FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

FUNDAÇÃO ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO

PERFIL DO USUÁRIO DA REDE DE REABILITAÇÃO FÍSICA LIGADA AO SUS, PERÍODO 2003 A 2007, NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL

MARCOS ANTONIO MOREIRA DE FRANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

CUIABÁ

2010

MARCOS ANTONIO MOREIRA DE FRANÇA

PERFIL DO USUÁRIO DA REDE DE REABILITAÇÃO FÍSICA LIGADA AO SUS, PERÍODO 2003 A 2007, NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

CUIABÁ

2010

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

França, Marcos Antonio Moreira de
Perfil do usuário da rede de reabilitação física ligada ao SUS, período 2003 a 2007, no Estado de Mato Grosso, Brasil./ Marcos Antonio Moreira de França . São Paulo, 2010.
Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Nivaldo Carneiro Junior

1. Pessoas com deficiência 2. Fatores socioeconômicos 3. Reabilitação 4. Sistema Único de Saúde 5. Redes comunitárias 6. Estudos retrospectivos

BC-FCMSCSP/14-10

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal de Mato Grosso pela possibilidade de realização do curso.

Ao meu orientador, Profº. Nivaldo Carneiro Junior, que me conduziu pelo caminho do aprendizado e na construção dos conhecimentos necessários para a conclusão deste trabalho.

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e ao Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC) por me incentivar como funcionário a realizar este mestrado e com a minha liberação do trabalho para a pesquisa.

Aos docentes do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por toda dedicação e carinho que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Aos colegas de trabalho, Eliéte, Fernanda, Flávia, Geonir, Lilian, Marcelo, Nilva, Nivanda, Renata, Roberta, Sílvia, e ao casal Enecildo e Marlene pelo incentivo e pela assistência na elaboração do meu trabalho.

A minha mãe Maria Célia, ao meu pai Raimundo e a minha namorada Janaina, por acreditar em mim e sempre me incentivar a crescer pessoalmente e profissionalmente.

EPÍGRAFE

“Eis aqui, sempre em flor, Mato Grosso, nosso berço glorioso e gentil! Eis a terra das minas faiscantes, eldorado como outros não há”.

Dom Francisco de Aquino Correa.

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS VIII

LISTA DE TABELAS IX

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS X

RESUMO XII

ABSTRAT XIV

APRESENTAÇÃO XVI

CAPITULO I - ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E DEMOGRÁFICOS DA DEFICIÊNCIA 18

1.1 Deficiências: aspectos históricos 20

1.2 As diferentes denominações e conceitos da deficiência 22

1.3 Dados populacionais da deficiência 26

CAPITULO II - POLÍTICAS PÚBLICAS: DIRETRIZES E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 29

CAPITULO III - PANORAMA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA E A REDE DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL 36

3.1 A Rede Assistencial em Reabilitação Física em Mato Grosso 37

3.2 As regiões de saúde no Estado de Mato Grosso 39

3.3 Perfil sociodemográfico e a rede de reabilitação física das Macrorregiões do Estado de Mato Grosso 42

3.3.1 Macrorregião Norte Mato-Grossense 42

3.3.2 Macrorregião Leste Mato-Grossense (Araguaia) 43

3.3.3 Macrorregião Oeste Mato-Grossense 44

3.3.4 Macrorregião Sul Mato-Grossense 45

3.3.5 Macrorregião Centro-Norte Mato-Grossense (Cuiabana) 46

CAPITULO IV - OBJETIVOS DA PESQUISA 48

4.1 Objetivo geral 48

4.2 Objetivos específicos 48

CAPITULO V - METODOLOGIA 49

5.1 Fonte de dados e variáveis selecionadas 49

5.2 O sistema de informação da rede assistencial de reabilitação física no Estado de Mato Grosso 52

5.3 Análise dos dados 56

5.4 Limitações desse estudo 57

5.5 Aspectos éticos da pesquisa 58

CAPITULO VI - RESULTADOS E DISCUSSÃO 59

CAPITULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

CAPITULO VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92

ANEXOS 99

Anexo 1 – Portaria 818/MS/2001 99

Anexo 2 - Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física Modificado/CRIDAC 101

Anexo 3 - ROA - Registro de Ocorrências Ambulatorial 109

Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 112

Anexo 5 - ARTIGO: Perfil do usuário da rede de reabilitação física ligada ao SUS, no período 2003 a 2007, no Estado de Mato Grosso, Brasil ..... **Erro! Indicador não definido.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa das Cinco Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso, divisão realizada pelo PDR/MT/2005-2006. 41
Figura 2 - Mapa da Macrorregião Norte Mato-Grossense.....42
Figura 3 - Mapa da Macrorregião Leste Mato-Grossense (Araguaia). 43
Figura 4 - Mapa da Macrorregião Oeste Mato-Grossense. 44
Figura 5 - Mapa da Macrorregião Sul Mato-Grossense. 45
Figura 6 - Mapa da Macrorregião Centro-Norte Mato-Grossense (Cuiabana). 46
Figura 7 - Fluxograma com a representação das etapas que as informações percorrem até o sistema de informações do CRIDAC.....55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de usuários e de procedimentos realizados por Macrorregião, nas UDRs nível I da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, no período 2003 a 2007 .....**Erro! Indicador não definido.**
Tabela 2 - Distribuição dos usuários das UDRs nível I da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, por Macrorregião, segundo sexo, faixa etária, escolaridade e procedência, no período 2003 a 2007..**Erro! Indicador não definido.**
Tabela 3 - Distribuição das causas das doenças dos usuários das UDRs nível I, da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, por Macrorregião, no período 2003 a 2007. .....**Erro! Indicador não definido.**
Tabela 4 - Distribuição quanto à origem da demanda dos usuários das UDRs de nível I, da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, por Macrorregião, no período 2003 a 2007 .....**Erro! Indicador não definido.**

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIDDM-2 – Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação-2

CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CRIDAC – Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

COTINF/SES-MT – Coordenadoria de Tecnologia de Informática/Secretaria de Estado de Saúde - Mato Grosso

FCRDAC – Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

NOAS-SUS – Norma Operacional da Assistência à Saúde - Sistema Único de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PDR/SES/MT – Plano Diretor Regional/Secretaria de Estado de Saúde/Mato Grosso

PPD – Pessoa Portadora de Deficiência

PPI – Pessoa Perceptora de Incapacidade

PSF – Programa Saúde da Família

SES/MT - Secretaria de Estado de Saúde/Mato Grosso

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema Único de Saúde

SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar/Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações em Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SIS – Sistema de Informações em Saúde

SQL – Structure Query Language

S-ROA – Sistema - Registro de Ocorrências Ambulatorial

SUS – Sistema Único de Saúde

UDR – Unidade Descentralizada de Reabilitação

França MAM. Perfil do usuário da rede de reabilitação física ligada ao SUS, período 2003 a 2007 no Estado de Mato Grosso, Brasil.

RESUMO

Introdução - Neste trabalho se buscou apresentar o perfil dos usuários atendidos na Rede de Reabilitação Física do Estado de Mato Grosso, no período de 2003 a 2007. Na busca em cumprir esta meta, partimos da apresentação dos aspectos históricos e conceituais sobre a deficiência e o deficiente físico. Demonstrou-se que os dados da população com deficiência e como é tratado o problema da assistência à saúde do deficiente físico na sociedade. Revelamos as políticas públicas vigentes no Brasil e a forma de organização da Rede Assistencial em Reabilitação Física no Estado de Mato Grosso, seu sistema de informações e os dados sobre os usuários da rede. **Objetivos** – Traçar o perfil dos usuários da Rede Assistencial em Reabilitação Física, unidades nível I, ligada ao Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso, Brasil; tanto no contexto estadual, como nas cinco Macrorregiões de Saúde, no período de 2003 a 2007. **Método** – Estudo transversal e descritivo. Utilizaram-se variáveis sociodemográficas – sexo, faixa etária, escolaridade e procedência – e as relacionadas à utilização do serviço – causas de doença e origem da procura – contidas nos relatórios de atendimentos, das 81 Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDR), nível I, armazenados em "banco de dados" centralizado no Centro Integral de Reabilitação Dom Aquino Corrêa, conforme Portaria N. 818/MS/2001. **Resultados** - No período de 2003 a 2007 foram atendidos nas UDR, nível I, 422.328 pacientes, totalizando 2.110.293 procedimentos; 54,8% foram para usuários do sexo feminino; a faixa etária entre 20 e 60 anos correspondeu a 57,1%. 40,6% desses usuários declararam ter o ensino fundamental e 97,9% eram procedentes do mesmo município da UDR. As causas de doenças mais encontradas foram relacionadas às crônico-degenerativas (51%) e as Unidades Básicas de Saúde são as que mais encaminham esses pacientes (37,6%). Chama atenção o fato de que os resultados encontrados quanto à faixa etária e à escolaridade divergem de alguns estudos nacionais e internacionais, nos quais se apresentam perfis de usuários com idade superior a 60 anos e com maior nível de escolaridade. Ao analisar esse perfil entre as Macrorregiões de Saúde, destacamos os seguintes aspectos: a Macrorregião Araguaia apresenta um maior número de usuários procedentes de outros municípios e/ou de outros Estados, sendo que 23,3% são classificados como "demanda espontânea" às UDR. A Macrorregião Oeste apresenta o maior percentual de usuários encaminhados pela rede básica de saúde da região (54,5%). Em relação à variável "causas de doença", despontam as doenças crônico-degenerativas (58,1%), sendo esta mais predominante nos serviços das Macrorregiões Cuiabana e Sul. **Conclusão** – As informações sistematizadas e analisadas nesse estudo permitiram reconhecer o perfil do usuário dos serviços de reabilitação física, particularmente as características macrorregionais, identificando sua distribuição e suas diferenças nas Macrorregiões de Saúde, contribuindo para uma gestão mais qualificada dessa rede e, conseqüentemente, fortalecendo e consolidando o Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: 1. Pessoas com deficiência. 2. Fatores socioeconômicos 3. Reabilitação 4. Sistema Único de Saúde 5. Redes comunitárias 6. Estudos retrospectivos

França MAM. The profile of patients treated in the physical rehabilitation network linked to *sus* (the single healt system) in the state of Mato Grosso, Brazil in the period between 2003 AND 2007.

ABSTRACT

Introduction – This study aims to present the profile of patients treated in the physical rehabilitation network of the state of Mato Grosso, Brazil in the period between 2003 and 2007. To achieve this aim, we begin by presenting historical and conceptual aspects of handicaps and the physical handicapped. We present data on the population with handicaps and how the health assistance problem for handicapped people is dealt with in society. We show the current public policies in Brazil and the way the physical rehabilitation assistance network is organized in the state of Mato Grosso, its information system and the patient data held by the network. **Objectives** – Establish the profile of patients using the physical rehabilitation assistance network at level I units linked to the Single Health System of the state of Mato Grosso, Brazil; both in the state context as well as in the five health Macro-regions, in the period between 2003 and 2007. **Method** - A descriptive, transversal study. The following variables were used: socio-demographic – sex, age group, education and origin; and those related to the service used – cause of illness and what caused the patient to seek the service. This information was obtained from the treatment reports from the 81 Decentralized Rehabilitation Centers ("UDR"), level I, stored in the centralized databank at the Dom Aquino Correa Integrated Rehabilitation Centre, in accordance with Norm No. 818/MS/2001. **Results** – In the period between 2003 and 2007 the number of patients treated in the "UDR" level I was 442,328, totaling 2,110,293 procedures; 54.8% were females; 57.1% were aged between 20 and 60 years, 40.6% of these patients said they hade completed primary education and 97.9% came from the same municipality where the "UDR' was located. The most common causes of illness found were related to chronic-degenerative illnesses (51%) and the basic health units refer the most patients (37.6%). It is noteworthy that the results found on the age group and level of education show divergences in comparison with some other states in Brazil and other countries where the patient profile includes more patients over 60 years of age and a higher education level. When analyzing this profile within the Health Macro-regions the following aspects are noted: the Araguaia Macro-region has a larger number of patients from other municipalities and/or states with 23.3% being classified as "spontaneous demand" in the "UDR". The West Macro-region shows the largest percentage of patients referred by the regional basic health network (54.5%). In relation to the "cause of illness", the chronic-degenerative illnesses stand out (58.1%) being the most predominant of the services in the Cuiabana and South Macro-regions. **Conclusion** – The systemized and analyzed information in this study permit the recognition of the patient profile in physical rehabilitation services, particularly the

macro-regional characteristics, identifying their distribution and the differences among the health macro-regions, contributing to a more qualified management of the network and, consequently, strengthening and consolidating the Single Health System.

Key words: 1. Handicapped people 2. Socio-economic factors 3. Rehabilitation 4. the Single Health System 5. Community networks 6. Retrospective studies.

APRESENTAÇÃO

O interesse por esse estudo emergiu do fato de ser fisioterapeuta, e funcionário da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT), lotado no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC). Atuo no atendimento ao paciente e na Supervisão Técnica do CRIDAC, cuja função consiste em acompanhar e supervisionar as Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDR) no Estado Mato Grosso (MT), realizando visitas *in loco* e/ou à distância.

Em decorrência dessa atuação, conheci o funcionamento da rede de reabilitação física do Estado, tanto na assistência como no gerenciamento de seus instrumentos de apoio, particularmente o "sistema de informação" do atendimento das UDRs.

Chamou-me a atenção o fato de que, apesar de os dados de atendimento estarem disponíveis, não há uma análise sobre eles de forma sistemática, ocasionando certo desconhecimento das características da clientela atendida na rede de reabilitação física.

Conhecer o perfil do usuário desta rede se revela de grande importância para planejar e organizar melhor a assistência e contribuir para a formulação de políticas públicas específicas.

Existem poucos estudos e levantamentos epidemiológicos sobre a deficiência física no Brasil. A falta ou falha de sistematização do atendimento ofertado pela rede pública aos deficientes físicos significa limites para a qualificação assistencial a esse agravo de saúde e, por conseguinte, não proporciona políticas públicas efetivas consubstanciadas nos princípios das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir dessa constatação, o presente trabalho se propõe contribuir para a superação desta falta de conhecimento sobre a deficiência física no Brasil. O primeiro intuito é analisar o perfil das pessoas deficientes que são atendidas na rede pública do Estado do Mato Grosso, daí fazendo influências para a realidade brasileira.

Intentando desenvolver este estudo, foi necessário revisar os conceitos, analisar as políticas voltadas para a pessoa deficiente, além de organizar e analisar os registros existentes sobre a assistência ao deficiente da rede de reabilitação física.

Os assuntos abordados nesse trabalho foram organizados em capítulos, para que os conceitos sobre os temas discorridos sejam entendidos, não esquecidos de que os temas relacionados com a reabilitação física não são amplamente conhecidos por força da divulgação apequenada na mídia, alvo que são de não muitos estudos.

CAPITULO I

ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E DEMOGRÁFICOS DA DEFICIÊNCIA

A pesquisa epidemiológica é empregada como uma das principais abordagens investigativas na área da saúde. Nesse cenário, o Brasil se destaca como um dos países da América Latina com grande acúmulo teórico e metodológico, contribuindo com pesquisas sobre problemas de saúde de grande importância social[1].

O presente trabalho torna conhecido o problema dos indivíduos com deficiência física e o uso da extensa rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) de Mato Grosso, caracterizando seu perfil.

Há poucas pesquisas na área de reabilitação física que levam em conta as dimensões aqui propostas, isto é, que estudem a reabilitação física no contexto da rede assistencial, desenhando características do perfil de seus usuários.

A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas se revela bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas deficientes, além de não contemplar experiências comunitárias. Mais ainda: seus resultados raramente são avaliados[2].

O conhecimento do perfil do usuário da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso subsidiará, com instrumentos, a avaliação da assistência a essa população, conhecendo-lhe as características e a demanda, podendo melhorar

a qualidade e o monitoramento das ações voltadas ao atendimento do deficiente físico.

Em Mato Grosso, como em outras regiões do Brasil, os serviços de saúde voltados à atenção do deficiente físico não eram oferecidos de forma relevante. A deficiência era foco de ações na área de prevenção dos agravos das doenças, que, em grande parte, geram incapacidade funcional. Essa concepção fazia com que não se organizasse atendimento voltado para o deficiente no serviço público de saúde[3,4,5].

Esse cenário deriva para outro rumo a partir da Constituição Brasileira de 1988, que dita novas diretrizes aos entes federados, com a organização do SUS[2.6].

O sistema descentralizado de serviços de reabilitação impõe diretrizes em conformidade com os princípios e normas estabelecidos por essas políticas, bem como a análise de custos e benefícios - necessidades, recursos, resolutividade - e desenvolvimento, que assegurem serviços organizados e em condições de funcionamento. Acresce, ainda, o intercâmbio com gestores, profissionais e usuários, somados à provisão de recursos e de responsabilidades, com objetivo de alcançar a eficiência das ações de reabilitação[7].

Hoje, o Estado de Mato Grosso, em relação às políticas assistenciais de atenção ao deficiente físico, está em consonância com os objetivos enumerados na Constituição Federal de 1988, isto é, descentralização e regionalização dos serviços de reabilitação física, por meio de uma rede assistencial que cobre mais de 74% do seu território, articulada a um sistema de referência que amplia essa cobertura[3,4,5,7,8].

O objetivo central desta pesquisa é conhecer o perfil dos usuários da rede assistencial em reabilitação física do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso, Brasil, no período 2003 a 2007.

1.1 Deficiências: aspectos históricos

A problemática da deficiência se faz presente na história da humanidade. Mais: a existência de considerável parcela de pessoas com algum tipo de deficiência não é uma situação recente. A trajetória de inúmeras batalhas e guerras gerou mutilados e deficientes.

A discriminação se agrega à pessoa deficiente, sendo um dos problemas sociais que acompanham os homens desde os primórdios da civilização.

O correr dos séculos sempre foi marcado pela segregação e exclusão econômica, política, social e cultural das pessoas com deficiência, sofrendo estas alterações de acordo com as diferentes sociedades[9,10].

Os povos primitivos tratavam as pessoas com deficiência das mais diversas formas: os nômades as eliminavam, pois atrapalhavam a locomoção desses grupos; outros adotavam a proteção para conquistar a simpatia dos deuses, ou como medida de recompensa por mutilações sofridas durante a caça ou guerra. Os espartanos matavam as crianças doentes[10].

Na linha da proteção, temos os atenienses e os romanos, que se preocupavam com a melhor conduta a ser adotada aos deficientes, polarizando entre o assistencialismo e a readaptação para o trabalho[11].

Na direção do assistencialismo, encontramos na Idade Média, sob a influência do cristianismo, os senhores feudais, que amparavam as pessoas com deficiência em abrigos[12,13].

