

# REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE

CARE NETWORK FOR PEOPLE WITH DISABILITIES IN A HEALTH REGION

RED DE CUIDADOS A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN UNA REGIÓN SANITARIA

Sháyra Anny Moura Barbosa <sup>1</sup>Pedro Paulo Rodrigues <sup>2</sup>Rayane Moreira de Alencar <sup>3</sup>**Como Citar:**

Barbosa SAM, Rodrigues PP, Alencar RM. Rede de cuidados à pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Sanare*. 2025;24(2).

**Descritores:**

Assistência à Saúde; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pessoas com Deficiência; Integralidade em Saúde.

**Descriptors:**

Health Care Delivery; Health Services; Unified Health System; People with Disabilities; Comprehensive Health Care.

**Descriptores:**

Atención a la Salud; Servicios de Salud; Sistema Único de Salud; Personas con Discapacidad; Integralidad en Salud.

**Submetido:**

18/12/2024

**Aprovado:**

19/11/2025

**Autor(a) para Correspondência:**

Pedro Paulo Rodrigues  
End: Rua Baraúnas, Número 351,  
Bairro: Universitário,  
Campina Grande -  
PB, CEP: 58429-500  
E-mail: pedro\_roes@outlook.com

**RESUMO**

O estudo teve como objetivo analisar os fluxos e serviços que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na IX Região de Saúde de Pernambuco. Realizado entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020, tratou-se de um estudo de caso exploratório que envolveu a coleta de dados sobre o número de pessoas com deficiência, a identificação dos serviços da RCPCD e a análise dos fluxos de agendamento e encaminhamento. Foram utilizados diversos softwares para o processamento e sistematização dos dados, complementados por entrevistas com gestores da IX Gerência Regional de Saúde e coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da região. Os resultados mostraram fragilidades na articulação entre os pontos da rede, como falta de documentos orientadores dos fluxos de encaminhamento e a subutilização de mecanismos existentes. Foi constatada a ausência de serviços especializados para alguns tipos de deficiência na região e a dependência de serviços localizados na capital, Recife. Evidenciou-se, portanto, a necessidade de maior integração entre os serviços, bem como de investimentos em infraestrutura e capacitação de profissionais para melhorar o atendimento às pessoas com deficiência na região. Concluiu-se que, embora a RCPCD esteja estabelecida, ainda há desafios na sua organização e funcionamento, comprometendo a oferta de cuidados integrais e de qualidade à população atendida.

1. Universidade de Pernambuco (UPE). Recife - PE; E-mail: mourashayra@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5200-1572>

2. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande - PB; E-mail: pedro\_roes@outlook.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7026-0092>

3. Universidade Regional do Cariri (URCA). Iguatu -CE; E-mail: rayane.alencar@urca.br; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1989-3200>

**ABSTRACT**

*The study aimed to analyze the flows and services comprising the Care Network for People with Disabilities (RCPCD) in the IX Health Region of Pernambuco. Conducted between October 2019 and February 2020, the exploratory case study involved data collection regarding the number of people with disabilities, the identification of RCPCD services, and analyzing scheduling and referral flows. Various software programs were used for data processing and systematization, complemented by interviews with managers of the IX Regional Health Management and Primary Care coordinators from five municipalities in the region. Results showed weaknesses in the articulation between network points, such as the lack of guidance documents for referral flows and the underutilization of existing mechanisms. The absence of specialized services for some types of disabilities in the region and the dependence on services located in the capital, Recife, were observed. Therefore, the need for greater integration between services was evidenced, as well as investments in infrastructure and professional training to improve care for people with disabilities in the region. It is concluded that, although the RCPCD is established, challenges remain regarding its organization and functioning, compromising the provision of comprehensive and quality care to the target population.*

**RESUMEN**

*El estudio tuvo como objetivo analizar los flujos y servicios de que integran la Red de Cuidados a la Persona con Discapacidad (RCPCD) en la IX Región Sanitaria de Pernambuco. Realizado entre octubre de 2019 y febrero de 2020, se trató de un estudio de caso exploratorio incluyó la recopilación de datos sobre el número de personas con discapacidad, la identificación de los servicios de la RCPCD y el análisis de los flujos de programación y derivación. Se utilizaron diversos softwares para el procesamiento y la sistematización de los datos complementados con entrevistas a gestores de la IX Gerencia Regional de Salud y coordinadores de Atención Básica de cinco municipios de la región. Los resultados evidenciaron debilidades en la articulación entre los puntos de la red, como la ausencia de documentos orientadores de los flujos de derivación y la subutilización de los mecanismos existentes. Se constató la falta de servicios especializados para algunos tipos de discapacidad en la región y la dependencia de servicios localizados en la capital, Recife. Se evidenció, por lo tanto, la necesidad de una mayor integración entre los servicios, así como inversiones en infraestructura y en la capacitación de profesionales para mejorar la atención a las personas con discapacidad en la región. Se concluyó que, aunque la RCPCD está instituida, aún persisten desafíos en su organización y funcionamiento, lo que compromete la oferta de cuidados integrales y de calidad a la población atendida.*

.....

