

Mônica Farina Neves Santos¹ 

Amélia Augusta Lima Friche¹ 

Stela Maris Aguiar Lemos¹ 

Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação

Health Care to people with disability: the formation of teams and geographical distribution of the rehabilitation specialized component

Descritores

Sistema Único de Saúde
Pessoas com Deficiência
Pessoal de Saúde
Equidade no Acesso
Serviços de Saúde

Keywords

Unified Health Service
Disabled People
Health Personnel
Access Equity
Health Services

RESUMO

Objetivo: analisar a composição das equipes e a distribuição geográfica dos serviços e profissionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). **Método:** estudo observacional-analítico-transversal, desenvolvido por meio de dados secundários do componente especializado em reabilitação, com amostra de 3.271 profissionais. **Resultados:** a metade dos serviços está em três regiões ampliadas; há maior representação de Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI), serviços privados e fisioterapeutas; observou-se que a maioria dos serviços possui equipes completas e que a maior parte não cumpre carga horária mínima estabelecida pela política nacional; as regiões ampliadas Jequitinhonha, Norte e a modalidade Centros Especializados em Reabilitação (CER) apresentaram maiores médias de profissionais e carga horária; houve associação estatisticamente significativa entre equipe completa e serviços privados. **Conclusão:** os resultados podem contribuir no desenvolvimento de estratégias que minimizem as disparidades encontradas na distribuição geográfica, nas modalidades de reabilitação e nos investimentos para rede pública.

ABSTRACT

Purpose: to analyze the composition of teams and the geographical distribution of the services and professionals of the Health Care Network for People with Disabilities (RCPD, initials in Portuguese). **Methods:** cross-sectional observational study developed from secondary data on the specialized component in rehabilitation, with a sample of 3,271 professionals. **Results:** half of the services was observed in three broad regions; there is a greater representation of Specialized Services in Intellectual Disability Rehabilitation (SERDI, initials in Portuguese), private services and physiotherapists. We observed that most services had full teams; however, most of them do not comply with the minimum workload established by national policy. The Enlarged Health Regions of Jequitinhonha, Norte and the Centros Especializados em Reabilitação (CER, initials in Portuguese) modality presented the highest averages in terms of professionals and workload. Our results show a significant statistical association between full teams and private services. **Conclusion:** these results have the potential to contribute to the development of strategies to minimize the disparities found in the geographical distribution, in rehabilitation modalities, and public service investments.

Endereço para correspondência:

Mônica Farina Neves Santos
Departamento de Fonoaudiologia,
Universidade Federal de Minas Gerais
– UFMG
Rua Pitangui, 1833/201, Bairro
Sagrada Família, Belo Horizonte (MG),
Brasil, CEP: 31030-211.
E-mail: monicafarinans@gmail.com

Recebido em: Agosto 06, 2019

Aceito em: Fevereiro 01, 2020

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

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) – Edital 14/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS-Redes. Número do processo: APQ-03617-12. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

Conflito de interesses: nada a declarar.



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

Um grande desafio enfrentado pelos sistemas de saúde para garantir a integralidade do cuidado é a má distribuição geográfica dos profissionais, problema este que provoca desigualdade na assistência e, conseqüentemente, agrava as condições de saúde, comprometendo os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde)⁽¹⁻³⁾. Concomitantemente, as mudanças do perfil epidemiológico, a crescente prevalência das condições crônicas e o envelhecimento da população no Brasil exigem cada vez mais políticas públicas que desenvolvam ações durante os diferentes ciclos de vida da população, por meio de um sistema de saúde integrado e eficaz, com número adequado de pontos de atenção de diferentes modalidades e profissionais que atuem de forma articulada, visando ao cuidado longitudinal^(4,5).

O cuidado ampliado em saúde requer um olhar multidimensional para as necessidades do usuário e deve ser desenvolvido por meio de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que produza ações mais efetivas nos serviços de saúde, gerando troca de experiências e novos conhecimentos. Dessa forma, o modelo assistencial e as configurações dos serviços na rede exercem expressiva influência na resolutividade, eficiência e integralidade do cuidado. Neste cenário, o profissional assume papel de interlocutor entre os usuários e os diferentes mecanismos humanos e tecnológicos que podem contribuir para o atendimento das demandas sanitárias e epidemiológicas e no processo de reabilitação da população^(3,6,7).

Uma das conseqüências das doenças crônicas e do envelhecimento da população é o desenvolvimento de deficiências ou perda da funcionalidade. Em 2010, no Brasil, o número registrado de pessoas com deficiência foi de aproximadamente 24% da população⁽⁸⁾. Em 2013, 6,2% da população foi identificada com algum tipo de deficiência: auditiva, física, visual ou intelectual⁽⁹⁾. Ressalta-se que os diferentes números encontrados para a prevalência de deficiências devem-se às diferentes metodologias de avaliação. Ainda assim, revelam-se como informações significativas para gestão da saúde pública. Daí tem-se a importância de serviços e profissionais em número adequado, visando à promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, bem como equidade de acesso às pessoas com diferentes tipos de deficiência aos serviços compostos por equipes multiprofissionais e de assistência interdisciplinar^(8,9).

Portanto, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do SUS representa um grande avanço na implantação de uma política pública integrativa, organizada em torno de diferentes pontos de atenção, com propósito de ampliar o acesso aos serviços, devendo oferecer atendimento multiprofissional em uma lógica interdisciplinar, regionalizada, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e regulado. Além disso, configura-se como uma proposta prática de inclusão, visto que o cuidado à pessoa com deficiência no SUS deixa de ser responsabilidade apenas dos serviços especializados em reabilitação^(10,11).

Inteirar-se da RCPD-MG sob o viés da organização geográfica, atuação das categorias profissionais, modalidades de serviços e suas respectivas esferas administrativas é substancial para conduzir o planejamento de diretrizes assistenciais baseadas

nas necessidades regionais, colaborando para uma rede com mais acesso e perspectiva de cuidado integral.

Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi analisar a distribuição dos serviços e profissionais, bem como apresentar a composição das equipes, a fim de discutir o acesso geográfico da RCPD.

MÉTODOS

O presente estudo é parte do Projeto “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura”, financiado pela FAPEMIG, vinculado à UFMG, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), aprovado pelo Parecer nº 913.612 da UFMG.

Trata-se de um estudo observacional-analítico-transversal, desenvolvido por meio de dados secundários, a partir da base de dados institucional da SES-MG, acrescida das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/DATASUS, referente ao componente especializado em reabilitação da RCPD-MG. Para evitar duplicidade de informações, hospitais e policlínicas, serviços não exclusivos da RCPD tiveram seus dados coletados integralmente na base de dados da SES-MG, enquanto os serviços ambulatoriais tiveram seus dados coletados no CNES/DATASUS. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. A atual pesquisa é a primeira parte do projeto desenvolvido, sendo utilizado, neste momento, dados secundários, razão pela qual foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O cenário do estudo é a RCPD-MG pactuada conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG), que estabelece atualmente 77 regiões de saúde e 13 regiões ampliadas de saúde. O estado de Minas Gerais possui 853 municípios, 147 deles possuindo algum ponto de atenção especializado em reabilitação da RCPD⁽¹¹⁾.