Em 1773, na Inglaterra, foi fundada a Work House, destinada a proporcionar trabalho para os deficientes. Nesse período, vários equipamentos

foram concebidos com o intuito de propiciar apoio para a locomoção das pessoas em tais condições: cadeiras de rodas, bengalas, bastões, muletas, coletes, próteses, macas, veículos adaptados e outros[13].

No século XIX, iniciam-se as primeiras pesquisas sobre a deficiência. Compreendida como doença, torna-se passível de estudos, classificações, objeto de intervenções específicas da esfera do saber médico[13].

No século XX, a perspectiva da integração social do deficiente emerge, especialmente no esteio das Guerras Mundiais, como resposta às pressões sociais em vista do estabelecimento de programas de reabilitação, com necessidades de serviços assistenciais, uma decorrência do número elevado de deficientes, vítimas das guerras[13,14].

Um marco importante no século XX, em relação à integração social da pessoa deficiente, foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, editada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948. Esta Declaração motivou uma série de resoluções voltadas aos direitos dos deficientes, propiciando a eles o surgimento de políticas de assistência, habilitação e reabilitação[15].

A ONU elegeu 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão a situação desse segmento no mundo, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social agravaram a situação. Um dos principais resultados desse Ano Internacional foi à aprovação, na Assembléia Geral da ONU, realizada em 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência[16].

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas as dos demais cidadãos, proporcionando-lhes condições de igualdade e da

melhoria nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Nesse programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população com deficiência, nomeadamente de Saúde, de Educação, de Emprego e Renda, de Seguridade Social e de Legislação.

Em 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu critérios de classificação das deficiências, levando em consideração os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos - “Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde” (CIDDM-2)[17].

Essa abordagem propõe nova forma de conceber a pessoa com deficiência, incorporando suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes de sua condição[2].

1.2 As diferentes denominações e conceitos da deficiência

No caminho da história, vários termos foram utilizados para se referir às pessoas com deficiência, o que reflete as crenças e a realidade social de cada momento da sociedade.

Durante séculos, as pessoas com deficiência foram chamadas de “inválidas” ou “indivíduo sem valor”. Já no século XX, as denominações “incapacitados” ou “incapazes” e “indivíduos sem “capacidade” ou “indivíduos com capacidade residual” são amplamente recorrentes. A partir de 1960, afloram designações como “defeituosos”, “deficientes” e “excepcionais” para sinalizar

respectivamente os “indivíduos com deformidade”, “indivíduos com deficiência” e “indivíduos com deficiência mental”[18].

Na última década do século XX, utilizou-se da expressão “pessoa portadora de deficiência” em oposição à “pessoa deficiente”, denotando que a deficiência é uma característica da pessoa.

Hoje, recorre-se a outras variantes: “pessoas com necessidades especiais” e ”pessoas com deficiência”. A primeira diz respeito às pessoas com deficiência ou não. Quanto à segunda, esta carreia uma crítica subliminar, de que a deficiência não se porta, isto é, as pessoas não são objetos, vivencia-se a deficiência[19].

A expressão “portador de deficiência” foi utilizada no Brasil pelas Constituições Federal e Estadual, tendo sido, por igual, abraçada por praticamente todas as leis e políticas publicadas neste período.

Em 1989, a OMS publica a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que estabelece os seguintes conceitos utilizados na área de reabilitação física[20]:

a) Deficiência - é toda perda ou anormalidade na estrutura do sujeito, com perda parcial ou total de uma das partes do corpo ou na função psicológica, fisiológica ou anatômica.

b) Incapacidade - é a restrição ou ausência da capacidade do sujeito de realizar atividades consideradas normais, em virtude da deficiência que possui.

c) Desvantagem - é entendida como uma situação na qual o sujeito experimenta uma dificuldade decorrente da deficiência que possui, isto é, reflete seus limites em interagir e desempenhar regras e papéis sociais condizentes com os níveis considerados normais.

Estas definições levam em conta três dimensões: orgânica (deficiência), individual (incapacidade) e social (desvantagem). Todas elas estão centradas na pessoa e se apóiam no modelo biomédico, sem tomar atenção às condições concretas de vida de cada um, às relações que se estabelecem entre as pessoas e as suas reações, rejeições, temores e discriminações no tocante à pessoa com deficiência[2].

Em 1997, a OMS revisou a CIDID, apresentando nova distribuição: “Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde” (CIDDM – 2). Em suma, enfatiza o contexto ambiental e as potencialidades das pessoas. A definição da deficiência passa a ser uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica) e das funções mentais[17].

O termo incapacidade não é mais utilizado. A nova concepção é de que há uma limitação da atividade. Desta forma, dizendo que existe uma dificuldade no desempenho pessoal. A CIDDM - 2 adiciona o conceito de participação, que aponta para a interação entre a pessoa com deficiência e os fatores do contexto socioambiental, tendo como referência sua limitação concernente às atividades diárias.

Em 2001, a OMS moderniza o conceito e lhe dá uma nova feição: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que substitui o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, não relegando as atividades da pessoa deficiente, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental em que as pessoas vivem[21].

A CIF representa uma mudança de paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo-se como instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social[22].

São consideradas deficiências, a luz dessa nova classificação, aquelas relacionadas com as funções mentais, sensoriais, voz e fala. Igualmente as da função cardiovascular, imunológica e respiratória, digestiva, metabólica e endócrina, geniturinário, reprodutora, neuro-músculo-esqueléticas, pele e estruturas relacionadas.

No Brasil, a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência entende como deficiência o que está na CIDID/1989. Para efeito das políticas públicas, estabelece a classificação das deficiências físicas em quatro tipos: visuais, auditivas, deficiências físicas/motoras e deficiências múltiplas[23].

Nesse documento, deficiências físicas/motoras são alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo e membros com deformidade congênita ou adquirida, excetuando-se as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções[23].

As pessoas com deficiência motora exibem uma variedade de condições neurossensoriais que afetam sua mobilidade, coordenação motora geral ou da fala, decorrentes de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de malformação congênita ou adquirida[2].

O Censo Demográfico Brasileiro de 2000 listou como pessoas com deficiência não somente aquelas consideradas incapazes, aí incluindo aquelas que possuíam alguma ou grande dificuldade de enxergar, ouvir ou de se locomover. Socorrendo-se desses critérios, foi possível identificar as pessoas com a percepção da capacidade diminuída - Pessoas Perceptoras de Incapacidades (PPI) - que possuem alguma limitação funcional e aquelas que possuem limitações mais severas - Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD)[24].

Essas classificações contribuem para diferenciar as pessoas que apresentam deficiências daquelas com restrição da capacidade funcional, em decorrência de doenças crônico-degenerativas[25].

1.3 Dados populacionais da deficiência

Levantamento realizado, em 1969, pela Rehabilition International - rede mundial sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência - constatava que uma em cada dez pessoas possuía algum tipo de deficiência, isto é, 10% da população mundial. Deste total, 5% são de deficiência mental e 2% correspondem à deficiência física. Assim se inteira o quadro: 1,5% de deficiência auditiva, 1% com deficiências múltiplas e 0,5% com deficiência visual[2,17].

Em 1980, a OMS apresenta uma estimativa de que 500 milhões de pessoas possuíam algum tipo de deficiência, distribuídos nos vários países no mundo[16].

Esses números evidenciam o enorme tamanho do problema em escala mundial e o impacto na sociedade em seu todo, particularmente ao reconhecer que muitas destas pessoas vivem em condições inadequadas, com presença de

barreiras físicas e sociais, que comprometem sua integração à plena participação na comunidade[26].

A proporção de pessoas deficientes em países não desenvolvidos é estimada em, aproximadamente, 20% da população total[26].

No Brasil, o Censo Demográfico de 1991 indicou um percentual de 1,14% de pessoas com deficiência, sendo a maioria 55,65% de mulheres. Foram postas em análise, nesse levantamento, as pessoas que apresentaram maior grau de deficiência, isto é, indivíduos com sequelas físicas irreversíveis[27].

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de “Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem”, levados a efeito em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999, por meio de entrevistas domiciliares. Como resultado, em relação à população geral dessas cidades, as pessoas com deficiência correspondiam a: 2,8% em Brasília/DF; 4,0% em Taguatinga/DF; 4,3% em Canoas/RS; 4,8% em Campo Grande/MS; 5,0% em Santo André/SP; 5,9% em São José dos Campos/SP; 6,1% em Santos/SP; 6,1% em Silva Jardim/RJ; 6,9% em Maceió/AL; 7,5% em Niterói/RJ e 9,6% em Feira de Santana/BA. A incapacidade motora emergiu como a mais prevalente entre os casos de deficiência, seguida da deficiência mental[28].

É importante ressaltar que, em se tratando de cidades com perfis populacionais distintos e com características socioeconômicas diferentes, a generalização dos resultados dessa pesquisa para o Brasil é desaconselhável. Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, o que pode ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Em 2000, o novo Censo Demográfico revela que 24,5 milhões de brasileiros são pessoas com deficiência, o que totaliza 14,5% da população geral, percentual bastante superior ao encontrado no levantamento anterior. Esta discrepância pode estar relacionada à metodologia da pesquisa e definição sobre deficiência, uma vez que este último Censo incorporou as recomendações da OMS, ao considerar deficientes aqueles com “alguma ou grande dificuldade de andar, ouvir ou enxergar”[29].

Condizente com o número de habitantes, os dados do Censo 2000 nos oferecem estas informações: deficiência visual, 16.644.842; deficiência mental, 2.844.936; deficiência auditiva, 5.735.099 e 9.355.844 pessoas com deficiências físicas/motoras: deficiência motora, 7.939.784 e deficiência física, 1.416.060 no Brasil[29].

CAPITULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS: DIRETRIZES E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No entender do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, reabilitação:

> [...] é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais (p.51)[2].

Os serviços de reabilitação eclodem após a Primeira Guerra Mundial, com a preocupação de garantir o acesso da pessoa com deficiência ao mercado de trabalho, além de proporcionar suas necessidades assistenciais[30].

O ano de 1981 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas como "International Year of Disabled Persons" - Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Em 1982, é aprovado na Assembléia-Geral o "Word Programme of Action Concerning Disabled Persons" - Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência.

Esse programa estimulou "promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento"[16].

Ainda nesta Assembleia, a ONU proclama a "United Nations Decade of Disabled Persons" - Década das Nações Unidas para as Pessoas com Deficiência. O decênio compreende os anos de 1983 a 1992 e se destina à execução do Programa de Ação Mundial.

Nesse período, no mundo, as pessoas deficientes começaram a se unir em organizações de defesa de seus próprios direitos, para exercerem influência sobre as instâncias governamentais e demais setores da sociedade[16].

A OMS como órgão da ONU, tem desempenhado papel fundamental na formulação de diretrizes para as políticas públicas às pessoas deficientes, mediante incentivos para pesquisa e produção de documentos técnicos, instrumentos utilizados no mundo para organizar serviços, estabelecer nomenclaturas e apoiar as causas relacionadas aos direitos dos deficientes, contribuindo para a inclusão destes na sociedade, valorizando suas potencialidades[31,32,33].

No Brasil, a assistência ao deficiente é organizada, fundamentalmente, a partir de 1960, na maioria das vezes por instituições filantrópicas[34].

A assistência à pessoa com deficiência no Brasil é frágil, desarticulada e descontínua. A maioria dos serviços é centralizada, isto é, não abriga uma concepção de rede assistencial[34].

> No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvido em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista sem ouvir os próprios reabilitando, conduzidos à margem do Estado (p.44)[35].

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a política de atenção ao deficiente acoberta novos contornos no Brasil. A pessoa deficiente é

portadora de direitos, e o Estado brasileiro tem o dever de formular políticas voltadas às diversas áreas da atenção ao deficiente[36].

Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição Federal de 1988 determina que "[...] é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidarem da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências"(p.5)[36].

A Lei Federal n. 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência e sobre a sua integração social, atribui ao setor saúde promover ações preventivas; criar uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; garantir o acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados para fomentar a criação de programas de saúde voltados para a pessoa deficiente, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2.º, Inciso II)[37].

Essa lei adota os conceitos estabelecidos pela OMS. Nesse viés, considera:

> [...] pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (p.9)[2].

O Ministério da Saúde estabeleceu pela Portaria n. 827/1991, o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, albergando os seguintes objetivos: promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS.

Nessa perspectiva, editou um conjunto de Portarias[1], entre elas, a inclusão dos procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS e a concessão de órteses e próteses[38].

Das portarias voltadas à atenção da pessoa com deficiência física, a de n. 818/2001 merece destaque pela importância que representou na organização da rede assistencial de reabilitação física no Brasil.

No caso vigente, estabelece mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada à pessoa com deficiência física, fornecendo mecanismos técnicos para a implantação de serviços especializados. Além de determinar às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas redes de assistência à pessoa com deficiência física, classifica, em níveis, os serviços de reabilitação física[38]:

a) Nível I – dispõe de equipamentos básicos para reabilitação, que devem estar articulados com as equipes da Estratégia de Saúde da Família. A composição de seus recursos humanos é de fisioterapeuta, assistente social (não exclusivo do serviço, porém vinculado ao serviço de reabilitação), profissional de nível médio e/ou técnico necessário ao desenvolvimento das ações de reabilitação e médico de referência (não exclusivo). Esses serviços estão subordinados tecnicamente a um Serviço de Reabilitação

[1]Nesse conjunto estão: Portaria n. 204/91 que insere no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS – o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; Portaria n. 303/92 que inclui no Sistama de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS - procedimentos de reabilitação; Portaria n. 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; Portaria n. 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH/SUS; Portaria n. 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; Portaria n. 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o portador de deficiência no SUS; Portaria n. 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; Portaria n. 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando à reabilitação e à inserção social.

Física – Nível II (Intermediário) ou, excepcionalmente, a um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação.

b) Nível II (ou nível intermediário) - caracteriza-se como serviço de média complexidade, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo, fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional e um técnico de nível médio para o desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais e/ou em grupo, acompanhamento médico e funcional e orientação familiar.

c) Nível III (serviço de referência em medicina física e reabilitação) – dispõem de serviços especializados para o diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas com deficiências física, motora e sensorial. Caracteriza-se como serviço de maior nível de complexidade, com equipe multiprofissional especializada para o atendimento de pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação física (motor e sensório-motor), constituindo-se na referência de alta complexidade da rede estadual ou regional.

d) Nível IV, (leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado) - destina-se à realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos necessários para as ações de reabilitação.

A organização da prestação de serviços assistenciais em reabilitação física requer ações integrais, respeitando-se as diferentes necessidades das pessoas com deficiência. Isto implica num complexo aparato técnico e de equipamentos que dêem suporte ao atendimento.

Há uma carência de serviços de reabilitação física no Brasil. A demanda por esses serviços é significativamente maior que a oferta, sendo, portanto, necessário o aumento da rede de atendimentos, construção de Centros de Reabilitação e adequação dos serviços de saúde do SUS às práticas de reabilitação física.

Há no Brasil centros de excelência em reabilitação física, equiparáveis aos existentes em países desenvolvidos. Entre esses centros, destacam-se a Rede Sarah Kubitschek e a Associação de Assistência à Criança Deficiente.

O Centro de Reabilitação Física deve ser parte de uma rede assistencial em saúde entendida como a interligação de serviços que realizam a mesma atividade assistencial de atenção, conjugada a um sistema de comunicação, que permite acompanhar, avaliar e reorganizar os serviços e ações. Realiza uma assistência contínua a determinada população, em tempo certo, lugar certo, qualidade certa, com custos alocados pelas mesmas fontes de recursos e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população[39].

Esta interligação resulta numa atenção organizada, que produz resposta às necessidades de saúde de determinada população, gestão organizada em cada esfera de governo, planejada em um sistema de referência e contrarreferência, apoiada por um sistema de informação[40].

Um sistema de referência corresponde aos mecanismos de transferência de pacientes entre unidades de saúde da mesma rede assistencial, passando o usuário do nível de menor atenção para um serviço de complexidade maior. O sentido da contrarreferência é o retorno desse usuário ao serviço de origem[40].

Para se estabelecer uma rede assistencial de serviços de saúde, deve-se conceber um modelo assistencial de atendimento; avaliar os aspectos físicos e funcionais de cada unidade; organizar o sistema de informações; estabelecer os critérios da referência e contrarreferência; identificar a quantidade de recursos financeiros e a fonte mantenedora do recurso[40].

Um modelo assistencial é a elaboração de um sistema esquemático e teórico que possibilita a compreensão de uma população – perfil demográfico e epidemiológico definidos[41].

A quantidade das ações de saúde oferecidas pela unidade assistencial é determinada pelo nível de assistência que ela possui para oferecer à população, estabelecido por normas quanto à disponibilidade de recursos humanos, recursos físicos (infra-estrutura e equipamentos) e serviços de cobertura assistencial[41].

A cobertura assistencial de uma rede de serviços em saúde é o resultado sistemático das ações executadas que satisfaçam às necessidades da população, proporcionadas de forma contínua, realizadas em local acessível, que garantam o acesso a diferentes níveis de atenção do sistema de saúde[40].

A avaliação e o acompanhamento da rede de assistência são realizados por meio do sistema de informação, como também pela supervisão *in loc*o, a fim de averiguar as condições de estrutura física e técnica das unidades[40].

CAPITULO III

PANORAMA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA E A REDE DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL

Mato Grosso (MT) possui uma área territorial de 903.357.908 km², representando 56,23% da região Centro-Oeste e 10,61% do território brasileiro[42].

A população do Estado, segundo estimativas do IBGE para 2007, era de 2.854.642 habitantes, com densidade demográfica de 2,77 habitantes por km². Para o mesmo ano, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0, 773[42].

O Estado possui 141 municípios. No que toca à saúde, estão agrupados em cinco Macrorregiões e de 16 microrregionais.

A economia do Estado encontra-se em crescimento, com taxa superior, proporcionalmente, a do Brasil. A agropecuária é a principal atividade, com destaque para a produção de arroz, feijão, soja, milho, bem como para a criação de bovinos, suínos e aves. O extrativismo mineral e o vegetal também são fonte de renda para o Estado[42].

O Censo de 2000 constatou em Mato Grosso uma população de 341.494 indivíduos com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 13,5% da população do Estado[43].

A característica dessa população: 172.864 homens e 168.630 mulheres. Desse total, 20.801 são pessoas com deficiência física (6%), sendo 13.824 homens e 6.977 mulheres. Merece destaque, nesse levantamento, que, do total das pessoas com deficiência, encontramos 87.802 indivíduos que apresentaram incapacidade,

das quais 25,7% com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou de subir escadas[43].

Na cidade de Cuiabá, em 2001, foi realizada uma pesquisa por inquérito domiciliar, na qual se estudou o perfil das pessoas com deficiência[44].