**INTRODUÇÃO**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou mudanças na assistência à saúde das Pessoas com Deficiência (PcD), ao estabelecer a garantia de acesso universal, equânime e integral à população. Porém, apesar desses pressupostos, as iniciativas voltadas à saúde dessa população desenvolveram-se de forma pontual e dissociada dos princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado à saúde<sup>1</sup>.

O Decreto nº 7.612/2011 define as Pessoas com Deficiência (PcD) como “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”<sup>2</sup>. A deficiência pode ser classificada em auditiva, física,

visual, mental e múltipla, conforme o Decreto nº 5.296/04. Contudo, discute-se, no âmbito científico, a substituição do termo “deficiência mental” por “deficiência intelectual”, uma vez que a Organização das Nações Unidas (ONU) já havia adotado essa alteração em 1995<sup>2</sup>.

Assim, por meio da Portaria nº 793/2012, instituiu-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, a fim de fornecer um cuidado integral a essa população. A rede estruturada nos componentes da Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, cada qual constituído por uma série de serviços que devem atuar de forma articulada e com acesso regulado entre os diferentes pontos de atenção<sup>3,4</sup>.

No entanto, apesar da instituição da RCPCD e de seus pressupostos claramente definidos quanto à oferta de cuidado integral, ainda se observa pouca

articulação entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção da Rede. Tal condição evidencia uma política que permanece carente de investimentos, tanto estrutural – necessários para disponibilizar tecnologias para fornecer o atendimento adequadas ao atendimento dessa população – quanto na capacitação dos profissionais<sup>5</sup>.

Destaca-se que uma rede de cuidados fragilizada pode ocasionar em demora para a realização de exames complementares e para a avaliação por outros profissionais, além de gerar demandas que poderiam ser absorvidas pela Atenção Primária a Saúde (APS), mas que acabam chegando aos serviços de urgência e emergência. Soma-se a isso a comunicação pouco efetiva entre os diversos serviços de saúde componentes da rede, com fluxos descontínuos de referência e contrarreferência<sup>6,7</sup>.

Mediante os apontamentos, tem-se como objeto deste estudo descrever como estão organizados os fluxos de agendamento de atendimentos e de encaminhamentos dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na IX Região de Saúde de Pernambuco, bem como analisar os serviços ofertados ao cuidado às pessoas com deficiência na IX Região de Saúde nesse território.

O estudo da RCPCD na IX Região de Saúde de Pernambuco mostra-se relevante, visto que o número de pessoas com deficiência está crescendo em todo o mundo. Além disso, esse grupo populacional encontra-se geralmente exposto a condições de vulnerabilidade, como menor nível de escolaridade, taxas mais altas de pobreza e menos acesso à saúde. Entre as principais barreiras enfrentadas por essas pessoas está a pouca prestação de serviços de cuidados à saúde voltados às suas necessidades específicas<sup>8</sup>. Esta é uma barreira evitável, que pode ser minimizada pela melhora da assistência à saúde dessa população, incluindo o fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território.

Almeja-se que este estudo contribua para uma melhor compreensão de como está organizada a RCPCD na IX Região de Saúde de Pernambuco e, com isso, contribua para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria dessa rede na região.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de caráter exploratório. A escolha dessa abordagem metodológica deveu-se à sua adequação ao período disponível para a realização da pesquisa e ao baixo

custo envolvido. O estudo foi desenvolvido na IX Região de Saúde de Pernambuco, cuja sede está localizada no município de Ouricuri.

Para definição da amostra, utilizou-se o critério de amostragem por variedade de tipos. A escolha dos informantes-chave ocorreu de forma a extrair informações referentes aos fluxos em todos os componentes da RCPCD, a saber: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Considerou-se um total de 10 participantes, distribuídos em dois segmentos: Segmento 1, correspondente aos gestores que trabalham na IX Gerência Regional de Saúde (GERES); Segmento 2, correspondente aos coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da regional (Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi e Ouricuri).