A RCPD é constituída pelos componentes de atenção primária: especializado (reabilitação e odontologia) e hospitalar. Os serviços especializados em reabilitação são classificados como: modalidade única; que prestam assistência a apenas um tipo de deficiência ou Centro Especializado em Reabilitação (CER); que atendem a dois, três ou quatro tipos de deficiências. Esses serviços são responsáveis pelas avaliações multiprofissionais, diagnósticos, concessões de tecnologia assistiva (conforme modalidade), habilitação e reabilitação⁽¹⁰⁾.

A população do estudo foi composta de 3.570 profissionais que atuam nos serviços do componente especializado em reabilitação. Foram incluídos os profissionais que compõem as equipes dos serviços de reabilitação da RCPD. Dessa forma, foram analisadas informações de 3.271 profissionais das equipes mínimas de 209 serviços especializados em reabilitação.

A coleta de dados iniciou-se a partir do momento em que a SES-MG disponibilizou a base de dados institucional contendo informações técnicas e administrativas da RCPD-MG. Com base nessas informações, foi criado um banco de dados através do programa Microsoft Excel[®] 2010, onde foram inseridas informações do CNES/DATASUS.

Os pontos de atenção analisados foram os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), Serviços de Reabilitação Visual (SRV), Serviços de Reabilitação Física (SRF), Serviços de Atenção à Saúde ao Paciente Ostomizado (SASPO), Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI) e Centros Especializados em Reabilitação (CER).

Adotaram-se como variáveis respostas: a distribuição dos profissionais por pontos de atenção e a composição das equipes mínimas de saúde. Como variáveis explicativas foram utilizados: o número de profissionais, suas respectivas categorias, pontos de atenção, modalidades de serviços, região de saúde, região ampliada de saúde, esfera administrativa, equipe mínima de saúde com profissionais exigidos e equipe mínima de saúde completa com carga horária semanal exigida. A variável equipe mínima de saúde completa com carga horária foi analisada somente no SRV, SERDI e CER, serviços com cargas horárias semanais pré-determinadas pela Portaria GM/MS nº 793 de 24/04/2012⁽¹⁰⁾.

Para analisar a associação entre a distribuição dos profissionais e as regiões ampliadas de saúde foram estabelecidas duas divisões do estado ambas com os referenciais geográficos Norte e Sul. A primeira considerou a abrangência assistencial e os respectivos fluxos dos serviços. Assim, como Norte foram consideradas as regiões ampliadas de saúde Nordeste, Leste, Jequitinhonha, Norte, Noroeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. E como Sul, foram consideradas as regiões ampliadas de saúde Centro, Centro-Sul, Leste do Sul, Sudeste, Sul e Oeste. A segunda divisão do estado em Norte e Sul considerou a similaridade dos Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁽¹²⁾. Desse modo, as regiões ampliadas Triângulo do Norte e Triângulo do Sul foram, nesta análise, consideradas como unidades da região Sul.

Para as variáveis contínuas foram realizadas as análises descritivas de cada uma delas por meio de síntese numérica, e as variáveis categóricas tiveram análises da distribuição de frequência absoluta e relativa. O teste de Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis categóricas. Para a avaliação da associação entre as variáveis quantitativas, foi utilizado o Teste de Mann Whitney. Foi utilizado o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. As análises foram realizadas por meio do software STATA versão 12.0.

RESULTADOS

Em 2015, a RCPD-MG possuía um total de 209 serviços especializados em reabilitação, distribuídos em 147 municípios, organizados em 59 regiões de saúde e 13 regiões ampliadas de saúde.

Os resultados das análises descritivas da RCPD-MG revelam expressiva concentração de serviços nas regiões ampliadas Sul, Centro e Sudeste, com 29,7%, 10,5% e 10,5%, respectivamente. Em seguida, destaca-se a região Triângulo do Norte, com 10%; Oeste, com 8,6%; Centro-Sul, com 5,3%; Leste, com 4,8%; Leste do Sul, com 4,8%; Triângulo do Sul, com 4,8%; Noroeste, com 4,3%; Nordeste, com 3,3%; Norte, com 2,4%; e Jequitinhonha, com apenas 1% dos serviços. Quanto às modalidades de serviços de reabilitação, a maior representação foi a do SERDI, com 63,6%; seguida do SASPO, com 13,9%; SRF, com 8,6%; SASA,

com 6,2%; CER, com 6,2%; e SRV, com 1,4%. Em relação à composição das equipes mínimas, observou-se que 82,3% dos serviços cumprem a legislação, contudo, nos serviços que exigem a carga horária semanal pré-estabelecida dos profissionais, 77,2% não a cumprem. Quanto à esfera administrativa, a predominância foi de 78,4% de serviços privados.

As análises da distribuição dos profissionais e suas respectivas cargas horárias semanais entre as regiões ampliadas de saúde mostraram que o fisioterapeuta é o profissional mais presente e com maior média de carga horária por ponto de atenção, seguido do fonoaudiólogo. As regiões ampliadas de saúde Jequitinhonha, Norte e Triângulo do Sul destacaram-se com maiores médias de equipes mínimas e cargas horárias (Tabela 1 e 2). Optou-se neste estudo por não incluir, na Tabela 1, os resultados das categorias fisiatra, clínico geral, gastroenterologista, urologista, proctologista, pediatra e cirurgião geral por apresentarem médias menores que 1 nas regiões ampliadas de saúde e, na Tabela 2, as categorias oftalmologista, fisiatra, gastroenterologista, urologista, proctologista e cirurgião geral por apresentarem médias menores que 1 no resultado total das regiões ampliadas de saúde.

Quando analisados os pontos de atenção baseados nas composições das equipes mínimas específicas e suas respectivas cargas horárias exigidas por modalidade de reabilitação, observou-se que o CER apresenta maior média, enquanto o SASPO apresenta a menor (Tabela 3). Destaca-se que nenhum pedagogo foi observado no SRV.

Nas análises realizadas considerando a divisão do estado em Norte e Sul, cabe ressaltar que, no critério definido pelos fluxos assistenciais, a região Norte possui 64 pontos de atenção, sendo 8 CER, enquanto a região Sul possui 145, com um total de 5 CER. Quando utilizado o critério de similaridade de IDHM, a região Norte possui 33 pontos de atenção, sendo 6 CER. E a região Sul tem 176 pontos de atenção, com um total de 7 CER. Destaca-se que a região Norte possui o único CER IV da RCPD, serviço que dispõe do maior número de profissionais.