De uma amostra de 1.099 domicílios tabulados, abrangendo 4.290 pessoas, constatou-se que 9,8% apresentavam pelo menos um tipo de deficiência, com uma distribuição de 50,8% de sexo masculino e 49,2% de sexo feminino. Em relação à faixa etária, tivemos 44,2% entre 50 a 70 anos, 35,6% de 20 a 49 anos e 20,2% na faixa etária mais jovem. Desse total de pessoas, verificou-se um baixo nível de escolaridade, isto é 77,2% variavam de analfabetos aos que sequenciavam o primeiro grau[44].

Os dados desta pesquisa apontaram acúmulo de mais de um tipo de deficiência por pessoa validada. A deficiência ligada à saúde mental, com 45,6%. A deficiência visual, com 38,4%. A terceira mais significativa encontra a deficiência musculoesquelética, com 32,4%, relacionada com lesões mecânicas e motoras[44].

3.1 A Rede Assistencial em Reabilitação Física em Mato Grosso

No Estado de Mato Grosso, até as últimas décadas do século passado, as deficiências eram objeto da área de prevenção dos agravos, constituindo as doenças geradoras de incapacidades funcionais. Não havia, efetivamente, atendimento voltado para o deficiente nos serviços públicos de saúde.

O atendimento ao deficiente, até então, era prestado basicamente pelas sociedades filantrópicas, com enfoque maior para crianças, centrado nas deficiências mentais[45].

Em 1975, foi criada a Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa (FCRDAC), autarquia ligada à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), sendo regulamentada pela Lei Estadual n. 4.276, de 22 de dezembro de 1980[4].

Com o advento do Sistema Único de Saúde, a FCRDAC foi extinta como órgão da administração indireta da SES/MT e transformada como unidade de saúde da rede assistencial de reabilitação física, denominada, a partir desse momento, Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC)[2], de acordo com a Lei Estadual Complementar n. 182, de 13 de junho de 2004[4].

O CRIDAC assumiu o papel de executar e gerenciar os serviços de reabilitação no Estado, com a seguinte missão: “Desenvolver ações de prevenção, tratamento e reabilitação aos usuários, de forma integral, sendo referência estadual, por meio de um trabalho transdisciplinar efetivo, mediante parcerias, pesquisas, informações e divulgação, assegurando controle e convívio social”[4,5].

A SES/MT, ao longo desse período, ampliou os serviços de assistência ao usuário do SUS na área de reabilitação física, com a implantação de Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDRs) nas diversas regiões do Estado[3].

O CRIDAC tem a responsabilidade pelas políticas públicas na área da reabilitação física, executando e fomentando ações visando à atenção ao deficiente físico no Estado, apoiando e incentivando a regionalização e descentralização dos serviços de reabilitação física[5].

[2]Francisco de Aquino Corrêa, conhecido como Dom Aquino Corrêa, nasceu em Cuiabá, aos dois de abril de 1885. Cursou Filosofia e Teologia em Roma, na Universidade Gregoriana, doutorando-se em ambas e foi eleito para a Academia Brasileira de Letras por suas obras de alto valor literário. Em 1909, foi ordenado sacerdote. Em 1915, aos 29 anos, é nomeado Bispo Auxiliar (o mais novo do mundo). Tinha vocação política: aos 32 anos assumiu a Presidência do Estado de Mato Grosso (1918-1922). De 1922 a 1956 administrou a Arquidiocese de Cuiabá, quando faleceu[46].

Devido a essa organização técnico-política, o Estado de Mato Grosso é pioneiro e referência na área da assistência ao deficiente físico no Brasil.

As Unidades Descentralizadas de Reabilitação se estruturam em conformidade com a Portaria 818/2001 do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de desenvolver o processo de descentralização dos serviços, a SES/MT, em 2001, por meio da Portaria n. 059, cria o incentivo financeiro às microrregiões de saúde para custeio das UDRs, mediante o sistema de transferência voluntária fundo a fundo, efetuada de acordo com o nível de hierarquia de cada unidade, classificada conforme a Portaria n. 818/2001/MS, em nível I, II, III e IV.

A partir da criação do CRIDAC, o processo de regionalização das ações em reabilitação física é normalizado por seu Regimento Interno[47].

A rede assistencial em reabilitação física no Estado de Mato Grosso, ao final de 2007, era composta por 100 serviços de reabilitação; 81 UDRs de nível I; 18 UDRs de nível II e um serviço de referência estadual, o próprio CRIDAC, de nível III. A rede possui um hospital de referência nível IV em Cuiabá, estando presente em 95 cidades, abrangendo 67% do território mato-grossense.

Hoje, ao final do ano de 2009, a rede assistencial de reabilitação física no Estado de Mato Grosso tem 110 serviços de reabilitação física, em 105 cidades, sendo 91 UDRs de nível I e 18 de nível II[3]. Dessa forma, o Estado tem 74% de seus municípios cobertos pela rede assistencial em reabilitação física.

3.2 As regiões de saúde no Estado de Mato Grosso

[3]Duas são credenciadas no Ministério da Saúde (MS) as outras dezesseis recebem o incentivo estadual.

A Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001, Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), regulamenta a regionalização, apoiada no Plano Diretor Regional dos Estados[48].

A SES/MT se estrutura com base nas dezesseis microrregiões de saúde, conforme Decreto Estadual n. 7.442, de 12 de abril de 2006, sendo estas agrupadas em cinco Macrorregiões de Saúde, a saber[42]:

1- Macrorregião Norte Mato-Grossense

a) Microrregião Alto Tapajós

b) Microrregião Teles Pires

c) Microrregião Vale do Peixoto

d) Microrregião Norte Mato-Grossense

2 - Macrorregião Leste Mato-Grossense (Araguaia)

a) Microrregião Garças Araguaia

b) Microrregião do Araguaia

c Microrregião Baixo-Araguaia

d) Microrregião Médio-Araguaia

3 - Macrorregião Oeste Mato-Grossense

a) Microrregião de Cáceres

b) Microrregião de Pontes e Lacerda

4 - Macrorregião Sul Mato-Grossense

a) Microrregião Sul Mato-Grossense

5 - Macrorregião Centro-Norte Mato-Grossense (Cuiabana)

a) Microrregião Baixada Cuiabana

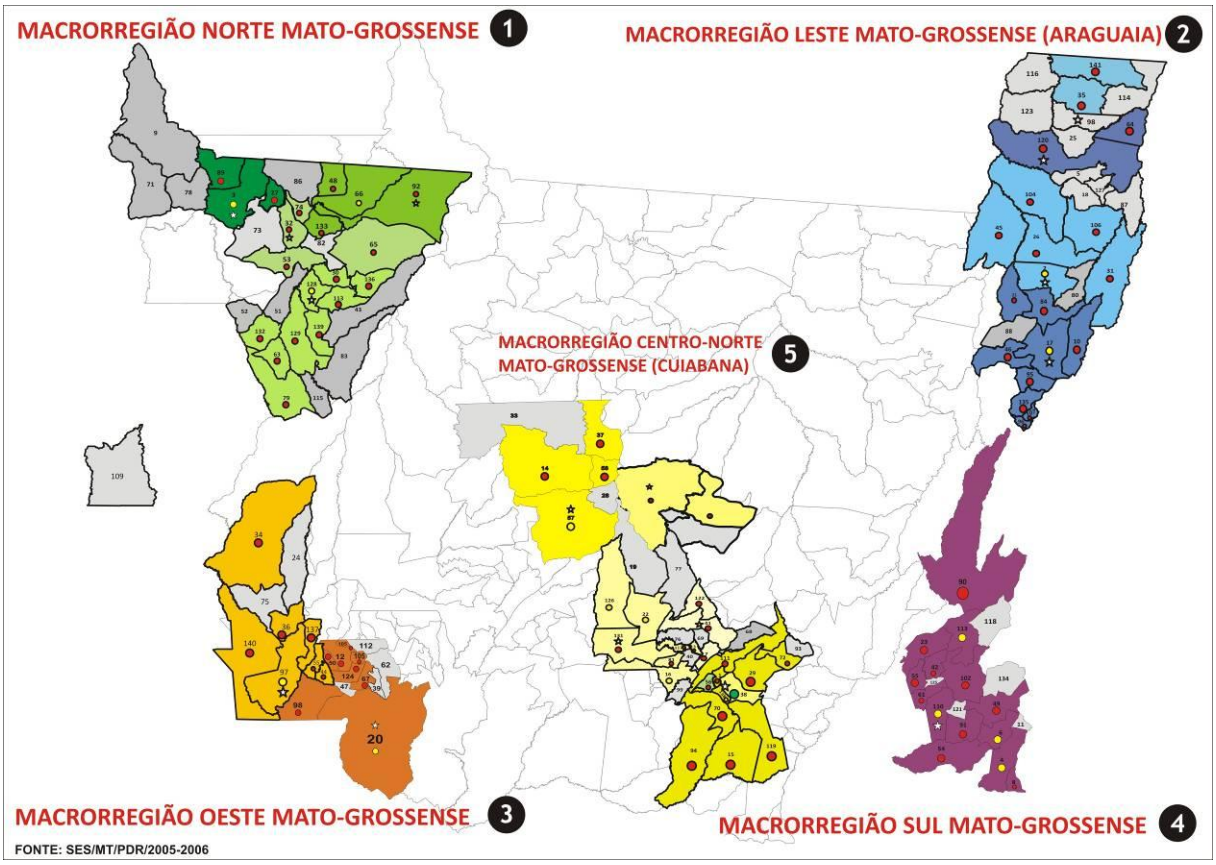
b) Microrregião Centro-Norte

c) Microrregião Médio-Norte

d) Microrregião Noroeste Mato-Grossense

e) Microrregião Vale do Arinos

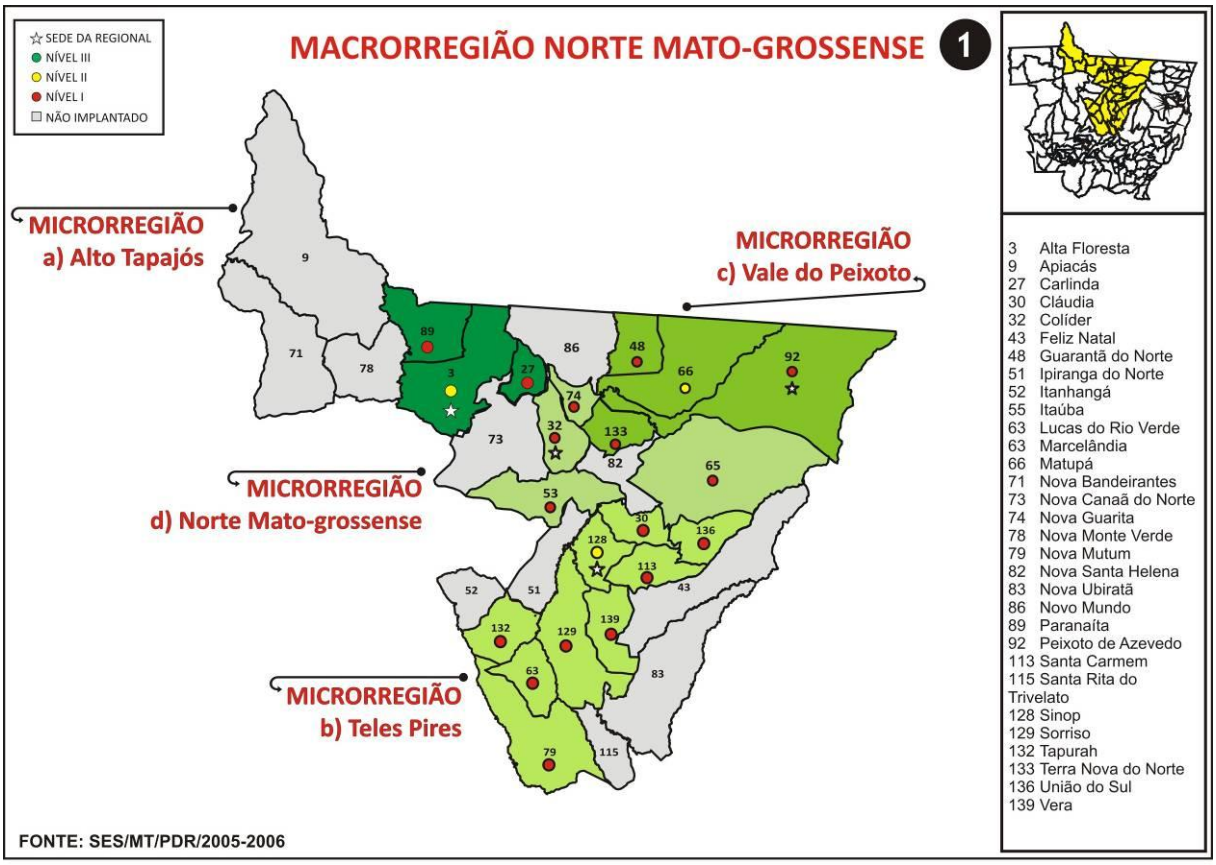
Figura 1 - Mapa das Cinco Macrorregiões de Saúde de Mato Grosso, divisão realizada pelo PDR/MT/2005-2006.



3.3 Perfil sociodemográfico e a rede de reabilitação física das Macrorregiões do Estado de Mato Grosso.

3.3.1 Macrorregião Norte Mato-Grossense

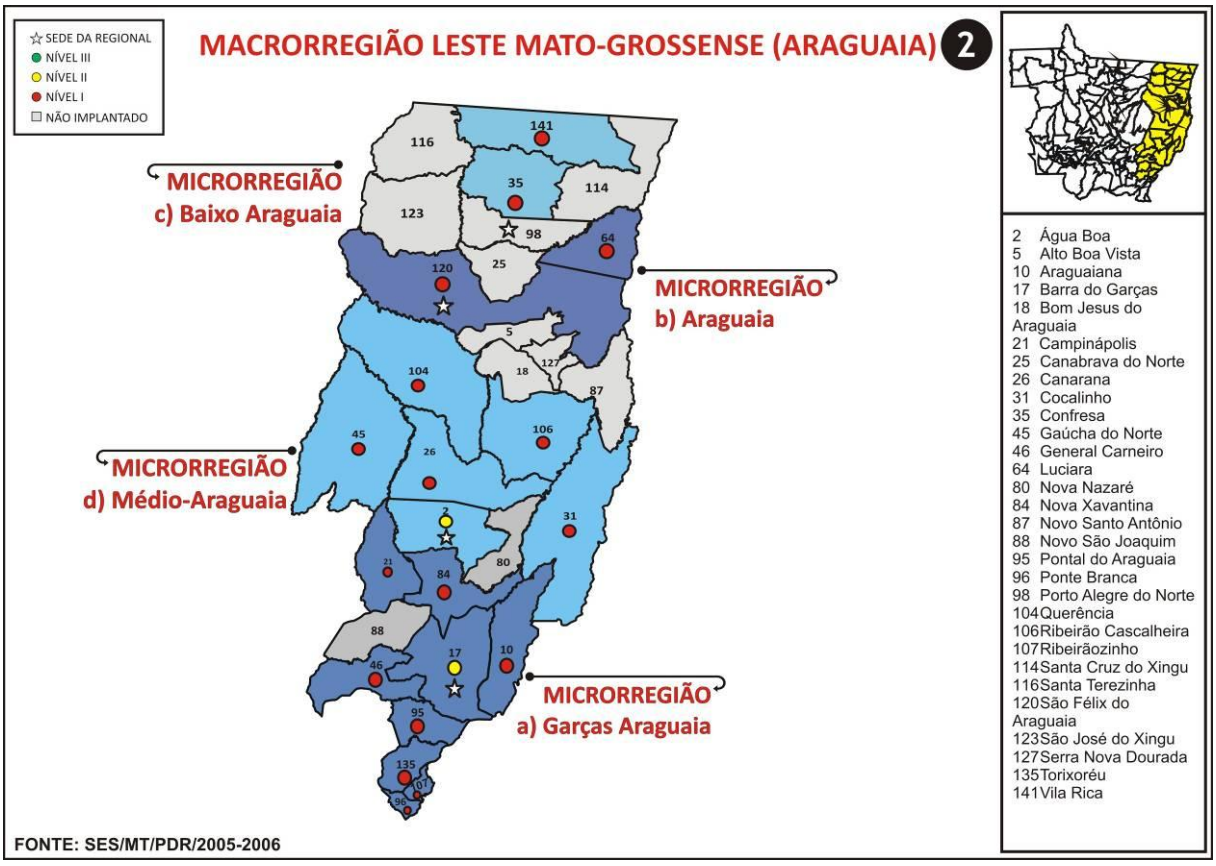
Figura 2 - Mapa da Macrorregião Norte Mato-Grossense



A Macrorregião Norte apresenta uma economia baseada em atividades de pecuária, agricultura e extração vegetal. Sua área territorial é de 196.028.666 Km² (21,7%), com uma população de 490.543 habitantes (17,8% da população do Estado). Possui quatro microrregiões de saúde, com 31 municípios (22% do total do Estado), registrando que 20 dessas cidades têm UDR (64,5%). É contemplada com três UDRs de nível II e 17 de nível I, correspondendo 20% do total de cobertura assistencial de UDRs do Estado de Mato Grosso, implantadas até 2007[42,45,47].

3.3.2 Macrorregião Leste Mato-Grossense (Araguaia)

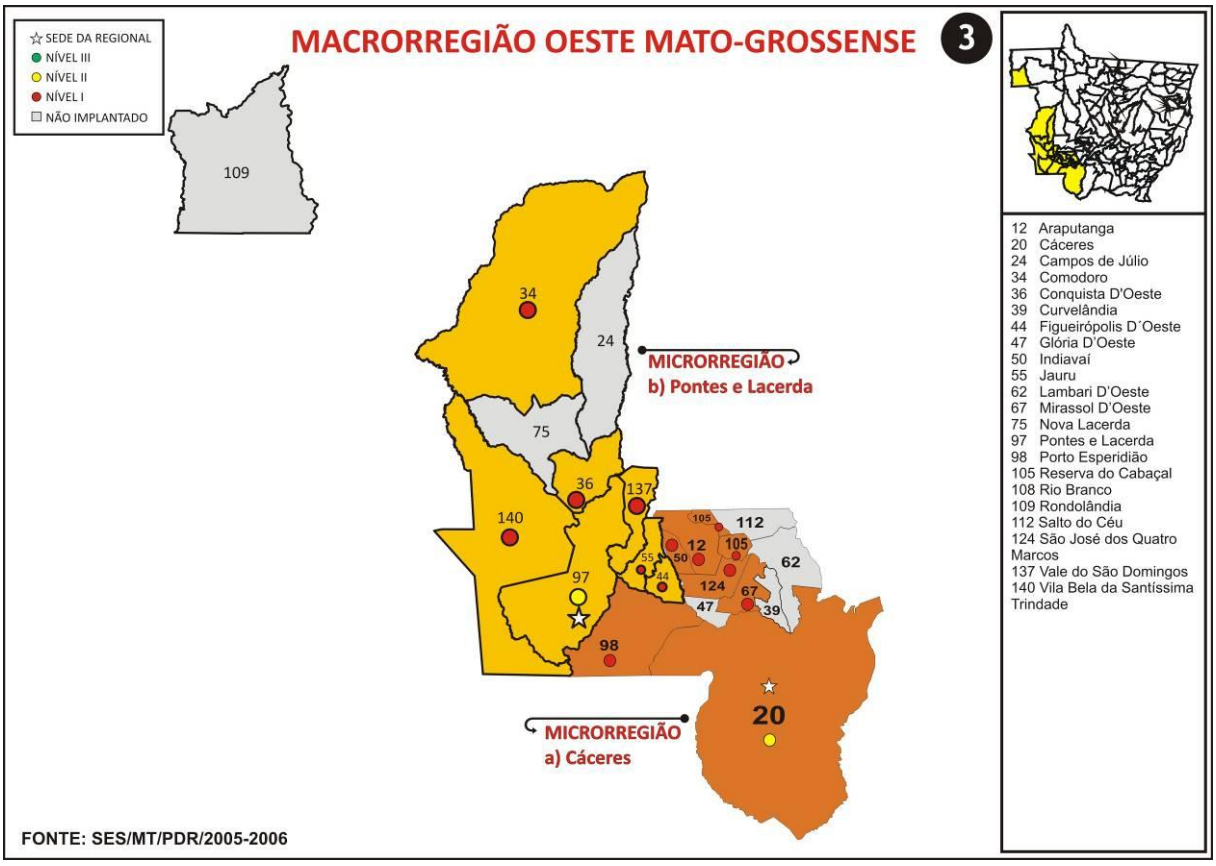
Figura 3 - Mapa da Macrorregião Leste Mato-Grossense (Araguaia).