Como critérios de inclusão, foram considerados aptos a participar da pesquisa os sujeitos que fossem titulares do cargo ou seus representantes legais há, pelo menos, três meses – período definido pelos pesquisadores por representar o tempo mínimo necessário para ter aproximação com a rede de serviços na qual estavam inseridos. Não puderam fazer parte da amostra os participantes que atenderam aos critérios de exclusão a seguir: a) estar afastado por licença de qualquer natureza ou em gozo de férias no período delimitado para a coleta de dados; b) apresentar indisponibilidade para responder ao instrumento de coleta de dados.

O processo de coleta de dados ocorreu após a identificação dos fluxos de agendamento de atendimentos e encaminhamentos presentes na RCPCD da região. Esses fluxos foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada com os 10 informantes-chave, sendo cinco gestores da IX GERES e cinco gestores dos municípios.

Para coleta das informações referentes à identificação dos fluxos, utilizou-se um roteiro desenvolvido pelos autores para guiar a entrevista. O instrumento continha cinco questões abertas acerca das ações em saúde voltadas à pessoa com deficiência realizadas no município ou na região de saúde; da presença de instrumentos que orientassem o fluxo de agendamento de atendimentos e encaminhamentos na Rede; da existência de serviço para fornecimento de próteses e órteses; dos serviços especializados em reabilitação para os quais essas pessoas são encaminhadas dentro e fora da Região de Saúde; e das potencialidades e limitações visualizadas na Rede.

Realizou-se, a princípio, um teste piloto com o objetivo de identificar possíveis vieses e promover correções nos procedimentos de pesquisa. O teste foi desenvolvido por meio da aplicação do roteiro de entrevista com dois gestores do setor de Atenção à Saúde da IX GERES, contando com a participação de dois pesquisadores devidamente treinados.

Inicialmente, o projeto era apresentado ao participante, sendo entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido. Em seguida, realizava-se a entrevista com os sujeitos que consentissem em participar da pesquisa. Foi solicitada a autorização para a gravação das entrevistas.

As respostas foram transcritas na íntegra, e a transcrição foi realizada pelo mesmo pesquisador responsável que conduziu as entrevistas. Cada entrevista ocorreu de forma individual, em horários distintos e em local apropriado. Destaca-se, ainda, que, nesse momento, os cinco representantes da IX GERES responderam ao formulário apresentado na segunda etapa.

A análise das informações referentes às entrevistas sobre a identificação dos fluxos de agendamento de atendimentos e encaminhamentos foi feita por meio do método de Análise de Conteúdo Temático, composta pelas etapas de pré-análise; exploração do material, categorização ou codificação; e tratamento dos resultados, inferências e interpretação<sup>9</sup>. Os resultados estão apresentados em categorias temáticas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM/UPE), sob CAAE 20541019.2.0000.5191, e obedeceu às diretrizes definidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), dentre as quais se destacam a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (Brasil, 2012).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, apresentam-se os resultados da pesquisa, divididos em subtópicos de acordo com a temática estudada. As falas dos participantes estão transcritas e identificadas por letras acompanhadas do número correspondente ao participante, sendo: A – gestores atuantes na IX GERES; e B – coordenadores da Atenção Básica de cinco municípios da regional.

### Fluxos de Encaminhamentos nos Serviços

### Municipais, Regionais, Macrorregionais e Estaduais

No que se refere à análise dos fluxos de encaminhamentos dentro da RCPCD, 70% dos entrevistados relataram desconhecer a existência de documentos que orientem esse fluxo dentro na Rede. Além disso, 40% dos entrevistados relataram a existência de fluxos internos de encaminhamentos para serviços municipais, como as Policlínicas, bem como para a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE); contudo, destacaram que esses fluxos não são guiados por nenhum documento. O desconhecimento acerca da existência de instrumentos orientadores foi evidenciado em algumas falas, como:

*“Existe um fluxo para encaminhamento de pacientes para a UPAE e para a Policlínica do município. Porém, não se tem um protocolo. É um fluxo que foi criado dentro do município pra encaminhar esses pacientes pra policlínica e um fluxo que foi criado para o encaminhamento desses pacientes pra UPAE [...]” (B2).*

*“Não, não existe. Houve uma tentativa do município em gerar um fluxo de referência e contra referência junto com a Atenção, principalmente pra fisioterapia e psicologia, que era a nossa intenção, pra que existisse de fato um processo de referência e contra referência que pudesse ter um fluxo melhor, mas não foi tão efetivo a nossa ficha e o que a gente vai ter de específico mesmo, foi o que eu coloquei, a fichazinha, a listagem de quem são as crianças e os pais, enfim, que é pra ter uma atenção especial” (B5).*