Constatou-se que, ao utilizar o critério dos fluxos assistenciais para analisar a distribuição dos profissionais, a região Norte apresenta média maior de profissionais que a região Sul. O número de ortopedistas apresentou associação estatisticamente significativa em relação às regiões de saúde, com maior incidência média desses profissionais na região Norte. Na análise das cargas horárias das equipes mínimas, a região Norte mantém maior média de carga horária em relação à região Sul. As cargas horárias de trabalho dos ortopedistas, dos fonoaudiólogos e do total da equipe mínima apresentam associação estatisticamente significativa em relação às regiões de saúde. A análise considerando o critério de similaridade de IDHM também mostra a região Norte com maior média de profissionais que a região Sul. Além disso, o número médio de ortopedistas e de fonoaudiólogos apresenta associação estatisticamente significativa em relação às regiões de saúde, sendo maior na região Norte. Ao analisar a carga horária das equipes mínimas, a região Norte mantém maior média de carga horária que a região Sul. Os fonoaudiólogos, os ortopedistas e os enfermeiros apresentaram maiores cargas horárias na região Norte, tendo associação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 1. Distribuição dos profissionais por região ampliada de saúde - Média (mínimo - máximo)

Profissionais	Região Ampliada de Saúde											Total		
	Centro	Centro-Sul	Jequitinhonha	Leste	Leste do Sul	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudeste	Sul		Triângulo do Norte	Triângulo do Sul
Fisioterapeuta	4,0 (0-20)	3 (0-12)	7,5 (1-14)	2,2 (0-5)	2,2 (0-6)	1,4 (0-4)	2,6 (1-5)	4,2 (0-8)	2,7 (0-14)	2,1 (0-6)	2,4 (0-17)	3,1 (0-17)	4,4 (0-15)	2,8 (0-20)
Fonoaudiólogo	3,5 (0-11)	2,0 (0-6)	5,0 (1-9)	3,6 (0-14)	2,1 (0-4)	2,1 (1-6)	2,8 (1-8)	4,6 (1-9)	1,7 (0-5)	2,5 (0-14)	1,7 (0-9)	2,0 (0-10)	2,7 (1-7)	2,4 (0-14)
Terapeuta Ocup.	2,7 (0-12)	1,9 (0-8)	4,5 (2-7)	1,1 (0-2)	1,4 (0-5)	0,7 (0-1)	1,4 (0-3)	2,2 (0-4)	1,1 (0-4)	1,0 (0-3)	1,3 (0-5)	1,3 (0-9)	2,1 (0-5)	1,5 (0-12)
Psicólogo	2,4 (0-6)	2,8 (0-6)	4,0 (2-6)	1,6 (0-3)	2,0 (0-5)	1,4 (1-4)	3,0 (1-6)	2,4 (1-5)	1,7 (0-6)	2,3 (1-5)	1,7 (0-7)	2,2 (0-6)	2,8 (1-7)	2,1 (0-7)
Assistente Social	1,5 (0-5)	1,3 (0-3)	2,0 (1-3)	1,3 (0-3)	2,3 (0-5)	1,1 (0-3)	1,6 (1-3)	2,0 (1-4)	1,2 (0-5)	1,5 (1-3)	1,3 (0-3)	1,4 (0-4)	1,4 (0-4)	1,4 (0-5)
Nutricionista	0,3 (0-2)	0,5 (0-5)	1,0 (0-2)	0,2 (0-1)	0,2 (0-2)	0,3 (0-1)	0,2 (0-1)	0,6 (0-1)	0,5 (0-1)	0,3 (0-2)	0,3 (0-2)	0,3 (0-1)	0,6 (0-2)	0,3 (0-5)
ORL	0,5 (0-3)	-	1,5 (0-3)	0,5 (0-4)	0,2 (0-2)	0,7 (0-5)	0,1 (0-1)	1,0 (0-5)	0,1 (0-2)	0,4 (0-7)	0,1 (0-2)	0,1 (0-1)	0,2 (0-2)	0,2 (0-7)
Ortopedista	0,2 (0-1)	0,2 (0-1)	2,0 (0-4)	0,3 (0-1)	0,1 (0-1)	0,3 (0-1)	0,2 (0-1)	0,8 (0-2)	0,1 (0-2)	0,3 (0-3)	0,1 (0-1)	0,2 (0-2)	0,6 (0-4)	0,2 (0-4)
Oftalmologista	0,2 (0-3)	0,1 (0-1)	1,0 (0-2)	0,1 (0-1)	-	-	-	0,2 (0-1)	-	0,0 (0-1)	0,0 (0-1)	0,0 (0-1)	0,3 (0-3)	0,1 (0-3)
Neurologista	0,5 (0-2)	0,5 (0-2)	1,0 (1-1)	0,7 (0-2)	0,7 (0-1)	0,7 (0-1)	0,8 (0-1)	1,0 (0-2)	0,6 (0-1)	0,9 (0-4)	0,7 (0-3)	0,8 (0-3)	0,9 (0-1)	0,7 (0-4)
Psiquiatra	0,4 (0-1)	0,5 (0-2)	1,0 (0-2)	0,5 (0-2)	0,4 (0-1)	0,3 (0-1)	0,3 (0-1)	0,2 (0-1)	0,2 (0-1)	0,6 (0-2)	0,4 (0-2)	0,3 (0-2)	0,2 (0-1)	0,4 (0-2)
Enfermeiro	0,6 (0-3)	0,7 (0-1)	1,0 (0-2)	0,8 (0-4)	0,6 (0-2)	0,3 (0-1)	0,6 (0-2)	1,4 (0-2)	0,7 (0-2)	0,7 (0-2)	0,5 (0-2)	0,6 (0-3)	0,9 (0-3)	0,6 (0-4)
Equipe mínima	17,5 (5-45)	14,7 (2-26)	33 (9-57)	13,7 (1-25)	13,2 (1-28)	10,1 (6-19)	14,6 (7-27)	21,8 (15-32)	11,3 (1-31)	14,0 (4-30)	11,8 (1-30)	13,8 (1-47)	17,9 (10-32)	13,9 (1-57)

Legenda: Ocup. = Ocupacional; ORL = otorrinolaringologista

Tabela 2. Distribuição dos profissionais com carga horária semanal exigida por região ampliada de saúde - Média (mínimo - máximo)