A Macrorregião Leste (Araguaia) revela uma economia alicerçada em atividades de pecuária, agricultura e extração vegetal. Sua área territorial é de 198.738.740 Km² (22% do território estadual), com uma população de 273.627 habitantes (10% do total da população do Estado). Possui quatro microrregiões de saúde, com 30 municípios (21,3% do total de municípios do Estado). Encampa 19 UDRs, duas de nível II e 17 de nível I. Nota-se que a cobertura assistencial de UDRs atende a 63,3% da região, o que corresponde à 19% do total de cobertura assistencial de UDRs do Estado, implantadas até 2007[42,45,47].

3.3.3 Macrorregião Oeste Mato-Grossense

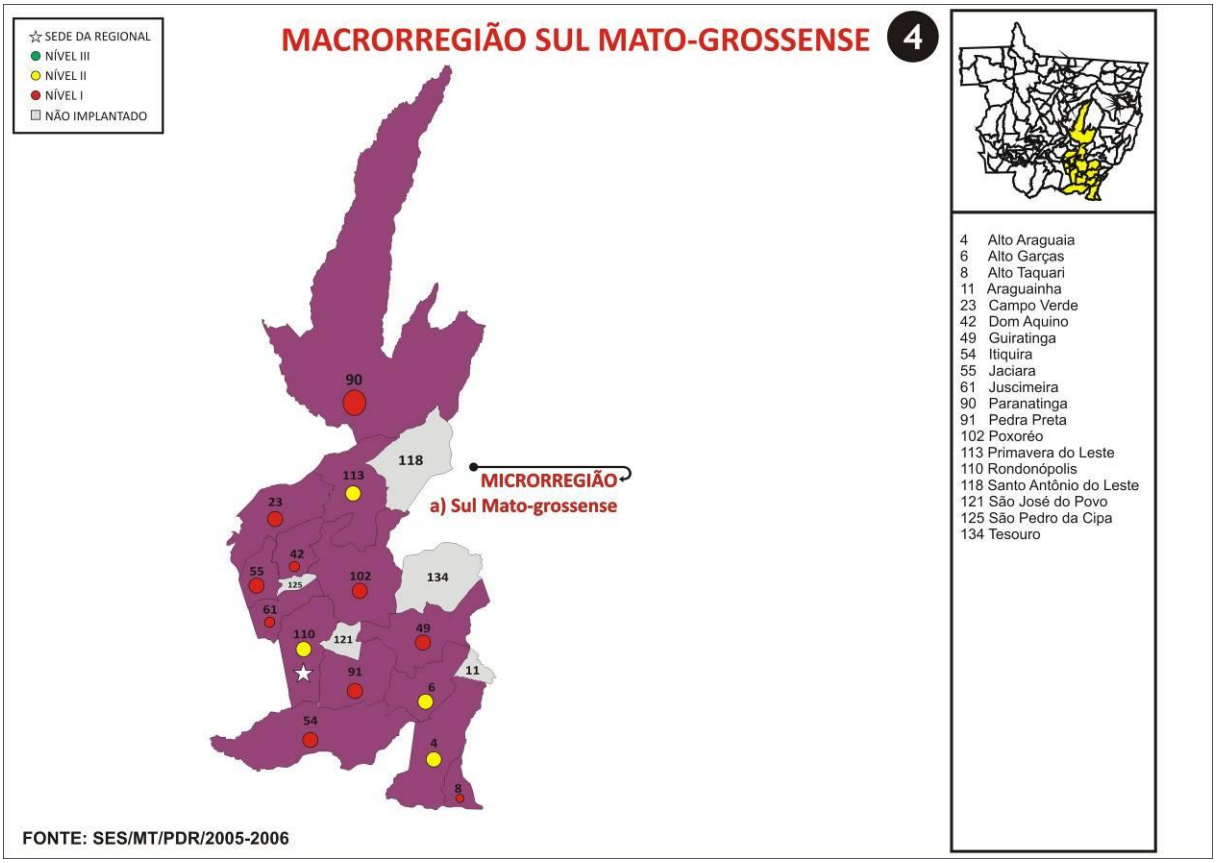
Figura 4 - Mapa da Macrorregião Oeste Mato-Grossense.



A Macrorregião Oeste Mato-Grossense desfila uma economia assentada em atividades de pecuária, agricultura e extração vegetal. Sua área territorial é de 114.726.454 Km² (12,7% do Estado), com uma população de 285.691 habitantes (10,4%). É composta por duas microrregiões, sendo 22 municípios (15,6% do total de municípios do Estado), com 15 UDRs, duas de nível II e 13 de nível I, representando 68,2% de cobertura assistencial da região e 15% de UDRs implantadas no Estado até 2007[42,45,47].

3.3.4 Macrorregião Sul Mato-Grossense

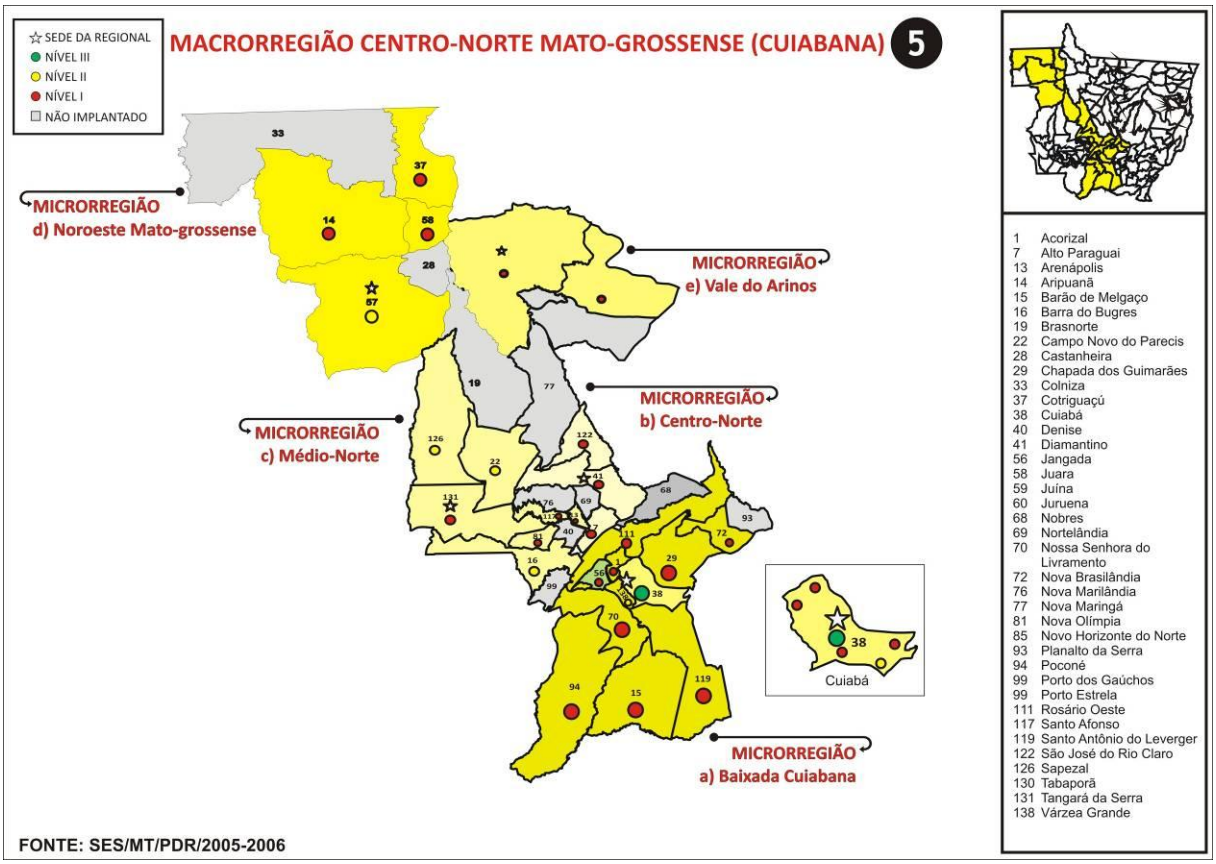
Figura 5 - Mapa da Macrorregião Sul Mato-Grossense.



A Macrorregião Sul Mato-Grossense tem sua economia ancorada em atividades de pecuária, agricultura e extração vegetal. Sua área territorial é de 89.432.433 Km² (9,9% do Estado), com uma população de 385.928 habitantes (14%). Possui uma microrregião com 19 municípios (14,2% do total de municípios de MT). Possui 14 UDRs, cobrindo 73,6% do território desta Macrorregião, sendo 10 UDRs de nível I e quatro de nível II, representando 14% de cobertura assistencial implantadas no Estado até 2007[42,45,47].

3.3.5 Macrorregião Centro-Norte Mato-Grossense (Cuiabana)

Figura 6 - Mapa da Macrorregião Centro-Norte Mato-Grossense (Cuiabana).



A Macrorregião Centro-Norte (Cuiabana) apresenta uma economia fundada em atividades de pecuária, extração vegetal, agropecuária e comércio. Sua área territorial é de 304.431.615 Km² (33,7% do território mato-grossense), com uma população de 1.313.356 habitantes (47,8% da população residente no Estado). É composta por cinco microrregiões, com 39 municípios (27,6% do total de 141 municípios).

Apresenta em sua cobertura assistencial 32 UDRs, sendo 07 unidades de nível II; 24 UDRs de nível I; o CRIDAC (nível III) e um serviço de nível IV[4], representando 32% de cobertura assistencial implantada no Estado até 2007[42,45,47].

Cuiabá faz parte dessa Macrorregião. Por ser capital do Estado, ela apresenta características sociodemográficas e assistenciais diferenciadas dos demais municípios. Em 2007, Cuiabá tinha uma população estimada em 534.479 habitantes (19,4% da população do Estado). É um importante pólo industrial, com uma economia de mercado diversificada. Há na cidade uma concentração de serviços especializados em diferentes níveis de complexidade assistenciais[42].

A rede de reabilitação física municipal em Cuiabá é composta por: quatro UDRs de nível I e uma UDR de nível II. A capital é sede de um serviço de reabilitação física de nível III de referência estadual, o CRIDAC e um serviço de referência estadual de nível IV[42,45,47].

Dessa forma, a Macrorregião Centro-Norte (Cuiabana) possui 27 municípios com serviços de reabilitação física, fazendo a cobertura assistencial de 69,2% dos municípios da Macrorregião.

Os capítulos que se seguem apresentaram os objetivos, a metodologia, o artigo com os resultados e a discussão, por fim, as considerações finais resultantes de todo esse processo de pesquisa.

[4]O serviço de nível IV realiza somente procedimentos de alta complexidade (cirurgias) na clientela referenciada dos serviços de reabilitação física no Estado de Mato Grosso.

CAPITULO IV

OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta pesquisa ganhou sentido e fundamentação a partir da revisão bibliográfica apresentada nos capítulos anteriores, explicando os objetivos abaixo descritos.

4.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil dos usuários da rede assistencial em reabilitação física do Sistema Único de Saúde, no Estado de Mato Grosso, Brasil, no período de 2003 a 2007.

4.2 Objetivos específicos

a) Identificar a distribuição dos usuários atendidos na rede assistencial de reabilitação física, nas cinco Macrorregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.
b) Traçar o perfil demográfico dos usuários atendidos na rede assistencial de reabilitação física, nas cinco Macrorregiões de Saúde no Estado de Mato Grosso.
c) Analisar as características da deficiência física dos usuários da rede assistencial de reabilitação física, nas cinco Macrorregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso.

CAPITULO V

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo e exploratório que visa reconhecer o perfil dos usuários da rede assistencial de reabilitação física do Estado de Mato Grosso, no período 2003 a 2007.

Trata-se de população composta por indivíduos com deficiências físicas adquiridas, permanentes e transitórias, atendidos na rede de saúde do SUS, no Estado de Mato Grosso, Brasil.

A descrição desses usuários será referenciada nas cinco Macrorregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, conforme apresentado em passo anterior.

5.1 Fonte de dados e variáveis selecionadas

Estudo baseado em dados secundários fornecidos pelo sistema de informação do CRIDAC, que contém os registros de atendimento da rede assistencial em reabilitação física da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, no período de 2003 a 2007, emitidos em relatórios de produção das UDRs.

As informações contidas nesse sistema estão assentadas na Portaria n. 818/2001 do Ministério da Saúde, que apresenta o modelo do ”Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física”. Trata-se de relatório consolidado preenchido por todos os serviços de reabilitação física ligados ao Ministério da Saúde, com informações técnicas e assistenciais (anexo 1).

Ele é composto de duas partes: (1) Identificação do serviço e (2) Atendimentos realizados.

Foram utilizadas, neste trabalho, as variáveis do “Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física Modificado/CRIDAC”, que inclui, na parte de "atendimentos realizados”, os campos:

a) “Total de atendimentos realizados em regime ambulatorial por turno”;
b) “Número de pacientes/atendimentos por área de atuação”’;
c) “Número de atendimentos/atividades externas à instituição”;
d) “Número de pacientes com sequelas de acidentes de trabalho”;
e) “Número de avaliações realizadas por diagnóstico (código/doença)”, não previstos no anexo III da Portaria 818/2001 do Ministério da Saúde, mas considerados necessários para o planejamento das ações da rede assistencial de reabilitação física em Mato Grosso (anexo 2).

Além desse material, outros foram analisados: documentos oficiais tanto do Ministério da Saúde, como do Governo do Estado de Mato Grosso. Foram utilizadas como referências populacionais as estimativas do IBGE para os municípios de Mato Grosso, nos anos 2003 a 2007[29].

As variáveis selecionadas do “Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física Modificado/CRIDAC” foram:

Da 1ª parte, utilizamos os itens relacionados com a identificação dos serviços:

a) Municípios (localização na Macrorregião do município no Estado).

b) Classificação dos serviços (identifica o nível da UDR; se nível I, II ou III).

Da 2ª parte, utilizamos os itens relacionados com os atendimentos realizados:

a) Período a que se refere o relatório (para esta variável, recorremos à informação referente ao ano do relatório).
b) Total de pacientes atendidos em regime ambulatorial por turno (não discrimina as UDRs que informam um ou dois turnos).
c) Total de atendimentos (procedimentos) realizados em regime ambulatorial por turno (para o objetivo deste trabalho, não serão discriminados as UDRs que informam um ou dois turnos).
d) Número de pacientes atendidos, de acordo com a faixa etária.
e) Número de pacientes atendidos, de acordo com o sexo.
f) Número de pacientes atendidos, com a procedência/residência do paciente.
g) Número de pacientes atendidos, de acordo com o grau de instrução (escolaridade).
h) Número de pacientes atendidos, de acordo com a causa de doenças ou causas externas.
i) Número de pacientes atendidos no hospital ou serviço, de acordo com o encaminhamento.

O período de estudo compreendeu os anos de 2003 a 2007, justificado pela implantação do sistema de informação a partir 2003. Para efeito da operacionalização desta pesquisa, concluímos a análise até o ano de 2007.

A coleta se deu no CRIDAC/SES/MT, no setor de processamento de dados, que armazena as informações referentes à rede assistencial, no sistema denominado atualmente de S-ROA - “Sistema - Registro de Ocorrência Ambulatorial”. Esse programa é organizado com base no sistema Microsoft – SQL Server, desenvolvido pela equipe técnica da Coordenadoria de Tecnologia da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (COTINF/SES/MT), em 2006[4].

No período de 2003 a 2005, ocorreu a entrada dos dados no sistema de informação organizada em planilha Excel, sem um sistema operacional próprio. Assim, fez-se necessário fazer a redigitação dos dados 2003/2005, em atendimento ao programa S-ROA.

Foi realizada uma revisão de todas as informações do banco de dados referentes às UDRs para o período desse estudo (2003 a 2007). Em seguida, foram novamente digitados em planilha Excel para certificação e correção de possíveis erros presentes no banco de dados. Como não foram encontrados, pode-se daí inferir a qualidade das informações e sua consistência.

Para identificar a distribuição desse perfil nas diferentes Macrorregiões de Saúde do Estado de Mato Grosso, foi ele acolhido como referência em cada uma dessas regiões.

5.2 O sistema de informação da rede assistencial de reabilitação física no Estado de Mato Grosso

A OMS define Sistema de Informações em Saúde (SIS) como mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações necessárias para planejar, organizar, operar e analisar os serviços de saúde[49].

Considera-se que a transformação de dados em informação exige, além de análise, a divulgação e apresentação de recomendações para que possa produzir uma ação[50].

Informação pode ser entendida como conhecimento obtido a partir da análise dos dados, o que implica interpretação ou descrição do cenário no qual está inserido[51].

Dado é definido, neste contexto, como valor quantitativo referente a fatos ou circunstâncias, que sofreu tratamento estatístico, podendo ser considerado a matéria-prima da produção de informação[51].

O precursor dos sistemas de informação em saúde no Brasil foi o Sistema de Informações em Mortalidade (SIM), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1975, informatizado em 1979. Permite análise epidemiológica das características da mortalidade em âmbito nacional[52].

Hoje, há inúmeros sistemas de informações em saúde no Brasil. Relevem-se estes:

a) SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do SUS
b) SAI/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
c) SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
d) SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

Estados e municípios, por questão de necessidade e acessibilidade, produziram seus próprios sistemas de informação, voltados a atender sua demanda específica de prioridades.