Esse resultado sugere uma subutilização desses mecanismos na RCPCD, sendo imprescindível a organização do processo de trabalho de forma que contemple um tempo destinado às estratégias que propiciem um maior conhecimento desses instrumentos. Ressalta-se que o baixo nível de conhecimento e a subutilização dos instrumentos, somados à divergência de informações e ao uso inadequado destes documentos na Rede, indicam falhas na comunicação entre os profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde. Tais fragilidades contribuem para a fragmentação do cuidado,

comprometem a qualidade da atenção e dificultam a adequada implantação das políticas públicas<sup>10</sup>.

Ademais, 40% dos entrevistados relataram a existência de um sistema de regulação estadual, denominado Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), onde são distribuídas cotas mensais para diversos serviços em todo o estado. Assim, o município consegue vagas para atendimento naquele serviço de acordo com o que é disponibilizado mensalmente. A existência de um sistema de regulação estadual traz mudanças positivas em relação à assistência à saúde prestada à população, favorecendo maior aproveitamento da capacidade instalada da rede de serviços.

Além disso, entre esses entrevistados, 75% relataram a existência, no referido sistema, de protocolos que devem ser seguidos para a marcação de consultas e exames. É importante salientar que esses protocolos são divulgados nas reuniões do colegiado e da Comissão Intergestores Regional (CIR), enviados para os municípios e divulgados pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana, conforme exemplificado na fala de um entrevistado apresentada a seguir:

*"[...] Nós temos um sistema de regulação, disponibilizamos essas cotas mensais e cada município faz seu agendamento, não só na região daqui da região da IX Geres, mas em todo estado de Pernambuco. Também tem Recife que a gente usa uma referência do Hospital Maria Lucinda que lá já é um ambulatório de doenças raras que é para todas as síndromes, que a gente tem um protocolo que identifica quais são as síndromes. A gente divulga esses protocolos nas reuniões de colegiado, manda para os municípios, divulga na CIR né, que é mensal, e divulga também, como o Mãe Coruja o programa é um parceiro, a gente também divulga com o Mãe Coruja. Pra UP AE tem um protocolo e tem as especialidades, são pediatras, são psicólogos, no Hospital Regional a gente tem pediatra, e de fato a reabilitação é na UP AE, mas existe esses fluxos com essa variação dependendo do perfil de cada criança" (A5).*

Embora exista um sistema estadual de regulação para a marcação de consultas e exames, um dos entrevistados relatou a realização de agendamento em serviços que não estão incorporados a esse sistema. Segundo o relato, esses agendamentos são

feitos por meio do contato direto com o serviço, efetuado por um profissional do município que atua em Recife realizando especificamente desempenhar esse tipo de ação. O trecho referente a este assunto segue abaixo:

*"É ... para encaminhamento para centros mais especializados em reabilitação, os municípios, né? Tem, fazem agendamento por tratamento fora domicílio, né? Então eles entram em contato com os serviços. Aqui no nosso estado, né? Dependendo da especialidade do serviço que é oferecido ele não entra pelo sistema de regulação, né? O município entra em contato com o serviço e faz a marcação do atendimento, por exemplo, a gente tem alguns casos de crianças que são atendidas na AACD, né? Que conseguem atendimento das crianças e elas vão por TFD, então o município entra em contato e consegue essas vagas. Certo, então assim, é ... dependendo do serviço o município ele marca diretamente com o serviço e encaminha por TFD [...]" (A1).*

No estado de Pernambuco, foi criado um fluxo específico para o acompanhamento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus. Esse fluxo foi exposto detalhadamente por um dos informantes-chave, que detalhou o processo, que se inicia com a notificação imediata do caso assim que ocorre o nascimento e a suspeita. A criança receber alta hospitalar acompanhada de um relatório médico contendo todas as informações sobre os procedimentos realizados durante o período em que ficou internada, e este deve ser apresentado na consulta com o pediatra.

A notificação é enviada para a Coordenação de Microcefalia e a Vigilância em Saúde da IX GERES e repassada para a Apoiadora de Regulação em Saúde, responsável por contatar os municípios e orientar o fluxo necessário para que a criança seja cadastrada corretamente no CMCE. Para isso, existe o Protocolo da Vigilância de Síndrome Congênita do Zika Vírus, que estabelece os critérios para a notificação e inclusão do caso no fluxo<sup>12</sup>.