Profissionais	Região Ampliada de Saúde										Total			
	Centro	Centro-Sul	Jequitinhonha	Leste	Leste do Sul	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Sudeste		Sul	Triângulo do Norte	Triângulo do Sul
Fisioterapeuta	96 (0-520)	68 (0-280)	230 (20-440)	49 (0-120)	45 (0-110)	32 (0-84)	76 (28-140)	134 (0-290)	61 (0-280)	50 (0-180)	56 (0-510)	86 (0-440)	118 (0-450)	69 (0-520)
Fonoaudiólogo	92	42	150	78	47	48	77	118	39	62	42	63	69	59
	(0-364)	(0-134)	(20-280)	(0-270)	(0-160)	(8-176)	(20-185)	(40-208)	(0-150)	(0-438)	(0-320)	(0-360)	(20-180)	(0-438)
Terapeuta Ocupacional	63	36	88	24	25	16	42	74	24	24	27	36	55	35
	(0-280)	(0-110)	(36-140)	(0-60)	(0-64)	(0-30)	(0-100)	(0-110)	(0-100)	(0-90)	(0-120)	(0-239)	(0-145)	(0-280)
Psicólogo	62	63	115	33	51	43	99	64	36	54	40	56	67	52
	(0-184)	(0-160)	(40-190)	(0-60)	(0-200)	(20-124)	(20-226)	(12-130)	(0-166)	(20-120)	(0-170)	(0-212)	(25-144)	(0-226)
Assistente Social	35	32	60	29	50	30	45	58	28	33	27	37	31	33
	(0-90)	(0-80)	(20-100)	(0-60)	(0-110)	(0-80)	(1-90)	(12-120)	(0-100)	(6-60)	(0-80)	(0-125)	(0-68)	(0-125)
Nutricionista	8	9	25	4	4	8	3	16	9	8	6	4	19	8
	(0-50)	(0-84)	(0-50)	(0-20)	(0-44)	(0-40)	(0-20)	(0-30)	(0-40)	(0-50)	(0-40)	(0-30)	(0-45)	(0-84)
Pedagogo	21	103	20	10	55	23	42	20	28	21	42	102	125	47
	(0-160)	(0-496)	(0-40)	(0-40)	(0-180)	(0-100)	(0-184)	(0-50)	(0-160)	(0-128)	(0-485)	(0-1356)	(0-840)	(0-1356)
Otorrinaringologista	7	0	20	7	5	8	1	14	2	10	2	2	7	4
	(0-104)	(0-0)	(0-40)	(0-55)	(0-45)	(0-59)	(0-8)	(0-68)	(0-40)	(0-214)	(0-56)	(0-40)	(0-70)	(0-214)
Ortopedista	3	1	20	4	0	3	1	12	1	5	1	3	2	3
	(0-20)	(0-8)	(0-40)	(0-20)	(0-2)	(0-20)	(0-6)	(0-20)	(0-24)	(0-72)	(0-30)	(0-50)	(0-20)	(0-72)
Neurologista	7	5	6	6	4	5	4	9	6	11	5	8	7	6
	(0-40)	(0-24)	(2-10)	(0-20)	(0-20)	(0-10)	(0-12)	(0-20)	(0-20)	(0-92)	(0-20)	(0-48)	(0-20)	(0-92)
Psiquiatra	3	3	5	5	3	3	1	2	2	5	3	1	1	3
	(0-20)	(0-20)	(0-10)	(0-30)	(0-20)	(0-10)	(0-8)	(0-8)	(0-20)	(0-20)	(0-27)	(0-8)	(0-4)	(0-30)
Clínico geral	1	6	0	4	9	1	5	10	2	4	4	6	1	4
	(0-12)	(0-30)	(0-0)	(0-20)	(0-40)	(0-5)	(0-20)	(0-20)	(0-40)	(0-20)	(0-44)	(0-25)	(0-4)	(0-44)
Pediatra	3	4	3	1	2	9	1	2	3	7	4	2	5	4
	(0-20)	(0-20)	(0-6)	(0-2)	(0-20)	(0-40)	(0-6)	(0-8)	(0-20)	(0-80)	(0-20)	(0-10)	(0-40)	(0-80)
Enfermeiro	16	16	40	23	14	9,0	16	52	18	24	13	14	28	18
	(0-64)	(0-30)	(0-80)	(0-100)	(0-40)	(0-40)	(0-44)	(0-80)	(0-60)	(0-88)	(0-80)	(0-90)	(0-80)	(0-100)
Equipe mínima	421	395	812	277	313	237	414	588	260	324	272	422	537	346
	(64-1090)	(60-1095)	(144-1480)	(30-510)	(15-784)	(120-507)	(228-675)	(308-942)	(30-1018)	(109-812)	(20-1051)	(21-2322)	(193-1554)	(15-2322)

Tabela 3. Distribuição dos profissionais e carga horária semanal por ponto de atenção

Profissionais	Pontos de Atenção																	
	SRV			SERDI			SASA			SRF			SASPO			CER		
	N	CH		N	CH		N	CH		N	CH		N	CH		N	CH	
Fisioterapeuta Média (Min-Máx)	2,3 (2-3)	71,0 (32-120)		2,4 (1-11)	56,0 (10-379)		-	-		8,7 (1-20)	225,0 (20-520)		-	-		7,2 (4-15)	209,0 (90-440)	
Fonoaudiólogo Média (Min-Máx)	-	-		2,1 (1-7)	48,0 (7-205)		8,2 (4-14)	231,0 (64-438)		2,0 (0-5)	55,0 (0-152)		-	-		5,2 (3-9)	151,0 (80-320)	
Terapeuta Ocupacional Média (Min-Máx)	2,0 (1-3)	47,0 (16-85)		1,6 (0-8)	35,0 (0-155)		-	-		3,0 (0-12)	77,0 (0-280)		-	-		2,9 (1-7)	79,0 (30-145)	
Psicólogo Média (Min-Máx)	2,7 (1-4)	60,0 (16-100)		2,4 (1-7)	57,0 (7-226)		1,5 (0-5)	35,0 (0-200)		1,6 (0-6)	39,0 (0-150)		0,4 (0-1)	11,0 (0-40)		4,2 (1-6)	120,0 (40-190)	
Assistente Social Média (Min-Máx)	1,7 (0-4)	33,0 (0-68)		1,6 (0-5)	36,0 (0-125)		1,3 (1-3)	26,0 (6-90)		1,1 (0-2)	26,0 (0-60)		0,6 (0-2)	16,0 (0-60)		2,0 (0-4)	58,0 (0-120)	
Nutricionista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		0,8 (0-5)	22,0 (0-84)		0,3 (0-1)	7,0 (0-40)		-	-	
Pedagogo Média (Min-Máx)	-	-		-	-		0,0 (0-0)	-		-	-		-	-		-	-	
Técnico em mobilidade Média (Min-Máx)	-	-		-	-		0,0 (0-0)	-		-	-		-	-		-	-	
Otorrinolaringologista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		3,0 (1-7)	62,0 (10-214)		-	-		-	-		0,5 (0-3)	23,0 (8-40)	
Ortopedista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		1,3 (0-4)	16,0 (0-72)		-	-		1,2 (0-4)	16,0 (0-50)	
Oftalmologista Média (Min-Máx)	2,3 (1-3)	32,0 (7-48)		-	-		-	-		-	-		-	-		0,4 (0-2)	23,0 (2-40)	
Fisiatra Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		0,2 (0-1)	3,0 (0-20)		-	-		-	-	
Neurologista Média (Min-Máx)	-	-		0,9 (0-3)	8,0 (0-40)		0,8 (0-2)	13,0 (2-40)		0,6 (0-4)	11,0 (0-92)		-	-		1,0 (0-2)	12,0 (0-30)	
Psiquiatra Média (Min-Máx)	-	-		0,5 (0-2)	7,0 (0-27)		-	-		-	-		-	-		0,7 (0-2)	9,0 (0-30)	
Clinico geral Média (Min-Máx)	-	-		0,6 (0-3)	4,0 (0-44)		-	-		0,2 (0-1)	7,0 (0-20)		0,2 (0-1)	4,0 (0-40)		-	-	
Gastroenterologista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		-	-		0,0 (0-1)	1,0 (0-20)		-	-	
Proctologista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		-	-		0,1 (0-1)	3,0 (0-40)		-	-	
Urologista Média (Min-Máx)	-	-		-	-		-	-		0,1 (0-1)	-		0,1 (0-2)	40,0 (0-80)		-	-	
Pediatra Média (Min-Máx)	-	-		0,5 (0-1)	2,0 (2-2)		0,7 (0-2)	2,0 (1-2)		-	-		-	-		-	-	