Um dos principais objetivos de um sistema de informação é garantir dados epidemiológicos para que os gestores executem as ações baseados em

informações com qualidade, podendo planejar intervenções e oferecer serviços eficientes.

Conhecer as condições de saúde da população, por meio da avaliação dos dados fornecidos pelo conteúdo do sistema de informação, possibilita observar mudanças do perfil apresentado pela população e informar à sociedade os fatores de risco que ameaçam a saúde, dando suporte para desenvolver e implementar programas específicos de intervenções[51,53].

A rede de reabilitação física do Estado de Mato Grosso está integrada, hoje, por um sistema informatizado, que detém grande quantidade de dados de produção dos serviços, constituindo-se importante fonte de informação sobre seus usuários.

Em 2002, foi implantado na rede o banco de dados para receber as informações enviadas pelas UDRs, consolidados em um relatório mensal e encaminhado Ministério da Saúde.

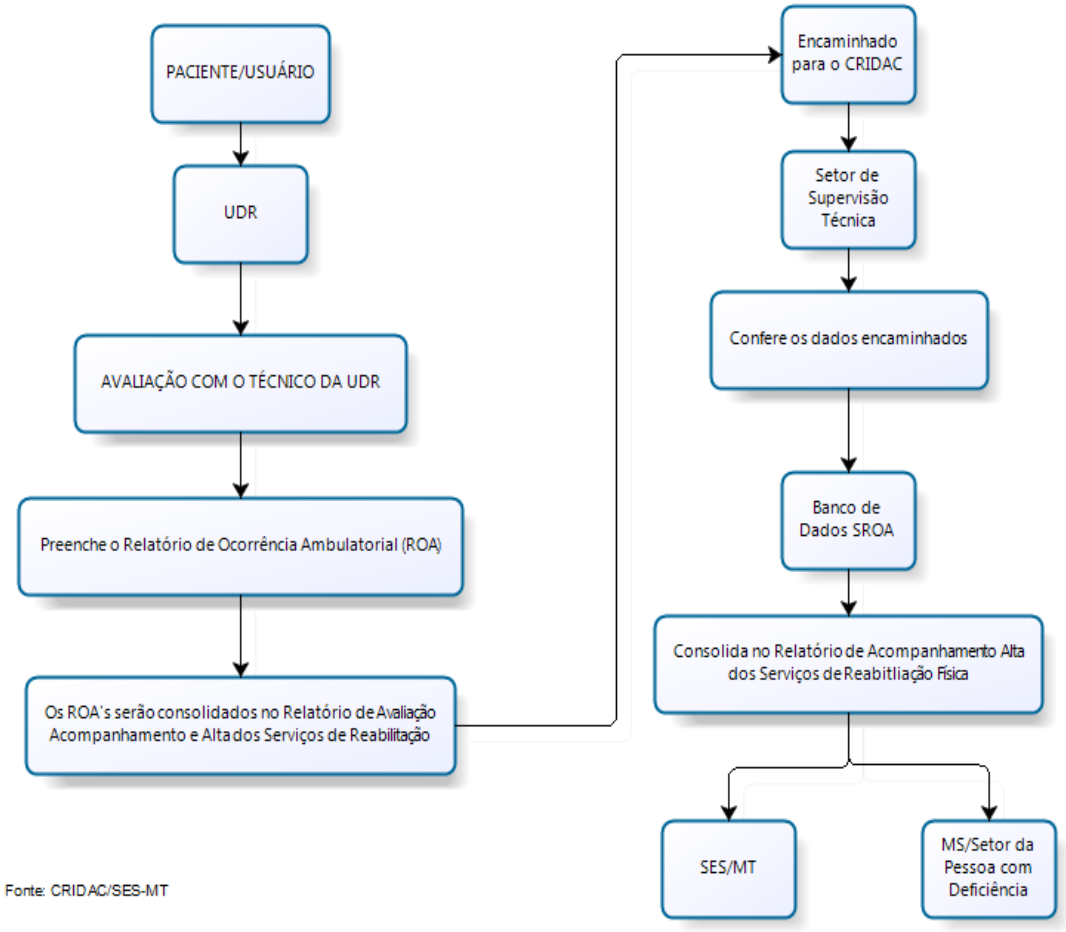
As informações contidas nesse relatório são preenchidas pelos técnicos das UDRs, de acordo com o tipo de atendimento aos usuários das respectivas unidades.

O fluxo das informações da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso tem a seguinte direção (figura 7): o usuário entra na rede por meio de uma das UDRs. Ele é avaliado por um técnico da unidade, que preenche o relatório de ocorrência ambulatorial – ROA- (anexo 3), com as informações obtidas do atendimento. No final de cada mês, os ROAs de todos os usuários são consolidados no ”Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física/Modificado/CRIDAC”. Depois, estes são encaminhados para o setor de Supervisão Técnica do CRIDAC, no qual são revistas as informações contidas. Caso

encontre erros, um membro da equipe técnica deste setor entra em contato com o coordenador da UDR respectiva, para esclarecimento e correção. Após essa revisão, o relatório é encaminhado ao Centro de Processamento de Dados (CPD/CRIDAC) para ser digitado no banco de dados.

A cada ano, o CRIDAC emite um relatório consolidado com as informações da rede, posteriormente encaminhando à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e ao Ministério da Saúde.

Figura 7 - Fluxograma com a representação das etapas que as informações percorrem até o sistema de informações do CRIDAC.



Fonte: CRIDAC/SES-MT

5.3 Análise dos dados

As variáveis selecionadas foram analisadas somente nas unidades “nível I” para cada Macrorregião de Saúde, pois nessas unidades se considera tratamento por “número de pacientes atendimentos por área de atuação” em fisioterapia, evitando, assim, repetição do registro do mesmo paciente em outro tipo de atendimento, como ocorre em unidades mais complexas.

A “cobertura assistencial” é aqui entendida como a existência de UDR por município, em cada Macrorregião. Portanto, ela foi analisada mediante a proporção de municípios com UDRs, em relação aos municípios sem UDRs em cada Macrorregião estudada.

Outra relação verificada são as frequências relativas das variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, procedência, causas de doenças e encaminhamento.

As causas de doenças foram analisadas em dois grupos:

a) Doenças relacionadas à esfera orgânica: crônico-degenerativas, doenças congênitas/neonatais, doenças infecciosas e doenças relacionadas.

b) Causas externas: acidente trabalho, doméstico e trânsito; ferimentos por arma de fogo, ferimento por arma branca, lesões autoprovocadas voluntariamente, afogamentos ou submersão acidental e outras causas externas.

As divisões Macrorregionais foram retiradas do PDR/SES/MT de 2005 - 2006 e na descrição da distribuição dos municípios que compõem as Regionais de Saúde divulgada no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do dia 18 de maio de 2007, páginas 6 e 7.

5.4 Limitações desse estudo

O “Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física Modificado/CRIDAC”, que é preenchido por todas as UDRs e encaminhado ao sistema de informação do CRIDAC, apresenta vieses de estudos que foram detectados em análise prévia.

A informação sobre o item “total de pacientes atendidos em regime ambulatorial por turno” pode abrigar distorções, por força da não diferenciação da duplicidade nos casos de pacientes que estão em mais de um tipo de atendimento, como, por exemplo, a conjunção fisioterapia e psicologia. Isso ocorre, sobretudo, nas unidades de reabilitação que possuem equipe multiprofissional, isto é, nas UDRs de nível II e no próprio CRIDAC.

Em função disso, fizemos às análises correspondentes às variáveis selecionadas utilizando as informações referentes às UDRs de nível I, pois a rede assistencial caracteriza-se, em sua maioria (81%), de unidades nível I. Isto é: possui profissional de reabilitação somente da área técnica da fisioterapia, diferente das demais unidades de nível II e o CRIDAC, que realizam atendimentos com equipe multiprofissional.

Relevante se faz esta ressalva: as UDRs de nível II também realizam atendimento básico em reabilitação física. Portanto, características de demandas de usuários podem ter semelhanças com UDRs de nível I.

Acreditamos que essas questões não prejudicaram os resultados.

5.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto que fundamentou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo segundos as normas previstas na Resolução N. 196 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 4).

CAPITULO VI

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL DO USUÁRIO DA REDE DE REABILITAÇÃO FÍSICA LIGADA AO SUS, NO PERÍODO 2003 A 2007, NO ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL[5].

THE PROFILE OF PATIENTS TREATED IN THE PHYSICAL REHABILITATION NETWORK LINKED OF BRAZIL's NATIONAL HEALTH SYSTEM (SUS) IN THE STATE OF MATO GROSSO IN THE PERIOD BETWEEN 2003 AND 2007.

FRANÇA, Marcos Antonio Moreira de[6]

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo[7]

Título abreviado:

[5] Artigo baseado na dissertação "Perfil do usuário da rede de reabilitação física ligada ao SUS, no período de 2003 a 2007, no Estado de Mato Grosso, Brasil". Mestrado profissional em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Convênio FCMSCSP/Ministério da Saúde/Universidade Federal de Mato Grosso, Março de 2010.

[6] Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Fortunato Hilário de Carvalho nº 65, bairro Cidade Alta – Verdão, Cuiabá-MT, Brasil. CEP: 78030-380. E-mail: marcosfranca.fisio@gmail.com.

[7] Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil.

“Perfil usuário reabilitação física de Mato Grosso...”

Resumo

O artigo apresenta o perfil dos usuários atendidos na rede de reabilitação física do Estado de Mato Grosso no período de 2003 a 2007. Estudo descritivo, baseado nas informações dos atendimentos das 81 unidades de nível I da rede, de acordo com as variáveis sociodemográficas, causas de doenças e origem da demanda. Dos 422.328 pacientes atendidos e 2.110.293 procedimentos, foram encontradas: predominância de mulheres (54,8%); faixa etária entre 20 a 60 anos (57,1%); escolaridade com até o ensino fundamental completo (40,6%) e procedência de 97,9% do mesmo município. As causas de doenças mais encontradas referem-se às crônico-degenerativas (51%) e esses pacientes, em sua maioria, foram encaminhados da rede básica de saúde (37,6%). As informações encontradas são fundamentais para conhecer melhor o usuário dos serviços de reabilitação física, permitindo readequar, planejar e desenvolver ações assistenciais mais apropriadas ao deficiente físico no Sistema Único de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Palavras-chave: 1. Pessoas com deficiência; 2. Fatores socioeconômicos; 3. Reabilitação; 4. Sistema Único de Saúde (SUS); 5. Redes comunitárias.

Summary

This article presents the profile of patients treated in the physical rehabilitation network of the state of Mato Grosso, Brazil in the period between 2003 and 2007. A descriptive study was carried out based on the information from the patients of 81 level I network units in accordance with socio-demographic variables, cause of illness and the origin of the demand.

Of the 422,328 patients treated and the 2,110,293 procedures effected, it was found that the majority were female (54.8%), were aged between 20 and 60 years (57.1%), educated up to primary level (40.6%), came from the same municipality (97.9%). The most frequent cause of illnesses found were chronic-degenerative (51%) and these patients were mostly referred by the basic healthcare network (37.6%). The information found is fundamental in order to better know the users of physical rehabilitation services so as to allow for planning and development of changes to the assistance given to make it more appropriate for the physically handicapped within the Brazil's National Health System (SUS) of the state of Mato Grosso.

Key words: 1. Handicapped people; 2. Socio-economic factors; 3. Rehabilitation; 4. Brazil's National Health System (SUS); 5. Community networks.

Introdução

Há poucas pesquisas na área da deficiência física que estudem o contexto de rede assistencial em reabilitação física, investigando características de seus usuários. A situação da assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda se apresenta com fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas revela-se bastante centralizada, atende a um reduzido número de pessoas deficientes e seus resultados raramente avaliados[1].

A pessoa com deficiência motora exibe uma variedade de condições neurossensoriais que afetam sua mobilidade, coordenação motora geral ou da fala, decorrentes de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de malformação congênita ou adquirida[1].

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que 500 milhões de pessoas possuíssem algum tipo de deficiência, distribuídos nos vários países no mundo[2]. Esses números evidenciam o enorme tamanho do problema em escala mundial e o impacto na sociedade em seu todo, particularmente ao reconhecer que muitas destas pessoas vivem em condições inadequadas, com presença de barreiras físicas e sociais, que comprometem sua integração à plena participação na comunidade[3].

No Brasil o Censo Demográfico de 2000 revelou que 24,5 milhões de brasileiros eram pessoas com deficiência, o que totalizou 14,5% da população geral. O Censo listou como pessoa com deficiência não somente

aquela considerada incapaz, mas incluiu aquelas que possuíam alguma ou grande dificuldade de enxergar, ouvir ou de se locomover. Socorrendo-se da utilização desses critérios, foi possível identificar as Pessoas Perceptoras de Incapacidades (PPI), que possuem alguma limitação funcional e aquelas que possuem limitações mais severas, Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD)[4]. Essas classificações contribuem para diferenciar as pessoas que apresentam deficiências daquelas com restrição da capacidade funcional, em decorrência de doenças crônico-degenerativas[5].

No estado de Mato Grosso (MT), o Censo Demográfico 2000 constatou 341.494 indivíduos com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 13,5% da população de MT[6]. Deste total, 20.801 são pessoas com deficiência física (6%). Merece destaque, nesse levantamento, que, do total das pessoas com deficiência, encontramos 87.802 indivíduos apresentando incapacidade, dos quais 25,7% com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou de subir escadas[6].

Com o objetivo de garantir a atenção integral às pessoas deficientes na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias, entre elas, a inclusão dos procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS[7].

Das portarias voltadas à atenção da pessoa com deficiência física, a de nº 818/2001 merece destaque, pela importância que representou na organização da rede assistencial de reabilitação física no Brasil. Esta determina às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, a organização de suas respectivas redes de assistência à pessoa com

deficiência física, classificando em níveis os serviços de reabilitação física: I, II, III e IV[8].

O Estado de Mato Grosso é pioneiro no Brasil na assistência ao deficiente físico organizada em rede de serviços, de forma descentralizada e regionalizada. Em 2007, contava com 101 unidades de reabilitação física: 81 de nível I; 18 de nível II; uma de nível III e uma de nível IV[9].

O objetivo do presente estudo é descrever o perfil do usuário das unidades de reabilitação física nível I, em todo Estado, segundo suas características demográficas, causas de doenças e origem da demanda, distribuídos nas Macrorregiões de Mato Grosso.

Metodologia

Estudo descritivo, baseado em dados secundários, fornecidos pelo sistema de informação do Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso (SES/MT), que contém os registros de atendimento da rede de reabilitação física, emitida em relatórios de produção mensal das Unidades Descentralizadas de Reabilitação Física (UDRs). As informações nesse sistema estão assentadas na Portaria nº 818/2001 anexo III, do Ministério da Saúde. Trata-se de relatório consolidado preenchido por todos os serviços de reabilitação física ligados ao Ministério da Saúde, com informações técnicas e assistenciais.

As informações contidas nesse relatório são preenchidas pelos técnicos das UDRs, de acordo com o tipo de atendimento aos usuários das respectivas unidades. O fluxo das informações da rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso tem a seguinte direção: o usuário entra na rede através de uma das UDR. Ele é avaliado por um técnico da unidade, que preenche o Relatório de Ocorrência Ambulatorial (ROA) com as informações obtidas do atendimento. No final de cada mês, os ROAs de todos os usuários são consolidados e depois encaminhado para o setor de Supervisão Técnica do CRIDAC, onde são revistas as informações contidas. Após essa revisão, o relatório é encaminhado ao Centro de Processamento de Dados (CPD/CRIDAC) para ser digitado no banco de dados.

Neste estudo, foi utilizado como instrumento o Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física/Modificado/CRIDAC, que incluiu ao documento oficial da Portaria nº 818/2001 - anexo III, alguns itens, sendo de relevância, nesse trabalho, duas informações: total de atendimentos realizados em regime ambulatorial por turno e número de pacientes/atendimentos por área de atuação (neste estudo não houve discriminação das UDRs que informam um ou dois turnos).

A coleta de dados se deu no CRIDAC/SES/MT, no setor de processamento de dados, que armazena as informações referentes à rede assistencial, no sistema denominado atualmente de S-ROA - “Sistema de Registro de Ocorrência Ambulatorial”. Esse programa é organizado com base no sistema *Microsoft – SQL Server*, desenvolvido pela equipe técnica

da Coordenadoria de Tecnologia da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (COTINF/SES/MT) em 2006.

Foi realizada uma revisão de todas as informações do banco de dados referentes às UDRs. Em seguida, foram novamente digitadas em planilha *Excel* para certificação e correção de possíveis erros presentes no banco de dados.

O período de estudo compreendeu os anos de 2003 a 2007, justificado pela implantação do sistema de informação em 2003. Para efeito da operacionalização desta pesquisa, concluímos a análise até o ano de 2007.

Os dados foram processados pelo programa *Microsoft Office Excel 2003* e apresentados em frequências.

Foram abordadas, neste estudo, as variáveis: total de pacientes atendidos; total de atendimentos (procedimentos) realizados; sexo; faixa etária; grau de instrução; procedência; causa de doenças e origem da demanda/encaminhamento.

Foram analisadas somente as 81 unidades nível I, para cada Macrorregião de Saúde: Norte – 17 UDRs; Sul – 10 UDRs; Oeste – 13 UDRs; Leste (Araguaia) – 17 UDRs; Centro-Norte (Cuiabana) – 24 UDRs. Nessas unidades, considera-se tratamento por “número de pacientes/atendimentos por área de atuação em fisioterapia”, evitando-se, assim, a repetição do registro do mesmo paciente em outro tipo de atendimento, como ocorre em unidades mais complexas, isto é, as UDRs níveis II, III e IV.

Para este estudo, as faixas etárias foram organizadas em quatro faixas: até 10 anos incompletos; de 10 a 20 anos incompletos; de 20 a 60 anos incompletos e maior e igual a 60 anos.

A variável “causa de doenças” foi dividida em dois grupos: 1 - doenças relacionadas à esfera orgânica: crônico-degenerativas, doenças congênitas/neonatal, doenças infecciosas e doenças relacionadas; 2 - causas externas: acidentes no trabalho, doméstico e trânsito; ferimentos por arma de fogo; ferimento por arma branca; lesões alto provocadas voluntariamente; afogamentos ou submersão acidental e outras causas externas.

As divisões macrorregionais são as que constam no Plano Diretor Regional (PDR) da SES/MT de 2005-2006 e na descrição da distribuição dos municípios que compõem as Regionais de Saúde, divulgada no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso, do dia 18 de maio de 2007, páginas 6 e 7.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa no qual se baseia esse artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, segundo as normas previstas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Entre 2003 a 2007 as UDRs de nível I da rede de reabilitação física do Estado de Mato Grosso atenderam a 422.328 usuários, resultando um total de 2.110.293 procedimentos realizados.