Após todo esse processo, a criança é encaminhada para uma consulta com um pediatra de referência no Hospital Dom Malan (HDM) em Petrolina/PE, município sede da IV Macrorregional de Saúde, da qual a IX Região de Saúde faz parte. Nessa consulta,

o pediatra realiza a avaliação clínica e solicita a tomografia, além de outros exames que ainda não tenham sido realizados no hospital. Em seguida, a criança é encaminhada para o neuropediatra, também no HDM, responsável por concluir o diagnóstico.

No momento da consulta no Dom Malan, é obrigatório que a criança apresente a notificação do caso, o relatório médico e os documentos pessoais. As cotas do Hospital Dom Malan são específicas para as crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Após a confirmação do diagnóstico, a criança é acompanhada por um pediatra de referência do serviço de Atendimento Médico Especializado (AME) em Ouricuri/PE e a reabilitação é feita na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE).

Por fim, dois informantes-chave citaram que as pessoas com deficiência fazem parte do fluxo normal do município, mas que há um cuidado especial em relação aos atendimentos dessas pessoas. Essa afirmação está presente nos trechos transcritos a seguir:

*“Não, a gente não ... eu não tenho conhecimento e, assim, eu sei que a gente não utiliza nenhum tipo de protocolo, né? É, a questão dos atendimentos tanto na parte de reabilitação, fono, fisio, como nas unidades, existem os atendimentos, são dado prioridade, né? Para esse tipo de atendimento, tanto quando é realizado dentro da unidade que vem até o serviço, ou quando o serviço vai até ao domicílio do paciente, usuário, né? [..]” (B3)*

*“Não, não existe. Houve uma tentativa do município em gerar um fluxo de referência e contra referência junto com a Atenção, principalmente pra fisioterapia e psicologia, que era a nossa intenção, pra que existisse de fato um processo de referência e contra referência que pudesse ter um fluxo melhor, mas não foi tão efetivo a nossa ficha e o que a gente vai ter de específico mesmo, foi o que eu coloquei, a fichazinha, a listagem de quem são as crianças e os pais, enfim, que é pra ter uma atenção especial” (B5).*

O desenho de Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresenta-se como uma solução para inovar o processo de organização do SUS, superando a fragmentação dos níveis de atenção e tornando-o mais eficaz.

Para o seu funcionamento são essenciais alguns atributos essenciais, como a definição da população, a identificação dos dispositivos de saúde que fazem parte do território e o conhecimento de como estão estruturados os diversos níveis de atenção naquela área. Dessa forma, a análise da implementação de uma Rede Atenção é necessária que esses itens sejam levados em consideração<sup>13</sup>.

O desconhecimento dos processos e fluxos dentro da RAS por parte dos gestores enfraquece a saúde coletiva, descaracterizando os objetivos das redes e comprometendo a saúde da população que faz uso dos dispositivos de saúde. Essa realidade afeta a programação de saúde dos usuários, que por vezes transitam nos espaços de saúde sem compreender os fluxos, o que dificulta sua participação ativa no processo de cuidado.

### **Fluxos para Aquisição de Próteses e/ou Órteses na RCPCD da IX Região de Saúde de Pernambuco**

Em relação aos fluxos para aquisição de prótese e/ou órteses, 60% dos entrevistados relataram que o serviço de referência para esse fornecimento é a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), que não entra no sistema de regulação do estado, e cujas marcações são feitas diretamente lá. A seguir estão dispostos alguns trechos que apresentam essa afirmação:

*“Não tem. Na AACD, é regulado pelo município que tem uma pessoa na casa de apoio que faz essas marcações. Porque na AACD, é uma entidade filantrópica que não tem vínculo com o estado” (A4).*

*“Essa questão de prótese e órtese a gente ainda não está regulando, mas o estado de Pernambuco utiliza do meu conhecimento a AACD. Ela não é regulada, mas eu tenho conhecimento inclusive de crianças que são portadoras de microcefalia que foram para essa para esse serviço, certo? Para deficiente auditivo lá consegue também, que eu tenho conhecimento assim, e assim essa questão de prótese, como não é regulada, acredito que a coordenação de microcefalia tem como falar mais sobre isso” (A5).*

*“É feito através de TFD pra Recife, pra AACD” (B1).*

A AACD é uma organização sem fins lucrativos que atua na reabilitação de crianças, jovens e adultos com deficiência física e oferece assistência em consultas, exames, terapias, órteses, próteses, internações e cirurgias. Ela possui uma sede em Recife e realiza atendimentos que vão desde o diagnóstico até a reabilitação<sup>14</sup>.