Legenda: N = número de profissionais; CH = carga horária semanal; Min. = mínimo; Máx. = máximo; SRV = Serviço de Reabilitação Visual; SERDI = Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual; SASA = Serviço de Atenção à Saúde Auditiva; SRF = Serviço de Reabilitação Física; SASPO = Serviço de Atenção à Saúde do Paciente Ostomizado; CER = Centro Especializado em Reabilitação

Tabela 3. Continua...

Profissionais	Pontos de Atenção											
	SRV		SERDI		SASA		SRF		SASPO		CER	
	N	CH	N	CH	N	CH	N	CH	N	CH	N	CH
Cirurgião geral	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3 (0-2)	32,0 (0-80)	-	-
Média (Min-Máx)												
Enfermeiro	-	-	-	-	-	-	1,2 (0-3)	-	1,1 (0-2)	-	2,1 (0-4)	-
Média (Min-Máx)												
Equipe mínima	12,3 (7-20)	239,0 (64-423)	13,5 (6-32)	335 (47-2322)	16,1 (9-30)	377 (216-812)	20,3 (6-45)	501 (120-1090)	3,7 (1-13)	86 (15-300)	29,9 (23-57)	816,0 (459-1480)
Média (Min-Máx)												

Legenda: N = número de profissionais; CH = carga horária semanal; Min. = mínimo; Máx. = máximo; SRV = Serviço de Reabilitação Visual; SERDI = Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual; SASA = Serviço de Atenção à Saúde Auditiva; SRF = Serviço de Reabilitação Física; SASPO = Serviço de Atenção à Saúde ao Paciente Ostomizado; CER = Centro Especializado em Reabilitação

Tabela 4. Distribuição dos profissionais e carga horária semanal por regiões Norte e Sul - Média (mínimo - máximo)

Profissionais	Fluxo Assistencial				Semelhança do Índice de Desenvolvimento Humano							
	Norte		Sul		Norte		Sul		Valor p			
	N	CH	N	CH	N	CH	N	CH				
Fisioterapeuta	3,1 (0-17)	86,0 (0-450)	2,7 (0-20)	62,0 (0-520)	0,889	0,310	2,8 (0-14)	2,8 (0-20)	0,588	76,8 (0-440)	67,9 (0-520)	0,231
Fonoaudiólogo	2,8 (0-14)	74,0 (0-360)	2,2 (0-14)	53,0 (0-438)	0,156	0,017	3,3 (0-14)	2,2 (0-14)	0,018	81,8 (0-280)	54,9 (0-438)	0,006
Terapeuta Ocupacional	1,5 (0-9)	40,0 (0-239)	1,5 (0-12)	32,0 (0-280)	0,649	0,087	1,5 (0-7)	1,5 (0-12)	0,600	38,6 (0-140)	33,9 (0-280)	0,234
Psicólogo	2,3 (0-7)	61,0 (0-226)	2,0 (0-7)	47,0 (0-200)	0,252	0,664	2,2 (0-6)	2,1 (0-7)	0,671	62,8 (0-226)	49,5 (0-212)	0,163
Assistente Social	1,5 (0-4)	38,0 (0-125)	1,4 (0-5)	31,0 (0-110)	0,814	0,335	1,5 (0-4)	1,4 (0-5)	0,742	40,0 (0-120)	31,7 (0-125)	0,285
Nutricionista	0,4 (0-2)	8,0 (0-50)	0,3 (0-5)	7,0 (0-84)	0,604	0,525	0,3 (0-2)	0,4 (0-5)	0,995	19,3 (0-50)	18,0 (0-84)	0,715
Pedagogo	2,3 (0-46)	65,0 (0-1356)	1,5 (0-23)	39,0 (0-496)	0,642	0,730	0,9 (0-5)	1,9 (0-46)	0,977	23,8 (0-184)	51,7 (0-1356)	0,797
Técnico em mobilidade	0,0 (0-1)	0,0 (0-20)	0,0 (0-2)	1,0 (0-66)	0,923	0,928	0,0 (0-1)	0,0 (0-2)	0,407	0,6 (0-20)	0,5 (0-66)	0,411
Otorrinaringologista	0,4 (0-5)	5,0 (0-70)	0,2 (0-7)	4,0 (0-214)	0,334	0,322	0,6 (0-5)	0,2 (0-7)	0,123	7,3 (0-68)	3,8 (0-214)	0,135
Ortopedista	0,4 (0-4)	4,0 (0-50)	0,2 (0-3)	2,0 (0-72)	0,012	0,026	0,5 (0-4)	0,2 (0-4)	0,014	4,9 (0-40)	2,2 (0-72)	0,009
Oftalmologista	0,1 (0-3)	2,0 (0-40)	0,1 (0-3)	1,0 (0-48)	0,266	0,273	0,1 (0-2)	0,1 (0-3)	0,285	1,9 (0-40)	0,9 (0-48)	0,286
Fisiatra	0,0 (0-1)	0,0 (0-20)	0,0 (0-1)	0,0 (0-20)	0,806	0,310	0,0 (0-1)	0,0 (0-1)	0,611	0,6 (0-20)	0,2 (0-20)	0,602
Neurologista	0,8 (0-3)	7,0 (0-48)	0,7 (0-4)	6,0 (0-92)	0,159	0,289	0,8 (0-2)	0,7 (0-4)	0,487	5,8 (0-20)	6,4 (0-92)	0,718
Psiquiatra	0,3 (0-2)	2,0 (0-30)	0,4 (0-2)	3,0 (0-27)	0,250	0,110	0,4 (0-2)	0,4 (0-2)	0,818	2,9 (0-30)	2,8 (0-27)	0,840
Clínico geral	0,5 (0-3)	4,0 (0-25)	0,4 (0-2)	4,0 (0-44)	0,631	0,493	0,5 (0-1)	0,5 (0-3)	0,727	4,2 (0-20)	3,8 (0-44)	0,539
Gastroenterologista	0,0 (0-1)	0,0 (0-20)	0,0 (0-1)	0,0 (0-10)	0,806	0,818	0,0 (0-0)	0,0 (0-1)	0,383	0,0 (0-0)	0,2 (0-20)	0,383
Proctologista	0,0 (0-1)	0,0 (0-0)	0,0 (0-1)	1,0 (0-40)	0,603	0,732	0,0 (0-0)	0,0 (0-1)	0,328	0,0 (0-0)	0,5 (0-40)	0,383
Urologista	0,0 (0-1)	0,0 (0-20)	0,0 (0-2)	0,0 (0-40)	0,303	0,156	0,1 (0-1)	0,0 (0-2)	0,237	0,7 (0-20)	0,3 (0-40)	0,137
Pediatra	0,3 (0-1)	3,0 (0-40)	0,5 (0-4)	4,0 (0-80)	0,231	0,129	0,3 (0-1)	0,4 (0-4)	0,362	2,8 (0-40)	3,8 (0-80)	0,320
Cirurgião geral	0,1 (0-1)	1,0 (0-30)	0,1 (0-2)	1,0 (0-40)	0,537	0,391	0,1 (0-1)	0,1 (0-2)	0,961	0,6 (0-20)	0,8 (0-40)	0,950
Enfermeiro	0,7 (0-4)	21,0 (0-100)	0,6 (0-3)	16,0 (0-88)	0,702	0,459	0,7 (0-4)	0,6 (0-3)	0,829	45,8 (0-100)	31,6 (0-90)	0,034
Equipe mínima	15,3 (1-57)	421 (21-2322)	13,3 (1-45)	313 (15-1095)	0,254	0,049	15,6 (1-57)	13,6 (1-47)	0,352	583,4 (30-1520)	405,5 (15-1554)	0,149