A distribuição deste atendimento pelas Macrorregiões no Estado, agrupada no período, pode ser observada na (Tabela I). A Macrorregião Norte responde por 24,8% desses usuários atendidos, seguida pela Macrorregião Sul, com 23,8%. Nessas duas Macrorregiões foram realizados respectivamente 26% e 20,9% do total dos procedimentos da rede.

Observa-se na Tabela I o fato de a Macrorregião Cuiabana (Centro-Norte) ser quarta região no número de usuários atendidos (17,6%) e a terceira em procedimentos realizados (19,3%) a despeito de possuir um maior número de UDRs nível I. Essa informação pode sugerir subutilização dessas unidades, necessitando, pois, avaliar essa questão nessa Macrorregião.

A Macrorregião Oeste se apresentou como a terceira em pacientes atendidos com 18,1% e quinta em procedimentos, com 16,7%. A Macrorregião Araguaia (Leste) foi a quinta, com 15,7% de pacientes atendidos e quarta, com 17,2% em procedimentos realizados no período estudado.

Quando analisada a variável sexo (Tabela II), em relação ao total de usuários atendidos na rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, nas UDRs nível I, deparou-se com uma predominância do sexo feminino

54,8%. Não foram evidenciadas diferenças significativas quando se analisa a distribuição quanto ao sexo nas Macrorregiões do Estado.

Em relação à faixa etária (Tabela II) o grupo etário de 20 a 60 anos incompleto representa 57,1% do total. As Macrorregiões Norte e Cuiabana despontam em primeiro (62,2%) e segundo (61,9%) lugares respectivamente com usuários nessa faixa. A Macrorregião Oeste ocupa o último lugar, com 52,3%.

A deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, fato correspondente a população economicamente ativa, que se expõe a riscos, particularmente os acidentes de trânsito, aumentando as chances de adquirir seqüelas físicas e motoras[5].

A faixa etária de até 10 anos incompletos foi a segunda maior, com 16,8% do percentual total de todos os anos estudados. A Macrorregião Oeste teve a maior representação desses usuários (22,5%), seguida da Macrorregião Sul, com 19%. A Macrorregião Cuiabana teve a menor, 10.1%.

O grupo de 10 a 20 anos incompleto representa a terceira faixa etária, com 14,1% de participação total. A Macrorregião Araguaia obteve a maior participação de usuários nessas idades, 17,6%. A Macrorregião Oeste com 15,4% foi a segunda e, a menor, com 11%, foi a Macrorregião Cuiabana.

As pessoas idosas representaram 12% da população usuária das UDRs, sendo a menor dentre as faixas etárias estudadas. A Macrorregião Cuiabana foi a que mais apresentou usuários nessa faixa etária (17%) e a Macrorregião Oeste com a menor participação desses usuários (9,7%),

apontando, desse modo, padrões diferenciados, isto é, a Macrorregião Cuiabana reflete o envelhecimento populacional do Estado.

Pesquisas realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), abarcando 55 países, concluem que a faixa da população com idade superior 60 anos exibe a maior taxa de comprometimento das deficiências. No Brasil, as pessoas idosas constituem-se a maior faixa da população deficiente, com 29,3%[5, 10, 11]. Para o Estado de Mato Grosso, o Censo 2000 encontrou 40,1% da população acima de 50 anos com alguma deficiência física[12].

Esse mesmo Censo encontrou 19,2% e 17,2% de deficientes na faixa etária infanto-juvenil no Brasil e em Mato Grosso, respectivamente[4, 6].

O agrupamento dos usuários com ensino fundamental destacou-se em primeiro lugar dentre os demais, com 40,6%, enquanto o nível superior obteve 4,9%. Chama atenção o número de usuários sem instrução, 33,7%, o segundo maior percentual em participação dos pacientes atendidos nas UDRs, sendo a Macrorregião Norte com maior percentual desses usuários (39%). Indicador de pobreza e vulnerabilidade social nessa população.

Na população brasileira, do grupo de pessoas com menos instrução escolar, uma em cada três possuía alguma deficiência, isto é, 51,3% da população com alguma deficiência possuem até três anos de estudos. Dos indivíduos que concluem o ensino fundamental, uma em cada dez pessoas era deficiente[4, 13].

Ao se considerar a variável procedência (Tabela II), em relação aos atendidos na rede de reabilitação física no Estado de Mato Grosso,

observou-se que, em sua grande maioria, estes são oriundos dos próprios municípios nos quais estão inseridas as UDRs nível I (97,9%), não havendo grande diferença macrorregional. Isso reforça que esses serviços funcionam como porta de entrada da rede assistencial.

A Macrorregião Sul concentra o percentual mais elevado de usuários residentes no próprio município (99,2%). Chama a atenção que a Macrorregião Araguaia apresenta a maior população procedente de outros municípios, com 2,4% e de outros Estados, com 1,3%, indicativo de sua capacidade de atração devido a ser um centro político-econômico.

A análise dos dados da Tabela III apresenta que as doenças relacionadas com a esfera orgânica representam 63,8% dos atendimentos nas UDRs nível I. Identifica-se maior ocorrência dos casos de doença crônico-degenerativa em todas as Macrorregiões, com taxas de participação de 58,1% tanto nas Macrorregiões Cuiabana e Sul. A Macrorregião Norte tem a menor participação (40,8%) de casos relacionados a doenças crônico-degenerativas.

As doenças relacionadas com causas externas somam 36,2% das causas de doenças dos pacientes atendidos, no geral.

Nesse cenário, estudos apontam que no Brasil as doenças crônico-degenerativas respondem por 66,3% do perfil de morbidade e as causas externas por 10,2%, neste caso destacam-se as quedas e queimaduras[14, 15].

Os resultados encontrados segundo a distribuição quanto à origem dos usuários (Tabela IV) apontam que os encaminhamentos às UDRs nível I são em sua maioria da rede básica de saúde (37,6%).

Observa-se que, na Macrorregião Oeste esse perfil é mais predominante (54,5%) em relação às demais regiões. Nota-se, também, que nas Macrorregiões Araguaia e Cuiabana, uma parte considerável, 23,3% e 15,4%, respectivamente, são demandas espontâneas.

Outro fato que chama a atenção é o elevado percentual de encaminhamento por ambulatórios especializados na Macrorregião Cuiabana, abrigando 33,1% dos casos. Esse percentual pode decorrer do fato que nessa região há uma maior concentração de serviços especializados em relação aos demais níveis da atenção à saúde.

Um resultado que também se destacou foi o percentual de encaminhamento sem descrição específica, isto é, classificado como “Outras” nas Macrorregiões Araguaia (22,8%) e Sul (19,5%). Tal classificação supõe sejam encaminhamentos gerados por instituições fora da rede de saúde; fato que necessitaria de uma maior investigação.

As características apresentadas dos usuários da rede assistencial de reabilitação física do Estado de Mato Grosso possibilitaram traçar o seu perfil sociodemográfico e de utilização do serviço, dando visibilidade ao contexto geral do Estado, como também foi possível identificar as particularidades referidas aos atendimentos dos serviços nas diferentes Macrorregiões de Saúde. Esses aspectos, portanto, contemplam o que se almejou inicialmente com esse trabalho.

A caracterização do usuário da reabilitação física que frequentou os serviços das UDRs de nível I, em Mato Grosso, nesse estudo, aponta: predominância de mulheres; faixa etária entre 20 e 60 anos e escolaridade

até o ensino fundamental. A procedência dessa demanda é do próprio município que se localiza a UDR. Quanto às causas de doenças, encontram-se, em sua maioria, as doenças crônico-degenerativas. A rede básica de saúde foi a maior demandante para a rede de reabilitação física.

Os dados sobre os usuários da rede de reabilitação física em Mato Grosso podem ser utilizados pelos técnicos que executam as atividades de reabilitação física, aproximando melhor a abordagem terapêutica às necessidades de sua clientela mais frequente.

A identificação do perfil do usuário ajuda na elaboração de estratégias preventivas, abordando temas como as doenças crônico-degenerativas e sobre as principais causas externas. Isso expõe a atuação dos profissionais da reabilitação física ao conhecimento da comunidade, sobre a atuação da reabilitação, a forma eficiente de divulgar o trabalho da reabilitação física e intensificar os encaminhamentos para as UDRs.

Os resultados encontrados por esse estudo podem ser utilizados por gestores públicos da saúde para analisar os serviços prestados à população usuária. Contribuem na organização das ações assistenciais ao deficiente físico e no planejamento das políticas públicas voltadas à atenção dos usuários dos serviços de reabilitação física. Com as informações é possível ainda traçar estratégias para melhorar a eficiência dos serviços. Isso facilita o acesso do usuário e melhora a capacidade assistencial da reabilitação física na comunidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2 ed. rev. atual. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde; 2006. 346 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

2. Organização das Nações Unidas. Programa de ação mundial para pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasilia, D.F.: Corde; 1996.

3. Sassaki RK. Quantas pessoas têm deficiência? [on line].1998 [acesso em 13 jul 2008]. Disponível em: http://www.educacaoonline.pro.br/art_quantas_pessoas_tem_deficiencia.asp ?f_i d_artigo=65.

4. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. 178p.

5. Neri MC, Pinto A, Soares W Costilha H. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE,CPS; 2003. 200 p.

6. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] Censo demográfico 2000, estimativas populacionais. [acesso em 27 jan 2009]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002. Disponível em: http://www.ibge.org.br.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação consultada: Portarias. [on line] [acesso em 02 set 2008]. Disponível em: http//www.saude.gov.br/sãs.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 818/GM de 05 jun 2001 [on line]. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física [acesso em 17 jun 2008]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm.

9. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa. Departamento de Supervisão Técnica do CRIDAC. Cuiabá, MT: Secretaria de Estado de Saúde; 2007.

10. Organização das Nações Unidas (ONU). Compendio de Datos Estadísticos sobre los Impedimentos. Estadísticas sobre grupos especiais de población. ST/ESA/STAT/SER. [on line] Y/4, Nueva York, 1998 [acesso em 25 ago 2009]. Disponível em: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesY/SeriesY_4s.pdf dia 25-08-09.

11. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 1991 dos microdados [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE; 1991.

12. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BGE). [on line] [acesso em 09 jun 2009]. Disponível em: http://www.ibge.org.br/tabelas_ibge_pop_deficiencia.rar.

13. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2003 MEC/INEP. [on line] Censo

Educacional. 2003 [acesso em 02 set 2008]. Disponível em http://www.inep.gov.br.

14. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela C, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil [on line] [acesso em 27 out 2009]. Disponível em: http//www.saude.es.gov.br/dowload/transicao_epidemiologica_e_carga_de_ doença_no_brasil.pdf.

15. Gawryszewski VP, Pellini ACG, Hidalgo NT, Valencich DMO, Brumini R. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. Boletim Epidemiológico Paulista [on line]. Março de 2006 [acesso em 05 nov 2008]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa27_violencia.htm.

Tabela I - Número de usuários e de procedimentos realizados por Macrorregião, nas UDRs nível I da rede de reabilitação física no estado de Mato Grosso, no período 2003 a 2007.

DESCRIMINAÇÃO	MACRORREGIÕES										TOTAL	
	ARAGUAIA		CUIABANA		NORTE		OESTE		SUL			
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Numero de Usuarios	66.434	15,7	74.428	17,6	104.842	24,8	76.308	18,1	100.316	23,8	422.328	100,0
Procedimentos	362.840	17,2	406.357	19,3	548.141	26,0	351.925	16,7	441.030	20,9	2.110.293	100,0

Fonte: CRIDAC/SES/MT

Tabela II – Distribuição dos usuários das UDRs nível I da rede de reabilitação física no estado de Mato Grosso, por Macrorregião, segundo sexo, faixa etária, escolaridade e procedência, no período 2003 a 2007.

DESCRIMINAÇÃO	MACRORREGIÕES										TOTAL	
SEXO	ARAGUAIA		CUIABANA		NORTE		OESTE		SUL			
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Masculino	29.831	44,9	33.018	44,4	49.282	47,0	32.569	42,7	46.178	46,0	190.878	45,2
Feminino	36.603	55,1	41.410	55,6	55.560	53,0	43.739	57,3	54.138	54,0	231.450	54,8
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.428**	**100,0**	**104.842**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**
FAIXA ETÁRIA	**ARAGUAIA**		**CUIABANA**		**NORTE**		**OESTE**		**SUL**		**TOTAL**	
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Até 10 anos	11.560	17,4	7.498	10,1	15.457	14,7	17.200	22,5	19.061	19,0	70.776	16,8
De 10 a 20 anos	11.674	17,6	8.215	11,0	13.533	12,9	11.771	15,4	14.512	14,5	59.705	14,1
De 20 a 60 anos	35.230	53,0	46.056	61,9	65.220	62,2	39.915	52,3	54.653	54,5	241.074	57,1
Acima de 60 anos	7.970	12,0	12.659	17,0	10.632	10,1	7.422	9,7	12.090	12,1	50.773	12,0
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.428**	**100,0**	**104.842**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**
ESCOLARIDADE	**ARAGUAIA**		**CUIABANA**		**NORTE**		**OESTE**		**SUL**		**TOTAL**	
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Sem Instrução	19.816	29,8	23.372	31,4	40.863	39,0	25.379	33,3	32.730	32,6	142.160	33,7
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	27.115	40,8	30.697	41,2	41.186	39,3	32.612	42,7	39.805	39,7	171.415	40,6
Ensino Médio Incompleto/Completo	16.736	25,2	16.597	22,3	18.110	17,3	14.399	18,9	22.414	22,3	88.256	20,9
Superior Incompleto/Completo	2.767	4,2	3.762	5,1	4.683	4,5	3.918	5,1	5.367	5,4	20.497	4,9
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.428**	**100,0**	**104.842**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**
PROCEDÊNCIA	**ARAGUAIA**		**CUIABANA**		**NORTE**		**OESTE**		**SUL**		**TOTAL**	
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Residente no próprio município	63.976	96,3	72.400	97,3	103.128	98,4	74.635	97,8	99.504	99,2	413.643	97,9
Residente em outro município do Estado	1.576	2,4	1.561	2,1	1.157	1,1	1.127	1,5	709	0,7	6.131	1,5
Residente em outro Estado	882	1,3	467	0,6	557	0,5	546	0,7	103	0,1	2.554	0,6
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.428**	**100,0**	**104.842**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**

Fonte: CRIDAC/SES/MT

Tabela III - Distribuição das causas das doenças dos usuários das UDRs nível I, da rede de reabilitação física no estado de Mato Grosso, por Macrorregião, no período 2003 a 2007.

Causa de Doenças	MACRORREGIÕES										TOTAL	
	ARAGUAIA		CUIABANA		NORTE		OESTE		SUL			
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Doenças relacionadas com a esfera orgânica												
Doença congênita Neonatal	4.666	7,0	6.211	8,3	10.359	9,9	9.171	12,0	10.693	10,7	41.100	9,7
Doença Infecciosa	2.119	3,2	1.655	2,2	3.392	3,2	2.572	3,4	2.867	2,9	12.605	3,0
Doença Crônica Degenerativa	31.282	47,1	43.253	58,1	42.799	40,8	39.969	52,4	58.291	58,1	215.594	51,0
SUB TOTAL	**38.067**	**57,3**	**51.119**	**68,7**	**56.550**	**53,9**	**51.712**	**67,8**	**71.851**	**71,6**	**269.299**	**63,8**
Doenças relacionadas com causas externas												
Ferimento por Arma de Fogo	243	0,4	400	0,5	677	0,6	264	0,3	504	0,5	2.088	0,5
Ferimento por Arma Branca	139	0,2	119	0,2	771	0,7	211	0,3	304	0,3	1.544	0,4
Acidente de Trânsito	3.167	4,8	3.610	4,9	7.042	6,7	3.024	4,0	4.088	4,1	20.931	5,0
Acidente de Trabalho	4.936	7,4	5.432	7,3	13.527	12,9	6.111	8,0	7.450	7,4	37.456	8,9
Acidente Doméstico	3.532	5,3	7.533	10,1	10.244	9,8	3.745	4,9	4.218	4,2	29.272	6,9
Lesões Auto-provocadas Voluntariamente	1.739	2,6	1.569	2,1	1.166	1,1	1.575	2,1	1.379	1,4	7.428	1,8
Afogamento/Submersão Acidental	12	0,0	108	0,1	1.978	1,9	65	0,1	653	0,7	2.816	0,7
Outras Causas Externas	14.599	22,0	4.538	6,1	12.887	12,3	9.601	12,6	9.869	9,8	51.494	12,2
SUB TOTAL	**28.367**	**42,7**	**23.309**	**31,3**	**48.292**	**46,1**	**24.596**	**32,2**	**28.465**	**28,4**	**153.029**	**36,2**
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.428**	**100,0**	**104.842**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**

Fonte: CRIDAC/SES/MT

Tabela IV – Distribuição quanto à origem da demanda dos usuários das UDRs de nível I, da rede de reabilitação física no estado de Mato Grosso, por Macrorregião, no período 2003 a 2007.

Encaminhamento	MACRORREGIÕES											
	ARAGUAIA		CUIABANA		NORTE		OESTE		SUL		TOTAL	
	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%	Valores	%
Enc. Serviço Urgência/Emergência	487	0,7	3.446	4,6	1.256	1,2	1.804	2,4	1.339	1,3	8.332	2,0
Encaminhado por Hospital	8.012	12,1	4.527	6,1	24.701	23,5	4.839	6,3	13.840	13,8	55.919	13,2
Enc. Hospital com leito Reabilitação	385	0,6	849	1,1	864	0,8	764	1,0	759	0,8	3.621	0,9
Enc. Por outros Serviços de Reabilitação	2.676	4,0	1.719	2,3	4.379	4,2	2.612	3,4	4.018	4,0	15.404	3,6
Enc. Ambulatório Especializado	6.715	10,1	24.616	33,1	21.558	20,6	10.664	14,0	15.213	15,2	78.766	18,7
Enc. Ambulatório básica ou PSF	17.485	26,3	23.879	32,1	36.203	34,5	41.576	54,5	39.735	39,6	158.878	37,6
Demanda Espontânea	15.502	23,3	11.479	15,4	6.774	6,5	6.327	8,3	5.888	5,9	45.970	10,9
Outras	15.172	22,8	3.851	5,2	9.169	8,7	7.722	10,1	19.524	19,5	55.438	13,1
TOTAL	**66.434**	**100,0**	**74.366**	**100,0**	**104.904**	**100,0**	**76.308**	**100,0**	**100.316**	**100,0**	**422.328**	**100,0**

Fonte: CRIDAC/SES/MT

CAPITULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas com deficiência no mundo, durante o percurso da história da humanidade, sempre enfrentaram preconceitos e, suas necessidades, sujeitas à organização social a qual pertencem.