Um desses entrevistados também descreveu o fluxo interno para aquisição de próteses e/ou órteses na AACD voltado às crianças com Síndrome Congênita associada à Infecção pelo Vírus Zika. Geralmente, o ortopedista solicita a prótese ou órtese, e a mãe apresenta a solicitação ao município, que entra em contato com os profissionais da IX GERES para verificar a possibilidade de regulação. Nessa etapa, é informado que a mãe terá que ir diretamente à AACD para realizar o cadastro, levando a solicitação e toda a documentação dela e da criança. Após o cadastro, é marcada uma consulta com uma assistente social e, posteriormente, agendada uma nova consulta comum ortopedista da própria instituição, responsável pela avaliação da criança pela realização das medidas da órtese ou prótese. Destaca-se o relato de demora entre a consulta com a assistente social e o atendimento com o ortopedista.

Um dos informantes-chave também informou que existem dois outros serviços para aquisição de próteses e/ou órteses em Pernambuco: o Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), ambos localizados no Recife. Segundo o relato, as marcações no HAM podem ser realizadas tanto pelo sistema de regulação estadual, quanto por meio do contato direto com o serviço. Esse relato está presente no seguinte trecho:

*“[...] O que a gente tem de conhecimento é que coloca no sistema por regulação e vai pra Recife. Ou tem muita criança, muito adulto, muita criança, né? Que vai pra AACD em Recife, eles conseguem marcação e depois que eles dão entrada no serviço, eles conseguem tudo. Então, a gente tem muita criança que tem cadeira, órtese mesmo, a perna, braço mecânico, eles pegam essa questão de órtese e prótese na AACD. Eles também dão entrada no Agamenon Magalhães em Recife, também no IMIP ... a AACD não segue fluxo daqui, mas a família consegue marcação até via Secretaria. É um fluxo meio que não fluxo. Porque as Secretarias*

*assim, tem uma pessoa, a maioria, fica uma pessoa fazendo marcação em Recife por fora da regulação, porque a regulação de fato, telefone e internet, não funciona, então eles ficam pra ir pro local [...]” (A2).*

Vale ressaltar que 30% dos entrevistados relataram a inexistência de um serviço específico de fornecimento de próteses e órteses na IX Região de Saúde, uma vez que não existe nenhum serviço de referência dentro da própria Região, sendo todos os serviços disponíveis localizados no Recife. Além disso, 20% dos entrevistados também não souberam informar como ocorre esse fornecimento.

Os achados desse estudo, no que se refere à dispensação de próteses e órteses, corroboram com os resultados encontrados em uma pesquisa que teve como objetivo realizar uma análise diagnóstica da assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e de violência em municípios de Pernambuco, Brasil, com mais de 100 mil habitantes<sup>15</sup>. Dos 10 municípios com população acima de 100 mil em habitantes em 2007 que participaram da pesquisa, apenas o município de Recife realizava dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares para locomoção.

O desenho da RCPCD pode contar com o serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante, responsável pela dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Esse serviço deve estar articulado e vinculado a um estabelecimento de saúde habilitado como Serviço de Reabilitação Física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva<sup>16</sup>. Assim, a implantação do Centro Especializado em Reabilitação tipo III (CER III) na IX Região de Saúde traria a possibilidade de um serviço de dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção dentro do próprio território regional. Vale salientar que o CER pactuado para IX Região oferecerá, inicialmente, serviços em reabilitação visual, auditiva e intelectual/cognitiva

### **Disposição dos serviços de referência para reabilitação na RCPCD da IX Região de Saúde de Pernambuco**

Com base na análise das informações das entrevistas, foram identificados os seguintes serviços de referência por tipo de deficiência:

**Quadro 1** - Identificação dos Serviços de Referência por tipo de Deficiência nos Níveis Municipal, Regional, Macrorregional e Estadual

Tipo de deficiência	Nível municipal	Nível regional	Nível macrorregional	Nível estadual
Física	Policlínicas e NASF-AB	UPAE e HRFB	HDM	Hospital Maria Lucinda e AACD
Visual	-	HRFB	-	Fundação Altino Ventura FAV, Hospital das Clínicas, HAM e Hospital Otávio de Freitas.
Auditiva	Policlínicas e NASF-AB	Otorrinolaringologista e fonoaudiólogo **	-	Hospital das Clínicas, HAM, IMIP e Hospital Maria Lucinda
Intelectual/Cognitiva	Policlínicas, NASF-AB e CAPS*	AME	Um informante disse que tem referência em Petrolina, mas informou em qual serviço	Hospital Maria Lucinda

Fonte: Elaboração própria (2024).