Teste Mann Whitney

Legenda: negrito = valores com $p \leq 0,05$; N = número de profissionais; CH = carga horária semanal

Tabela 5. Análises de associação entre equipe mínima completa, ponto de atenção e esfera administrativa

Variáveis	Equipe mínima de saúde (n = 209)				Valor p	Equipe com categorias com carga horária completa (n = 149)				Valor p
	Sim		Não			Sim		Não		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ponto de atenção										
SRV	-	-	3	8,1		-	-	3	2,6	
SERDI	129	75,0	4	10,8		34	100,0	99	86,1	
SASA	11	6,4	2	5,4	< 0,001	-	-	-	-	0,071
SRF	10	5,8	8	21,6		-	-	-	-	
SASPO	14	8,1	15	40,5		-	-	-	-	
CER	8	4,7	5	13,5		-	-	13	11,3	
Esfera administrativa										
Pública	19	11,0	26	70,3	< 0,001	-	-	2	1,7	0,999
Privada	153	89,0	11	29,7		34	100,0	113	98,3	

Teste Qui-Quadrado

Legenda: negrito = valores com $p \leq 0,05$; N = número de profissionais; SRV = Serviço de Reabilitação Visual; SERDI = Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual; SASA = Serviço de Atenção à Saúde Auditiva; SRF = Serviço de Reabilitação Física; SASPO = Serviço de Atenção à Saúde ao Paciente Ostimizado; CER = Centro Especializado em Reabilitação

A análise de associação entre as variáveis equipes mínimas de saúde e pontos de atenção revelou que os SERDI são os serviços que mais possuem equipes completas, enquanto os SASPO representam os pontos de atenção com maior número de equipes incompletas. A análise entre as variáveis equipes mínimas de saúde e esfera administrativa apresentou associação estatisticamente significativa, sendo os serviços privados a maioria que cumpre a exigência. Em relação à variável equipe mínima exigida com carga horária completa não foi observada associação estatisticamente significativa entre pontos de atenção e esfera administrativa (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Um dado importante evidenciado pela análise é a concentração de mais da metade dos serviços em apenas três (Sul, Centro e Sudeste) das 13 regiões ampliadas de saúde, que reúnem 10.961.348 habitantes. Aparentemente, a divisão atende numericamente à população, contudo, é preciso considerar que quase um terço dos serviços encontra-se na região ampliada Sul, que apresenta a segunda maior população. Ademais, observa-se que a região ampliada Norte tem população similar à da Sudeste, no entanto, apresenta menos de 3% dos serviços. Tais resultados levam a questionar o acesso aos serviços de reabilitação, pois a rede que apresenta escassez destes em determinadas regiões pode ter o princípio da equidade comprometido, sobretudo em regiões com vulnerabilidade social. Tal premissa é pauta de discussão em diversos países que apresentam diferentes configurações de sistemas de saúde e que enfrentam a concentração de profissionais de saúde nas grandes cidades, resistindo à interiorização da assistência à saúde^(2,13). Assim, o processo de gestão para implantação de uma Rede Assistencial deve estar em consonância com o perfil demográfico e epidemiológico da população, e não centrado apenas nos interesses administrativos e na capacidade instalada de prestadores de serviços^(14,15).

Nesse contexto, os resultados apresentados precisam ser discutidos, pois uma rede de atenção à saúde que apresente dificuldades de acesso e distribuição aleatória de indicadores populacionais e epidemiológicos, necessita de mecanismos de

avaliação para garantir a qualidade da assistência oferecida⁽¹⁶⁾. Além disso, a distribuição irregular dos serviços e o cuidado intenso e continuado, definido a médio e longo prazos, podem comprometer a motivação do usuário em aderir ao serviço de reabilitação⁽¹⁷⁾.

As modalidades dos serviços de reabilitação também se mostraram heterogêneas, com os SERDI representando mais da metade da RCPD-MG. Esse resultado pode indicar a negligência histórica do Poder Público, em nível mundial, de prestar a assistência às pessoas com deficiência, o que conduziu à organização de uma política privatizada, refletindo-se em práticas de institucionalização⁽¹⁸⁾. Nesse cenário de omissão do Estado, a sociedade civil encarregou-se desse público, entretanto, essa assistência foi instituída por diretrizes que não garantiam os princípios da equidade e da universalidade, sendo executada por serviços privados, em sua maioria voltados para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual. Inicialmente, o financiamento destes foi assumido pela assistência social e educação⁽¹⁹⁾. A dificuldade de aprendizagem identificada nas escolas e o alto índice de repetência dos alunos fomentaram a necessidade de aproximação com o componente saúde, iniciado com um modelo centrado no médico⁽¹⁹⁾.