Ainda hoje, o apoio da sociedade quanto à atenção à saúde do deficiente, apresenta fragilidades, mesmo com o reconhecimento dos seus direitos pelas entidades internacionais, ONU e OMS. O deficiente físico continua, em diversos Países, negligenciado quanto a sua necessidade em receber atendimento voltado à recuperação e aprimoramento de suas funções físicas e motoras.

Tal condição é mais evidente em Países com baixo poder de desenvolvimento socioeconômico, não havendo planejamento de programas voltados à atenção a esses cidadãos.

No desenvolvimento da sociedade, o deficiente recebeu várias denominações pejorativas, quanto ao seu aspecto físico e com precárias inserções nas oportunidades de trabalho, educação e saúde. Esses indivíduos com deficiência são considerados cidadãos de “segunda categoria”, marginalizados pelas pessoas ditas “sadias”.

A partir do século XX, a deficiência é reconhecida como doença. Neste contexto, medidas de inclusão social são elaboradas e destinadas aos indivíduos com deficiência.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma das instituições internacionais que apóiam e incentivam os Governos a desenvolver programas especializados em atenção ao deficiente físico, contribuindo também no

desenvolvimento de pesquisas e novos conceitos sobre a deficiência, ajudando a caracterizar os seus diferentes tipos.

As classificações sobre as várias formas de deficiência, por diversos períodos, foram revistas e aprimoradas. Hoje, temos como referência nesta área a “Classificação Internacional de Funcionalidades”.

A OMS, para o ano de 1980, estimou que 10%, da população mundial, apresentavam alguma deficiência, chegando a 20%, nos Países não desenvolvidos[16].

Para o Brasil, o Censo Demográfico 2000 encontrou 14,5% de indivíduos com algum tipo de deficiência. Em Mato Grosso, foram encontrados 13,6% da população com alguma deficiência; o Estado de São Paulo com 11,3% e, a Paraíba, com a maior taxa: 18,7%[25].

Esses levantamentos populacionais têm se pautado por revisões sistemáticas e necessidades de diferentes estudos e abordagens, para que se possa melhor caracterizar e fundamentar as suas metodologias e definições sobre deficiência e suas várias expressões. Todavia, mesmo com suas limitações, estes têm contribuído para uma visibilidade do processo de saúde-doença na população.

As informações encontradas nessas pesquisas foram fundamentais para o avanço na assistência ao deficiente físico, permitindo desenvolver programas e melhorar a atenção à saúde da população com deficiência.

Nesse sentido, surge a Portaria nº 818/2001/MS no Brasil, que cria e organiza as redes estaduais de reabilitação física, propiciando o acesso aos serviços especializados em reabilitação física[38].

No Estado de Mato Grosso, a Secretaria de Estado de Saúde, tendo como referência a Portaria 818/2001/MS, reorganizou a rede assistencial de

reabilitação física. Em 2007, sua rede estadual de reabilitação física contava com 100 serviços de reabilitação física, em níveis I, II, III, e um hospital de referência. Em 2009, houve um incremento, contando então com 110 unidades.

O Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), unidade de nível III, além de prestar assistência aos usuários, é responsável pela supervisão das ações de reabilitação física no Estado. Nele se concentram todas as informações geradas pelos atendimentos na rede assistência de reabilitação física no Estado de Mato Grosso.

Em busca de conhecer melhor a realidade da assistência à saúde ao deficiente físico na rede pública, particularmente sobre os usuários que acessam esses serviços, esse estudo contribui na produção do conhecimento acerca da deficiência e da organização de respostas da sociedade para a questão, através de políticas de saúde.

Nessa perspectiva, o Estado de Mato Grosso desponta como campo privilegiado para o estudo, por apresentar uma rede assistencial de reabilitação física extensa, estruturada, descentralizada e hierarquizada nos níveis de complexidade requerida para a atenção ao deficiente físico, consubstanciada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde para essa política específica.

Desta forma, contribuímos para o aprimoramento da política de atenção à saúde ao deficiente físico. Portanto, acreditamos atender ao que se propõem esse programa de mestrado profissional em Saúde Coletiva, financiado pelo Ministério da Saúde, ao lidarmos com questões que demandam investigações e reflexões que qualificam a gestão e a organização das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, essa dissertação visa, fundamentalmente, caracterizar o perfil da população que utiliza os serviços das UDRs de nível I, no Estado de Mato Grosso.

Para isso, nos apropriamos da divisão do Estado em Macrorregiões de Saúde, o que favoreceu o agrupamento das Unidades Descentralizadas de Reabilitação (UDRs), sendo possível identificar a distribuição dos usuários atendidos na rede assistencial em reabilitação física no Estado[42].

Por meio das variáveis quanto ao sexo, faixa etária, grau de escolaridade e procedência, traçou-se o perfil dos usuários conforme cada Macrorregião de Saúde em foco; assim como as variáveis causas de doenças e encaminhamentos informaram as características das deficiências físicas e a origem da demanda desses pacientes.

No período analisado por esse estudo, 2003 a 2007, a rede de reabilitação física de Mato Grosso atendeu 422.328 usuários e realizou 2.110.293 procedimentos nas suas UDRs de nível I.

A caracterização do usuário da reabilitação física que frequentou os serviços das UDRs de nível I, em Mato Grosso, nesse estudo, aponta: predominância de mulheres; faixa etária entre 20 e 60 anos e escolaridade com até o Ensino Fundamental. A procedência dessa demanda é do próprio município. Quanto às causas de doenças, encontramos, em sua maioria, as doenças crônico-degenerativas. A rede básica de saúde foi a maior demandante para a rede de reabilitação física.

As características do usuário analisadas nas cinco Macrorregiões de Saúde apresentaram os seguintes resultados:

A Macrorregião Norte tem o maior número de usuários atendidos e de procedimentos realizados. A Macrorregião Sul, embora seja contemplada com 10 UDRs desse nível, é a menor em quantidade de municípios e de serviços de reabilitação; porém, comparada às demais Macrorregiões, ocupa o segundo lugar em quantidade de usuários atendidos e procedimentos realizados.

A Macrorregião Cuiabana ocupou o terceiro lugar em relação ao desempenho em procedimentos e o quarto em quantidade de pacientes atendidos, mesmo com a maior rede de UDRs de nível I, e ter a maior população residente do Estado.

A Macrorregião Oeste obteve o terceiro lugar em pacientes atendidos e o quinto em procedimentos. A Macrorregião Araguaia é a quinta em usuários atendidos e quarta em procedimentos. As causas mais prováveis desse baixo desempenho, em comparação às demais Macrorregiões, pode se o acesso dos usuários aos serviços. Este é dificultado por se tratar de uma região com uma grande quantidade de pessoas morando em áreas afastadas das áreas urbanas.

Essas diferenças apontadas merecem ser melhor avaliadas, tomando como questão a organização do acesso a esses serviços, isto é, se as características regionais em relação ao perfil sociodemográfico da população; ao espaço urbano; à localização dessas unidades; à organização do processo de trabalho das equipes técnicas das UDRs, entre outras, influenciam o desempenho maior ou menor na absorção da demanda desses usuários e as respectivas produtividades destas unidades. Tal questão não foi objeto dessa pesquisa. Todavia, os dados aqui analisados nos sugerem levantá-las, apontando para possíveis estudos futuros.

A variável sexo teve sua distribuição semelhante em todas as Macrorregiões e encontramos o sexo feminino com uma taxa maior 57,3% na Macrorregião Oeste. A dos homens, a maior 47% na Macrorregião Norte.

Segundo estudos nacionais, as mulheres são 53,58%, das pessoas com deficiência, justificado pelo fato de apresentarem uma expectativa de vida maior que a do sexo masculino, estando propensas a doenças crônico-degenerativas. Também se observa, na utilização de serviços de saúde, que as mulheres procuram mais os serviços de reabilitação física[23].

Em relação à composição etária das Macrorregiões, todas apresentaram, na faixa de 20 a 60, 57,1% do total, a maior concentração de usuários.

A Macrorregião Norte, com 62,2%, apresentou o melhor desempenho encontrado na faixa entre 20 e 60 anos. A Macrorregião Cuiabana, com 61,9%, evidenciou a segundo maior concentração de usuário, podendo-se associar essa evidência à grande parte da população estar na sua fase produtiva, exercendo atividades exposta ao aparecimento de doenças incapacitantes. As Macrorregiões Sul, com 54,5%; Araguaia, com 53% e Oeste, com 52,3%, apresentaram resultados semelhantes.

Na faixa de até 10 anos com a segunda maior presença etária 16,8%. As Macrorregiões Oeste, com 22,5% e Sul, com 19%, se destacaram, evidenciando uma população usuária bastante relevante dessa parcela etária.

Nas faixas etárias entre 10 e 20 anos, 14,1% do Estado, e maiores de 60 anos, com 12% do total no Estado. As Macrorregiões apresentaram percentuais semelhantes, com exceção da Macrorregião Cuiabana.

O que chamou a atenção para esse dado é o fato de a Macrorregião Cuiabana revelar percentuais diferenciados em relação à quantidade de usuários na

faixa acima de 60 anos, com 17% dos usuários, demonstrando que essa região possui uma maior concentração de idosos, de acordo com o Censo Demográfico 2000[43].

A escolaridade dos usuários dos serviços de reabilitação física apresenta, em todas as Macrorregiões, predomínio de usuários com Ensino Fundamental 40,6%, verificando-se elevada quantidade de pessoas que utilizam o serviço com nível de estudo até cinco anos. A Macrorregião com maior quantidade de usuários, com esse grau de escolaridade, foi a Oeste, com 42,7%, e, no quinto lugar, a Norte, com 39,3% de usuários.

Na análise da procedência dos usuários, a Macrorregião Sul apresentou índice de 99,2% de residentes no próprio município, o que pode significar o acesso ao serviço de reabilitação física nos municípios com UDRs ser mais eficiente.

Na Macrorregião Araguaia, a análise do percentual de usuários do próprio município foi 96,3%, apresentando-se também como tendo o maior percentual de usuários de procedência residentes em outros municípios 2,4% e outros Estados 1,3%. Esse desempenho se associa ao fato da disposição geográfica da Macrorregião, que faz divisa com cidades dos Estados de Goiás e Pará, que tem como referência, para serviços de saúde, o Estado de Mato Grosso, devido ao acesso às cidades dessa Macrorregião. Todavia, merece esse apontamento ser investigado.

Na análise de causa das doenças, a subdivisão de doenças na esfera orgânica, composta pelas doenças congênita/neonatal, infecciosas e doenças crônico-degenerativas, somou um percentual de 63,8% do total. As doenças relacionadas às causas externas, 36,2%.

As crônico-degenerativas se destacaram no estudo como a maior causa do uso dos serviços da reabilitação física 51%. Em pesquisas internacionais, dados da OMS encontraram 21% dos deficientes com causas relacionadas às doenças crônico-degenerativas[25].

As sequelas das doenças crônico-degenerativas são a que mais levam os indivíduos a procurar tratamento, desta forma, os dados encontrados convergem com os dados internacionais.

A causa externa mais representativa foi o item “outras causas externas” que compreende; choques elétricos, radiação, quedas e queimaduras (provocadas por agentes naturais, físicos e químicos), sendo 12,2%.

Segundo estudos nacionais, as quedas lideram as causas externas, seguidas das queimaduras. Os mais comprometidos são as crianças e idosos[54,55].

Em relação à entrada dos usuários no serviço, encontramos o predomínio dos encaminhamentos gerados nas Unidades Básicas de Saúde/Programa de Saúde da Família, na maioria das Macrorregiões, estando na Macrorregião Oeste o maior percentual (54,5%) dessa modalidade.

Tal característica sugere uma articulação entre a rede básica e a rede de reabilitação física. Todavia, essa proposição merece ser confirmada em trabalhos posteriores, que tenham como objetivos avaliar a efetividade da diretriz da integralidade no sistema de saúde local.

O predomínio dos encaminhamentos gerados nas Unidades Básicas de Saúde/Programa de Saúde da Família na Macrorregião Cuiabana foi 32,1%, índice menor que os encaminhamentos por ambulatório especializados nessa Macrorregião, de 33,1%.

Esse resultado ocorreu porque a Macrorregião Cuiabana concentra a maior quantidade de serviços de saúde especializados do Estado, principalmente em Cuiabá, a capital.

As características apresentadas dos usuários da rede assistencial de reabilitação física do Estado de Mato Grosso possibilitaram traçar o seu perfil sociodemográfico e de utilização do serviço, dando visibilidade no contexto geral do Estado, como também foram identificadas as particularidades referidas aos atendimentos dos serviços nas diferentes Macrorregiões de Saúde. Esses aspectos, portanto, contemplam o que se almejou inicialmente com esse trabalho.

Os resultados encontrados nessa pesquisa foram construídos pelos dados consolidados dos serviços de reabilitação física no Estado de Mato Grosso, retirados do Banco de Dados do CRIDAC, mas as informações fornecidas não permitiram realizar cruzamentos de dados, o que limitou o estudo à descrição dos itens apresentados.

Essa limitação do estudo ocorreu devido ao ”Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física”, preenchido pelos serviços de reabilitação física no Brasil.

As informações dos itens desse formulário são preenchidas de forma consolidada no relatório em cada UDRs. Desta forma, o Sistema de Informações do CRIDAC não consegue realizar correlações entre os dados. Podemos dar como exemplo: o relatório fornece a informação da quantidade de pacientes atendidos por sexo masculino e do feminino, mas não identifica a quantidade de sexo por faixa etária.

Isso impede o Sistema de Informações de explorar e analisar com profundidade os dados das UDRs da rede assistencial, limitando o processamento e divulgação dos resultados à descrição de cada item do formulário.

Mas, apesar das limitações, os resultados apresentados podem ser utilizados por técnicos das UDRs para identificar as características da sua clientela mais frequente. Também, na elaboração de estratégias como a divulgação dos serviços de reabilitação física na comunidade e na abordagem aos profissionais de saúde, para demonstrar os tipos de serviços prestados e qual a clientela que pode ser referenciada para as UDRs.

Essas ações podem melhorar o desempenho das UDRs, refletindo no aumento da quantidade de pacientes atendidos, de procedimentos realizados e na qualidade dos serviços ofertados ao usuário, dando maior visibilidade aos técnicos da reabilitação física na comunidade.

Os dados sociodemográficos, as informações relacionadas à utilização dos serviços e à origem da procura, possibilitam aos gestores conhecer as características da população usuária dos serviços de reabilitação física.

O conteúdo do sistema de informação analisado nesse estudo possibilita observar o perfil apresentado pela população usuária das UDRs, permitindo avaliar seus resultados, utilizar as informações para desenvolver programas específicos de intervenções relacionadas à utilização do serviço e informar à sociedade os fatores de risco relacionados às deficiências físicas.

As informações possibilitam ainda traçar estratégias para melhorar a eficiência dos serviços; contribuir com os resultados encontrados na organização das ações assistenciais ao deficiente físico e no planejamento das políticas públicas voltadas à atenção dos usuários dos serviços de reabilitação física.

Os gestores também podem expandir a atuação da reabilitação física na comunidade, utilizando os profissionais das UDRs nas campanhas de prevenção realizadas pelas Secretarias de Saúde. Também, para atendimentos externos: em escolas, realizando ações preventivas e palestras educativas; hospitais, a pacientes que necessitem de reabilitação em leitos; nos centros de saúde, creches, casas de idosos e centros comunitários; realizando atividades laborais e ergonômicas. Finalizando, em comunidades afastadas do perímetro urbano, realizando visitas domiciliares, atuando em conjunto com os agentes de saúde, facilitado o acesso do usuário ao atendimento e melhorando a capacidade assistencial dos serviços de reabilitação física no Estado de Mato Grosso.

CAPITULO VIII

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Comissão de Epidemiologia. IV Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia Seminário para Definição de Diretrizes e Propostas. Rev Bras Epidemiol. 2005; [periodico on line]. 8(supl. 1):1-43 [acesso em 05 out 2008]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000500005&lng=en.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2ª ed. rev. atual. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde; 2006. 346 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

3. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa. Supervisão estratégica de reabilitação. Cuiabá, MT: Secretaria de Estado de São Saúde; 1999.

4. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correa. Departamento de Supervisão Técnica do CRIDAC. Cuiabá, MT: Secretaria de Estado de Saúde; 2007.

5. Lourenço EC. Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa. A política de reabilitação em Mato Grosso. Cuiabá, MT: Secretaria de Estado de Saúde; 1999.

6. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. [on line]. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 22 de nov 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 818/GM de 05 jun 2001. [on line]. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. [acesso em 17 jun 2008]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde; 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

9. Rosa ER, Andre MFC, Cabral N. Pessoa com deficiência reformulando conceitos e valores. Cascavel: Governo Municipal; 2003.

10. Rossetto E, Adami AS, Kremer J, Pagani N, Silva NTM. Aspectos históricos da pessoa com deficiência. Educere et Educare - Revista de Educação. [periódico on line] 2006; 1:103-8. [acesso em 04 jun 2008]. Disponível em: e-revista.unioeste.br/index.php/educereeteducare/article/download/.../865

11. Valtecides AR. Deficiente físico: novas dimensões da proteção ao trabalhador. São Paulo: LTR; 1992. 158p.

12. Silva OM. Epopéia Ignorada: a pessoa deficiente na história de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS; 1987. 470p.

13. Ventura HB. Aplicação das classificações Cid 10 e CIF nas definições de deficiências e incapacidades [Tese on line – Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2007. [acesso em 18 de jun 2008]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-09042007-151313/

14. Aranha MSF. A deficiência através da história: concepções e paradigmas. In: Aranha MSF. Trabalho e emprego: instrumento de construção da identidade pessoal e social. [livro on line] São Paulo: Sorri-Brasil; 2003. p. 10-8(Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência; v.9). [acesso em 10 de jun 2008]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Trabalho_e_Emprego.pdf

15. Organização das Nações Unidas. [on line] Declaração dos direitos humanos. [acesso em 19 de ago 2008]. Disponível em: http//:www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php

16. Organização das Nações Unidas. Programa de ação mundial para pessoas com deficiências. Tradução Edilson Alkmin da Cunha, Brasilia, D.F.: Corde; 1996.

17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación – CIDAP. [on line] Ginebra: OMS; 1998. [acesso em 23 set 2008]. Disponível em: http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/pub/PUB-0018.pdf

18. Sassaki RK. Vida independente: história, movimento, liderança, conceitos, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNS; 2003.

19. Sassaki RK. Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. [on line] 1997. [acesso em 18 de ago 2008]. Disponível em: http://www.entreamigos.com.br.temas

20. Portugal. Secretariado Nacional de Reabilitação. Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID). Lisboa: SNR/OMS; 1989.

21. Organização Mundial de Saúde. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. [on line] Lisboa: OMS; 2004.[acesso em 18 de ago 2008] Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

22. Farias N, Buchalla CM. Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade, e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 187-93.