\* Um município relatou o CAPS com um local de atendimento.

\*\*Um informante-chave relatou que existia a referência desses dois profissionais a nível regional, mas não informou em qual serviço seria.

Observa-se a ausência de serviços de reabilitação visual nos níveis municipal e macrorregional, fato que foi relatado por um dos entrevistados que mencionou não haver profissionais no município para atender a essa demanda, bem como pelo depoimento de outro participante que apontou a deficiência na oferta de serviços oftalmológicos a nível estadual. A atenção à saúde em oftalmologia foi uma das linhas de cuidado pactuadas no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco em 2011, diante da necessidade de se organizar a integração das ações municipais da atenção primária e de média complexidade com as referências de maior complexidade assumidas pela gestão estadual<sup>16</sup>. Porém, percebe-se que, mesmo após nove anos dessa pactuação, o estado de Pernambuco ainda possui dificuldades na oferta de serviços de saúde votados à assistência visual. Além disso, observa-se também a limitação de serviços de referência macrorregional para reabilitação de PcD.

O estado de Pernambuco está dividido em quatro Macrorregiões de Saúde, sendo a IX Região de Saúde parte integrante da IV Macrorregião, junto com a VII e a VIII Regiões de Saúde. As macrorregiões constituem-se arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, organizando entre si ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade, de forma a complementar a atenção à saúde das populações desses territórios<sup>16</sup>.

Evidencia-se que, mesmo com a conformação em Regiões de Saúde bem definidas, ainda não há uma articulação forte entre elas e as RAS, visto que ambas não se reforçaram mutuamente. Consequentemente, nem as redes operam ainda como redes, nem as regiões como regiões<sup>17</sup>, condição que foi verificada nos resultados encontrados neste estudo.

Outro resultado importante encontrado diz respeito à utilização de serviços privados para reabilitação de alguns tipos de deficiência. Nesse quesito, um informante-chave relatou o uso da rede privada na reabilitação de deficiência física, enquanto dois informantes-chave relataram a utilização da rede privada na reabilitação de deficiência intelectual/cognitiva. Esses relatos encontram-se expressos nos seguintes trechos:

*“[...] Mas os municípios eles pontuam que fazem reabilitação e alguns são encaminhados pra Recife, que precisam de mais algum outro tratamento que não tenha aqui eles fazem, ou faz particular né, aqui a gente tem muito paciente que faz por conta [...]” (A2 – Reabilitação física).*

*“[...] O acompanhamento é difícil, porque a gente não tem quase que TO, a gente quase que não tem psicólogo, quando tem é ou no CAPS ou no NASF, mas fazendo o acompanhamento mais geral e outras demandas, que é muito grande, não é só para isso. Então a referência é complicada pra parte intelectual. É mais particular mesmo” (A2 – Reabilitação intelectual/cognitiva).*

*“Só Recife mesmo, aqui a gente, a gente não tem TO. Eles quando, eles quando vão para a Rede privada, que já se referenciam na privada mesmo, né? Por conta deles, mas a gente mesmo aqui só Recife” (B3 - Reabilitação intelectual/cognitiva).*

A relação público-privada está presente no sistema de saúde brasileiro e tem participação competitiva com o sistema público, apresentando uma concepção de assistência contrária aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, o qual desempenha papel importante na redução das desigualdades sociais<sup>15</sup>.

Antes da instituição da RCPCD, o cuidado à saúde da Pessoa com Deficiência era prestado geralmente pela Atenção Especializada, por meio de equipamentos de reabilitação, não atendendo a todas as demandas de saúde dessa população. A RCPCD traz os Centros de Reabilitação como pontos de atenção necessários, mas que devem estar articulados com os outros pontos de atenção do SUS. Isso constitui outra lógica na organização da reabilitação, em que há o Centro Especializado em Reabilitação (CER) como nó da Rede, podendo atender dois, três ou quatro tipos de deficiência, que articula os outros componentes e pontos de atenção da RCPCD, de modo a assegurar uma atenção integral à PcD<sup>18,19</sup>.

Ressalta-se, ainda, o desconhecimento de alguns entrevistados a respeito de para quais serviços especializados em reabilitação as Pessoas com Deficiência eram encaminhadas. Esse fato foi verificado na entrevista de um informante-chave em relação à reabilitação física, de três informantes-chave quanto à reabilitação visual, de um informante-chave referente à reabilitação auditiva e de um informante-chave no que se refere à reabilitação intelectual/cognitiva.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa conseguiu atender aos objetivos geral e específicos propostos, fornecendo uma análise geral de como a RCPCD está organizada na IX Região de Saúde de Pernambuco.