A distinta cobertura dos procedimentos de saúde, ao considerar os tipos de deficiência, é acentuada pelo vazio assistencial na reabilitação visual na RCPD-MG, sugerindo desigualdade nos cuidados destinados a este público. Estudo realizado nos Estados Unidos revela as disparidades encontradas na cobertura de procedimentos em saúde, segundo o qual pessoas com deficiência auditiva apresentaram melhores coberturas, ao passo que pessoas com deficiência visual apresentaram as piores. Destacam-se também as dificuldades enfrentadas em relação às barreiras geográficas, de comportamento e de comunicação⁽²⁰⁾.

A instituição do SUS representou um grande marco na história da saúde pública e na assistência às pessoas com deficiência. Todavia, sua implantação enfrentou diversos problemas. Na década de 1990, a dificuldade em garantir a integralidade das ações pela rede própria demandou a complementação da assistência por serviços terceirizados. A articulação entre serviços públicos e privados, com propósito de ações complementares

por um lado, promoveu a expansão da oferta assistencial e, em contrapartida, produziu complexidade nas políticas de recursos humanos e distribuição dos recursos financeiros entre serviços de diferentes esferas administrativas, situação que pode ter gerado impactos negativos ou positivos no processo de integralização do sistema de saúde⁽²¹⁻²³⁾. Nesse sentido, a predominância de serviços privados na RCPD, representada por mais de dois terços, evidencia ainda a dificuldade enfrentada pelo SUS em garantir com serviços próprios a assistência à população. Ressalta-se que os serviços privados de saúde da referida rede são contratados pela SES-MG ou Secretarias Municipais de Saúde, com abrangência assistencial pactuada nas Comissões Intergestoras Bipartites, instituídos, dessa forma, como prestadores de serviços da RCPD-MG. Apesar dos serviços contratados serem regulados pelo SUS, as regras de contratação são determinadas pelos próprios serviços, o que pode gerar dificuldades na vinculação e permanência dos profissionais nos serviços. Destarte, destaca-se a necessidade de investimentos que fortaleçam os serviços públicos, referências para a diversidade das condições de saúde da população e da universalização dos atendimentos realizados por equipes multiprofissionais.

Dentre os profissionais registrados na RCPD-MG, os fisioterapeutas são os mais presentes na composição das equipes mínimas. Estudos realizados no Brasil em serviços de reabilitação e na atenção primária revelaram também maior representatividade do fisioterapeuta nas equipes multiprofissionais^(17,24). O fonoaudiólogo, segunda categoria em número de profissionais na RCPD, pode ter sua expansão em Minas Gerais associada à condução de políticas públicas, como, por exemplo, as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁽²⁵⁾. Cabe salientar que, diante das diversas atividades desempenhadas por estes profissionais, sua ausência ou insuficiência pode submetê-los à sobrecarga de trabalho, aumentando o tempo de espera no sistema de saúde e gerando escassez da oferta de procedimentos. Essa situação aponta para a necessidade de sensibilização dos gestores e demais setores sobre a importância do trabalho das equipes multiprofissionais, proporcionando ampliação da oferta da assistência em ações de promoção, prevenção e reabilitação^(26,27).

Dentre a diversidade das categorias profissionais relacionadas, um resultado interessante foi a posição assumida pelos pedagogos, registrados em sua maioria nos SERDI, serviços que apresentam estreita relação com a educação. Sabe-se que a definição da equipe multiprofissional para avaliação diagnóstica, especialmente da deficiência intelectual, ainda é motivo de discussão. No entanto, existe consenso sobre a necessidade de áreas essenciais à integração social, tais como educação, saúde e assistência social, desenvolverem o planejamento de apoios necessários, considerando a interdependência dos indivíduos, com o propósito de alcançar a relação interdisciplinar, indutora da troca de saberes⁽¹⁹⁾. Nessa conjuntura, o modelo assistencial ampliado de saúde, com atuação de vários especialistas, promove o cuidado de uma perspectiva multidimensional, construindo coletivamente uma assistência qualificada e humanizada^(3,6).

Os resultados referentes ao número de profissionais e suas respectivas cargas horárias em relação às regiões ampliadas de saúde revelaram dados relevantes, sobretudo quando observado o

IDH. Estudo realizado na área da saúde bucal revelou que quanto menor o IDH dos municípios e menor o número de profissionais nos serviços, maiores eram os números de procedimentos de tratamento e exodontias, o que se contrapõe à política de promoção de saúde e intervenções oportunas, objetivos comuns da RCPD⁽²⁸⁾. Por outro lado, a maior cobertura de primeiras consultas está associada ao maior número de profissionais, indicando a implantação de políticas públicas que resultaram em novas contratações e, conseqüentemente, na melhoria do acesso pela população. O estudo da saúde bucal ainda revela uma tendência contrária ao princípio da equidade, onde municípios com maior IDH tinham maior número de serviços, proporcionando melhor acesso aos seus munícipes. Em relação a uma tendência pró-equidade, este mostrou que municípios mais vulneráveis socioeconomicamente apresentaram maiores proporções de procedimentos coletivos⁽²⁸⁾. O presente estudo corrobora dados da literatura que mostram a concentração de serviços associada a regiões de maior IDH. Em contrapartida, regiões com maior vulnerabilidade social apresentaram resultados positivos em relação à cobertura de profissionais, o que pode estar relacionado à implantação de um novo modelo assistencial⁽²⁸⁾. Destaca-se que as regiões ampliadas Jequitinhonha e Norte apresentam muitos municípios com baixo IDH, contudo, apresentam as maiores médias de equipes mínimas, relação que pode estar associada ao fato de a região Jequitinhonha apresentar um CER IV e a região Norte, um CER II e um CER III, serviços que tiveram os melhores resultados na composição e carga horária das equipes mínimas.

O CER é um serviço instituído recentemente com lógica de funcionamento e financiamento diferenciados, por meio de incentivo financeiro/custeio, ao passo que os serviços de modalidade única ainda são ressarcidos mediante apresentação de produção registrada no SIA-SUS⁽¹⁰⁾. Supõe-se, então, que a forma de financiamento e a indução de políticas públicas podem influenciar os indicadores na área da saúde⁽²⁸⁾.

