified Health System. *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16(6):2753-62. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
23. Santos L. Healthcare regions and their care networks: an organizational-systemic model for SUS. *Cienc Saude Coletiva*. 2017; 22(4):1281-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. PMID:28444052.
24. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MAC, Santos AF, et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(2):e00201515. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>. PMID:29489952.
25. Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciência Saude Coletiva*. 2015; 20(1):229-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. PMID:25650617.
26. Rezende CF, Carvalho SAS, Maciel FJ, Neto RO, Pereira DVT, Lemos SMA. Hearing health network: a spatial analysis. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81(3):232-9. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.01.003>. PMID:25382426.

Contribuição dos autores

FJM participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; AALF, subcoordenadora do projeto, participou do delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; MFNS participou da interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo; GCJ participou da interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo; RAR participou da interpretação dos dados e revisão crítica do artigo; RON participou da interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo; SMAL, coordenadora do projeto, participou do delineamento, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.