Considerando a extensão territorial da região, esperava-se a existência de um maior número de dispositivos de saúde capazes de ampliar a cobertura destinada a essa população, que se apresenta em número considerável no território. Vale destacar que existe uma falha na identificação dessas pessoas pela Atenção Primária à Saúde, demonstrada no comparativo entre os resultados do estudo e os valores de prevalência de PcD do Censo 2010.

Ademais, na identificação dos serviços existentes, percebeu-se a oferta de serviços especializados em reabilitação, presentes apenas em alguns municípios. Também foi verificada a pouca oferta de Terapeutas Ocupacionais no âmbito municipal.

Visualiza-se uma RCPCD frágil, com componentes que não estão integrados e não são totais. Os fluxos são descontínuos e existe uma lacuna grande na prestação de assistência à saúde em alguns tipos de deficiência. Além disso, a distribuição dos dispositivos especializados demonstra a existência de poucos serviços a nível regional e macrorregional, com concentração expressiva no município de Recife, o que acarreta importantes barreiras de acesso aos serviços de saúde para essa população. Assim, faz-se necessário refletir sobre como concretizar práticas de cuidado a essa população sem conseguir ofertar uma Rede de Atenção atuando de forma articulada e garantindo o cuidado integral às PcD.

O estudo apresenta limitações relacionadas ao número de informantes-chaves, sendo uma delas o fato de dados com os gestores municipais ter sido realizada em apenas cinco municípios da IX Região de Saúde. Outra limitação foi a ausência de informantes-chave dos serviços da UPAE e do HRFB, dispositivos que estão presentes na IX região de Saúde e cuja inclusão dos gestores na pesquisa poderia fornecer informações mais completas sobre toda a RDPCD. Por fim, a ausência de representantes das PcD também se considera como uma limitação. Sugere-se que estudos futuros que abordem esta temática incluam todos os gestores que estiverem envolvidos no processo de prestação da assistência à saúde na RCPCD, bem como representantes dos Conselhos Municipais da Pessoa com Deficiência.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Sháyra Anny Moura Barbosa** contribuiu com a concepção do estudo, o delineamento metodológico, coleta e análise de dados a orientação geral da pesquisa e com a redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas. **Pedro Paulo Rodrigues** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo e com a redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas. **Rayane Moreira de Alencar** contribuiu com a revisão crítica do conteúdo, com o delineamento da pesquisa, apoio na interpretação dos resultados e colaboração na redação e adequação final do manuscrito às normas acadêmicas.

## REFERÊNCIAS

- Martins C, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Miranda GMD. Análise da Política de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência em uma capital da Região Nordeste do Brasil. *Physis*. 2023;33. doi:10.1590/S0103-7331202333062.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República; 2004.
- Minayo MCS. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):7-15.
- Santos JF, Cavalcante TCF. Mediação pedagógica e deficiência intelectual: um estudo de caso acerca da alfabetização com o uso da comunicação alternativa. *Rev Bras Estud Pedagógicos*. 2023;104:e5349. doi:10.24109/2176-6681.rbep.5349.
- Brasil. Presidência da República. 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. Brasília: Presidência da República; 2012.
- Peiter CC, et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Esc Anna Nery*. 2019;23(1):1-10. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214.
- Santos AM. Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado. Salvador: Edufba; 2018.
- World Health Organization, The World Bank. World report on disability. Genebra: WHO; 2011.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Oliveira CRF, Samico IC, Mendes MFM, Vargas I, Vázquez ML. Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):1-16. doi:10.1590/0102-311X00119318.
- Basto LBR, et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:25. doi:10.11606/s1518-8787.2020054001512.
- Pernambuco. Secretaria de Saúde. I Gerência Regional de Saúde. Mapa de Saúde da I Região de Saúde / I Gerência Regional de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco; 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD). Balanço Social 2017. São Paulo: AACD; 2018.
- Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Sozua JB. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Rev Saúde Debate*. 2019;43(121):302-13. doi:10.1590/0103-1104201912101.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2017.
- Carroll CB, Gomide M. Análise de redes na regulação do tratamento de câncer do aparelho digestivo. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):1-15. doi:10.1590/0102-311X00041518.
- Valentim RS, et al. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:54. doi:10.11606/s1518-8787.2021055002976.
- Moreira LB. Avaliação do processo de trabalho em centros especializados de reabilitação do Brasil [dissertação]. Alfenas: Universidade Federal de Alfenas; 2022.