Quanto à constituição e manutenção de equipes multiprofissionais, desafio imposto aos gestores do SUS, a literatura mostra que a contratação do profissional, sua adesão, permanência, diferentes definições de carga horária entre as categorias profissionais e seu cumprimento podem estar intimamente relacionadas à fragilidade dos vínculos empregatícios, baixa remuneração, limitações financeiras dos municípios e a concorrência regional na busca por contratação dos profissionais para suprir as necessidades da população^(13,15,24,27,29). Esses problemas enfrentados pelos gestores, especialmente os do serviço público, podem refletir no não cumprimento da contratação da equipe mínima de saúde completa e sua respectiva carga horária, comprometendo a integralidade e a qualidade da assistência.

O presente estudo apresenta limitações pelo fato de não ter avaliado o impacto do fluxo assistencial e a cobertura e eficiência do transporte sanitário no acesso dos usuários da RCPD. Ressalta-se que a falta de transporte sanitário e as necessidades de grandes deslocamentos, ocasionando custos para o usuário, destacam-se como importantes barreiras aos cuidados em saúde⁽³⁰⁾. Além disso, o presente estudo não considerou a história de constituição de cada modalidade dos serviços na RCPD, suas relações entre os vínculos empregatícios e o cumprimento das equipes multiprofissionais, o que, possivelmente, permitiria a

análise da predominância das esferas administrativas identificadas e o cumprimento das legislações para a oferta do cuidado multidimensional, questões importantes a serem discutidas em estudos futuros.

É fundamental o diagnóstico sobre as condições dos municípios para garantir a sustentabilidade e a qualidade da assistência que deve ser ofertada, visando ao cuidado integral, equânime e exequível⁽¹³⁾. Portanto, é importante o desenvolvimento de estudos que analisem as condições socioeconômicas das regiões do SUS-MG, gerando resultados que indiquem suas carências e necessidades de investimento na RCPD, considerando a demanda da população e sua vulnerabilidade.

CONCLUSÕES

O estudo proporcionou uma análise transversal da RCPD de um estado brasileiro robusto em dimensões geográficas e diverso em suas características socioeconômicas. Os resultados mostraram que, apesar do número expressivo de serviços especializados em reabilitação, a RCPD apresenta heterogeneidade no acesso geográfico e na distribuição dos serviços de diferentes modalidades de reabilitação em relação às regiões ampliadas de saúde. Outro dado importante é a composição das equipes mínimas, sua distribuição nas regiões ampliadas e nos serviços de diferentes esferas administrativas, revelando um avanço relevante na cobertura de profissionais em regiões com maior vulnerabilidade social e a necessidade de investimentos financeiros e tecnológicos, sobretudo em serviços públicos. Os vazios assistenciais ou insuficiência de serviços em algumas modalidades e regiões de saúde reforçam que a governança dessa rede deve investir na articulação e integração dos diversos pontos de atenção, favorecendo a qualidade e a equidade no cuidado à pessoa com deficiência. Espera-se que os resultados deste estudo possam orientar discussões e ações da gestão, desenvolvendo estratégias que corrijam as disparidades encontradas.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi realizado graças à participação e colaboração dos profissionais de saúde e gestores do SUS-MG. De maneira especial, agradecemos ainda à equipe que integrou o PPSUS e à SES-MG pela efetiva contribuição para o desenvolvimento de ações fundamentais que permitiram a conclusão deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg Saude Debate*. 2009;44:13-24.
2. Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP, Aguiar MIF. Principles of the Unified Health System: understanding the Strategy of Nurses Family Health. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):114-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100015>. PMID:21888211.
3. Matuda CG, Aguiar DML, Frazao P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude Soc*. 2013;22(1):173-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100016>.
4. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairos Gerontol*. 2015;18(1):325-39.

5. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2013;47(5):968-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>. PMID:24626502.
6. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Suppl. 1):1685-98. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700080>. PMID:20640330.
7. Roriz TMS, Amorim KS, Ferreira RS, Clotilde M. Inclusion process for children with cerebral palsy: the health professionals perspective. *Estud. psicol. (Campinas)*. 2010;27(3):329-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000300005>.
8. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado em 2016 set 27]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>
9. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Ciclos de Vida. Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado em 2016 set 27]. 92 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2012 [citado em 2015 jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
11. Belo Horizonte. Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.545, de 21 de agosto de 2013. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2013 [acesso em 2015 jun 26]. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201545%20-%20Plano%20de%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>
12. IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasília: IPEA; 2016 [acesso em 2016 set 27]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>
13. Vergunst R, Swartz L, Mii G, MacLachlan M, Mannan H. 'You must carry your wheelchair' - barriers to accessing healthcare in a South African rural area. *Glob Health Action*. 2015;8(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.29003>. PMID:26434691.
14. Faria RM. A atenção primária, o território e as redes de atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, Brasil. *Hygeia*. 2014;10(19):8-23.
15. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Silveira RM Fo. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saude Soc*. 2016;25(2):320-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153295>.
16. de Rezende CF, Carvalho SAS, Maciel FJ, de Oliveira R No, Pereira DVT, Lemos SMA. Hearing health network: a spatial analysis. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2015;81(3):232-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.01.003>. PMID:25382426.
17. de Lima ML, de Lima ML, Deslandes SF, de Souza ER, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(1):33-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100006>. PMID:22218537.
18. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Am J Public Health*. 2015;105(Suppl 2):S198-206. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.302182>. PMID:25689212.
19. Mendes EG. Breve Histórico da Educação Especial no Brasil. *Rev Educac Pedagogia*. 2010;22(57):93-109.
20. Horner-Johnson W, Dobberty K, Lee JC, Andresen EM, Expert Panel on Disability and Health Disparities. Disparities in health care access and receipt of preventive services by disability type: analysis of the medical expenditure panel survey. *Health Serv Res*. 2014;49(6):1980-99. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12195>. PMID:24962662.
21. Pereira LD. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. *Physis*. 2004;14(2):363-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000200010>.

22. Barbosa NB. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2497-506. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500024>. PMID:20802882.
23. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2317-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>. PMID:20802865.
24. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni L Jr. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde Debate*. 2015;39(104):30-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040174>.
25. Ferreira CL, Silva FR, Martins-Reis VO, Friche AAL, Santos JN. Distribuição dos fonoaudiólogos na atenção à saúde no estado de Minas Gerais entre 2005 e 2010. *Rev CEFAC*. 2013;15(3):672-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000011>.
26. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel GD Jr, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cien Saude Colet*. 2014;19(4):1283-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. PMID:24820611.
27. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2015;17(3):379-93. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n3.44076>. PMID:28453088.
28. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):126-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100012>. PMID:20683561.
29. Senna MCM, Costa AM, Silva LN. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Soc Debate*. 2010;16(1):121-37.
30. Eide AH, Mannan H, Khogali M, Van Rooy G, Swartz L, Munthali A, et al. Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four african countries. *PLoS One*. 2015;10(5):e0125915. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125915>. PMID:25993307.

Contribuição dos autores

MFNS participou da coleta, concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. AALF, coorientadora, participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. SMAL, orientadora, participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.