23. Brasil. Presidência da República. Regulamento da política nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. [on line] Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. [acesso em 17 set 2008]. Disponível em: www.msites.com.br/D3298.doc

24. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2003. 178p.

25. Neri MC, Pinto A, Soares W Costilha H. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE,CPS; 2003. 200 p.

26. Sassaki RK. Quantas pessoas têm deficiência? [on line]. 1998 [acesso em 13 jul de 2008]. Disponível em:
http://www.educacaoonline.pro.br/art_quantas_pessoas_tem_deficiencia.asp?f_i

d_artigo=65

27. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 1991dos microdados [CD-ROM]. Rio de Janeiro: IBGE; 1991.

28. Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). [on line] Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. [Acesso em 14 set 2008] Brasília, D.F. : CORDE; 2004. Disponível em: http://www.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Rel_Pesquisa.pdf

29. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] Censo demográfico 2001. [Acesso DM 09 de ago 2008] Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002. Disponível em: http://www.ibge.org.br

30. Masi I. Reabilitação. [on line]. [acesso 25 nov 2008]. Disponível em: http//www.crfaster.com.br/cc20.pdf

31. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde; 1993. 48p.

32. Brasil. Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Política nacional de prevenção de deficiências. Brasília, D.F.: CORDE; 1992.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Promoção da saúde. Brasília, D.F.: CORDE; 1998.

34. Alves VLR. O significado do discurso de risco na área de reabilitação. Acta Fisiátrica. 2001; 8(2):67-70.

35. Maior IL. Acessibilidade, inclusão, democracia: novos atores sociais. In: 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. “Acessibilidade, você também tem compromisso”. Cadernos de textos. [on line] Brasília, 2006. [acesso em 23 set 2008] Brasília; 2006. p. 44-5. www.mj.gov.br/conade/conferencia/.../subsidios_para_o_conferencista.doc

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência.[on line] Brasília,

D.F.: Ministério da Saúde; 2008. 72 p. (Série E. Legislação em Saúde) [Acesso em 12 jan 2009] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf

37. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. [on line] Regulamenta a Lei n. 7853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política nacional para a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e da outras providências. [acesso em 21 ago de 2008]. Disponível em: http//www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm

38. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação consultada: Portarias. [on line] [acesso em 02 de set 2008]: Disponível em: http//www.saude.gov.br/sãs

39. Mendes EV. A gestão dos sistemas de serviços de saúde no século XXI [on line] [acesso em 16 de nov 2008]. Disponível em: http://www3.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacaoeugenio2.ppt

40. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Brasil. Ministério da Saúde. Metodologia para análises funcionais de sistemas e rede de serviços de saúde no Brasil. Brasília, DF; [on line]. 2003. [Série técnica: Projeto de desenvolvimento de sistemas e redes de serviços de saúde, 7l] [acesso em 07 abr 2008]. Disponível em: http/www.opas.org.br/serviço/arquivos/Sala5449.pdf

41. Mendes E. Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário. Brasília, D.F.: Organizaçäo Pan-Americana da Saúde; 1994. 109 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 13).

42. Mato Grosso. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor Regional da Assistência de Saúde de Mato Grosso 2005/2006 [on line]. [acesso em 20 de nov 2008]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/documentos.php

43. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] Censo demográfico 2000, estimativas populacionais. [Acesso em 27 jan 2009] Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2002. Disponível em: http://www.ibge.org.br

44. Brasil. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Fundação Centro de

Reabilitação Dom Aquino Corrêa. Construção do perfil das pessoas portadoras de deficiências na região de Cuiabá: um estudo sócio-econômico e epidemiológico: relatório final. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2001.

45. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa. A Política de reabilitação em Mato Grosso. Cuiabá, MT: Secretaria de Estado de Saúde; 2003.

46. Sá NP, Siqueira EM, Reis RM, organizadores. Instantes & memória na história da educação. [Livro on line] Brasilia, DF: Inep; Cuiabá-MT: edUFMT; 2006. 286p. [Acesso em 21-08-09]. Disponivel em http/www200.211.196.47:81/ebook/libv000186.pdf

47. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Fundação Centro de Reabilitação Dom Aquino Corrêa. Supervisão Estratégica de Reabilitação. Cuiabá,MT: Secretaria de Estado de Saúde; 1999.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n. o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. 114 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116)

49. Moraes IHS. Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde [on line]. [acesso em 13 nov 2008]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Sistemas_de_Informacao/SistemasInformacaoSaude.pdf.

51. Carvalho AD, Eduardo MBP. Saúde e Cidadania: Para gestores municipais de serviços de saúde, sistema de informação em saúde para municípios.[Livro on line] São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania) [acesso em 27 de out 2008] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume06.pdf

52. Motta ALC. Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento. São Paulo: Iátria; 2003. 152p.

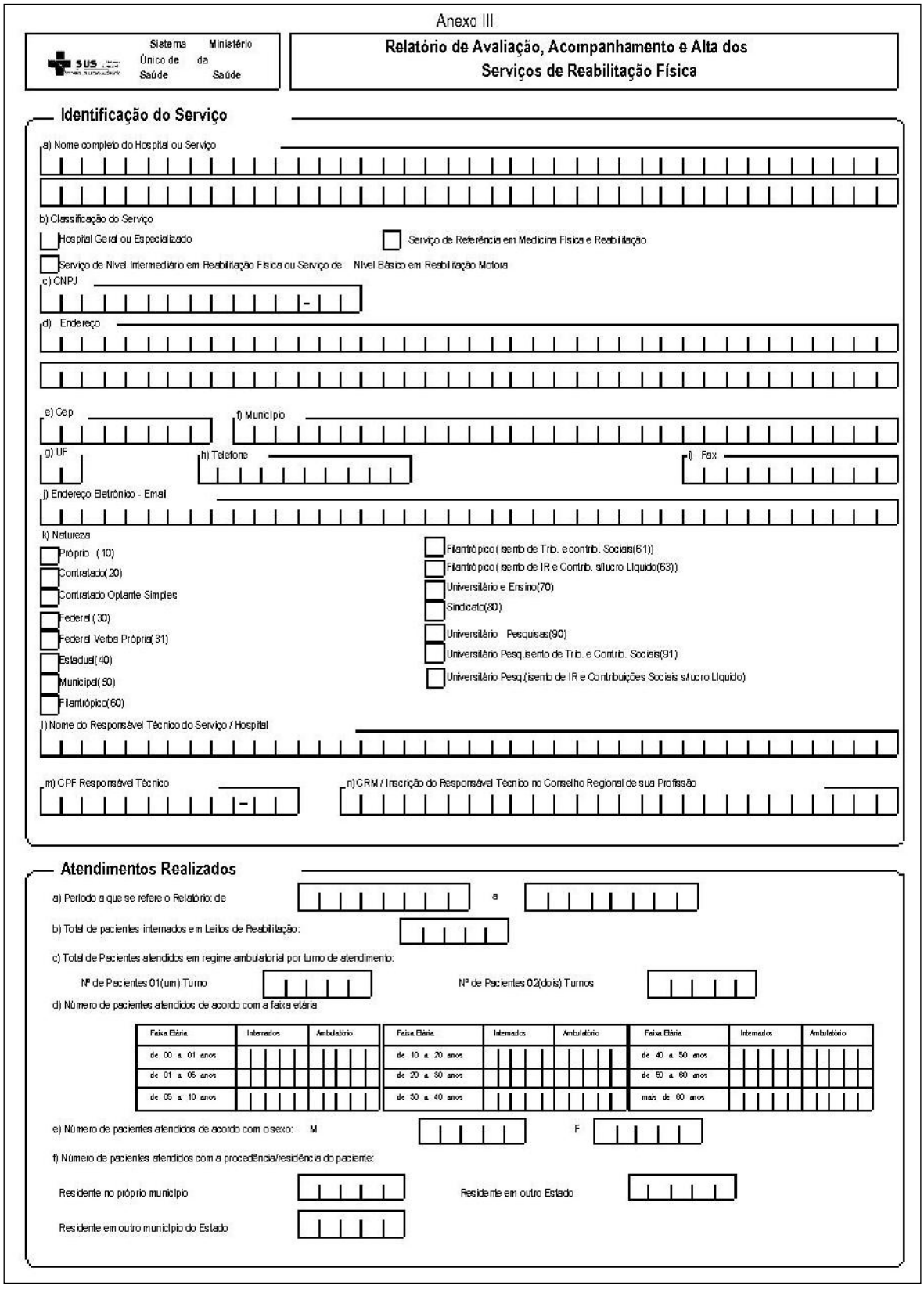
53. Naffah Filho M, Cecilio MAM. Política estadual de informação de Saúde: um debate necessário [on line]. [acesso em 23 ago 08]. Disponível em: http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/saudebucal/file/anexos/Atencao%20basica/IS-cap6.pdf

54. Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Macário EM. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos - Brasil, 2006 a 2007. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico on line] 2009; 14(5):1669-79.[Acesso em 27 out 2009] Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500008

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. Rev Saúde Pública. . [periódico on line] 2000; 34(4): 427-30. [Acesso em 29 out 2009]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/img/pdf/PoliticaReducao.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 – PORTARIA 818/MS/2001



Anexo III

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física

Identificação do Serviço

a) Nome completo do Hospital ou Serviço

b) Classificação do Serviço

- ☐ Hospital Geral ou Especializado
- ☐ Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação
- ☐ Serviço de Nível Intermediário em Reabilitação Física ou Serviço de Nível Básico em Reabilitação Motora

c) CNPJ

d) Endereço

e) Cep

f) Município

g) UF

h) Telefone

i) Fax

j) Endereço Eletrônico - Email

k) Natureza

- ☐ Próprio (10)
- ☐ Contratado(20)
- ☐ Contratado Optante Simples
- ☐ Federal (30)
- ☐ Federal Verba Própria(31)
- ☐ Estadual(40)
- ☐ Municipal(50)
- ☐ Filantrópico(60)
- ☐ Filantrópico (isento de Trib. e contrib. Sociais(61))
- ☐ Filantrópico (isento de IR e Contrib. s/lucro Líquido(63))
- ☐ Universitário e Ensino(70)
- ☐ Sindicato(80)
- ☐ Universitário Pesquisas(90)
- ☐ Universitário Pesq.(isento de Trib. e Contrib. Sociais(91)
- ☐ Universitário Pesq.(isento de IR e Contribuições Sociais s/lucro Líquido)

l) Nome do Responsável Técnico do Serviço / Hospital

m) CPF Responsável Técnico

n) CRM / Inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de sua Profissão

Atendimentos Realizados

a) Período a que se refere o Relatório: de ____ a ____

b) Total de pacientes internados em Leitos de Reabilitação:

c) Total de Pacientes atendidos em regime ambulatorial por turno de atendimento:

Nº de Pacientes 01(um) Turno — Nº de Pacientes 02(dois) Turnos

d) Número de pacientes atendidos de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Internados	Ambulatório	Faixa Etária	Internados	Ambulatório	Faixa Etária	Internados	Ambulatório
de 00 a 01 anos			de 10 a 20 anos			de 40 a 50 anos		
de 01 a 05 anos			de 20 a 30 anos			de 50 a 60 anos		
de 05 a 10 anos			de 30 a 40 anos			mais de 60 anos		

e) Número de pacientes atendidos de acordo com o sexo: M ____ F ____

f) Número de pacientes atendidos com a procedência/residência do paciente:

Residente no próprio município — Residente em outro Estado

Residente em outro município do Estado

Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física

g) Número de pacientes atendidos de acordo com grau de instrução:

Sem Instrução	
Educação Infantil	
Ensino Fundamental Completo	
Ensino Fundamental Incompleto	

Ensino Médio Completo	
Ensino Médio Incompleto	
Técnico/Superior completo	
Técnico/Superior incompleto	

h) Número de pacientes atendidos de acordo com a causa de doença ou causas externas:

Doença Congênita / Neonatal	
Doença Infecciosa	
Doença Crônica Degenerativa	
Ferimento por Arma de Fogo	
Ferimento por Arma Branca	
Acidente de Trânsito	

Acidente de Trabalho	
Acidente Doméstico	
Lesões Autoprovocadas Voluntariamente '	
Afogamentos/Submersão Acidental ''	
Outras Causas Externas '''	

' Tentativa de Suicídio

'' Inclusive lesões provocadas por mergulho

''' Choques Elétricos, Radiação, Quedas, Queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos).

i) Número de pacientes admitidos no hospital ou serviço, de acordo com o encaminhamento

Enc.Serviço Urgência/Emergência	
Encaminhado por Hospital	
Enc.Hospital com Leito Reabilitação	
Enc.por Outros Serviços de Reabilitação	

Enc. Ambulatório Especializado	
Enc.Ambulatório Atenção básica ou PSF	
Demanda Espontânea	
Outros	

j) Número de pacientes em relação ao tempo da Doença/Causa Externa que determinou a incapacidade/deficiência

Até 01 mês	
De 01 a 03 meses	
De 03 a 06 meses	

De 06 a 01 ano	
De 01 ano a 02 anos	
Acima de 02 anos	

k) Fornecimento de órtese, Prótese ou Meio Auxiliar de Locomoção, em caso afirmativo, informar o número de pacientes que receberam ajuda técnica de acordo com o tipo:

Sim ☐

Não ☐

Tipo de Ajuda Técnica	NºPacientes
Órtese	
Prótese	
Meios Auxiliares de Locomoção	

l) Número de pacientes em relação ao tempo de Serviço

Até 30 dias	
De 30 a 60 dias	
De 60 a 90 dias	
De 90 a 120 dias	

De 120 a 150 dias	
de 150 a 180 dias	
Acima de 180 dias	

m) Número de pacientes em relação às atividades que desempenhavam antes da doença/agravo por causa externa, por ocasião da alta:

Retorno para a Escola	
Retorno para o Trabalho - Mesma Atividade	
Retorno para o Trabalho-Atividade Adaptada	
Sem condições de Atividades Laborais	
Atividades Domiciliares	
Não Corresponde-Não Estuda/Não Trabalha	
Sem condições de Informar	

n) Número de pacientes de acordo com o tipo de alta

Tipo de alta	
Sem condições de alta	
Independente	
Alta por abandono de tratamento	
Dependente	
Independente com ajuda técnica	
Encaminhado para outro serviço	
Óbito	

ANEXO 2 - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA MODIFICADO/CRIDAC

1

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Secretaria de Estado de Saúde

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física

Identificacão do Servico

a) Nome Completo do Hospital ou Serviço

b) Classificação do Serviço

Hospital Geral ou Especializado ☐ Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação

■ Serviço de Nível Intermediário em Reabilitação Física ou Serviço de Nível Básico em Reabilitação Motora

c) CNPJ

e) Cep

f) Município

k) Natureza

☐ Próprio (10)	☐ Filantrópico (isento de Trib. e Contrib. Sociais (61)
☐ Contratado (20)	☐ Filantrópico (isento de IR e Contrib. s/lucro líquido (63)
☐ Contrato Optante Simples	☐ Universitário e Ensino (70)
☐ Federal (32)	☐ Sindicato (80)
☐ Federal Verba Própria (31)	☐ Universitário Pesquisas (90)
☐ Estadual (40)	☐ Universitário Pesq. isento de Trib. e Contrib. Sociais (91)
■ Municipal (50)	☐ Universitário Pesq. (isento de Trib. e Contrib. Sociais s/lucro líquido
☐ Filantrópico (60)	☐

l) Nome do Responsável Técnico do Serviço / Hospital

m) CPF Responsável Técnico

n) CRM / Inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de sua Profissão

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Secretaria de Estado de Saúde

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

ATENDIMENTOS REALIZADOS

a) Período a que se refere o Relatório: de ☐☐☐☐☐☐☐☐ a ☐☐☐☐☐☐☐☐

b) Total de Pacientes internados em Leitos de Reabilitação: ☐☐☐☐

c) Total de Pacientes atendidos em regime ambulatorial por turno

Nº de Pacientes 01(um) Turno: ☐☐☐☐☐☐ Nº de Pacientes 02(dois) turnos ☐☐☐☐☐☐

d) Total de atendimentos realizados em regime ambulatorial por turno

Nº de Pacientes 01(um) Turno: ☐☐☐☐☐☐ Nº de Pacientes 02(dois) turnos ☐☐☐☐☐☐

e) Número de pacientes atendidos de acordo com a faixa etária:

Faixa Etária	Internados	Ambulatorial
de 00 a 01 ano		
de 01 a 05 anos		
de 06 a 10 anos		

Faixa Etária	Internados	Ambulatorial
de 11 a 20 anos		
de 21 a 30 anos		
de 31 a 40 anos		

Faixa Etária	Internados	Ambulatorial
De 41 a 50 ano		
de 51 a 60 anos		
Acima de 60 anos		

ATENDIMENTOS REALIZADOS

f) Número de Pacientes atendidos de acordo com o sexo: M ☐☐☐☐☐ F ☐☐☐☐☐

g) Número de pacientes atendidos com a procedência/residência do paciente:

Residente no município: ☐☐☐☐ Residente em outro Estado: ☐☐☐☐

Residente em outros municípios: ☐☐☐☐

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Secretaria de Estado de Saúde

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

h) Número de pacientes atendidos de acordo com o grau de instrução:

Sem Instrução						Ensino Médio Completo					
Educação Infantil						Ensino Médio Incompleto					
Ensino Fundamental Completo						Técnico/Superior Completo					
Ensino Fundamental Incompleto						Técnico/Superior Incompleto					

i) Número de pacientes atendidos de acordo com a causa de doença ou causas externas:

Doença congênita / Neonatal						Acidente de Trabalho					
Doença Infecciosa						Acidente Doméstico					
Doença Crônica Degenerativa						Lesões Auto-provocadas Voluntariamente					
Ferimento por Arma de Fogo						Afogamento/Submersão Acidental**					
Ferimento por Arma Branca						Outras Causas Externas***					
Acidente de Trânsito											

*Tentativa de Suicídio ** Inclusive lesões provocadas por mergulho *** Choque Elétricos, Radiações, Quedas, Queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos)

j) Número de pacientes admitidos no hospital ou serviço, de acordo com o encaminhamento

Enc. Serviço Urgência/Emergência						Enc. Ambulatório Especializado					
Encaminhado por Hospital						Enc. Ambulatório básica ou PSF					
Enc. Hospital com leito Reabilitação						Demanda Espontânea					
Enc. Por outros Serviços de Reabilitação						Outras					

k) Número de pacientes em relação ao tempo de doença/Causa Externa que determinou a incapacidade/deficiência

Até 1 mês						De 06 a 01 ano					
De 01 a 03 meses						De 01 ano a 02 anos					
De 03 a 05 meses						Acima de 02 anos					

l) Fornecimento de órtese, prótese ou Meio auxiliar de locomoção, em caso afirmativo, informar o número de pacientes que receberam ajuda técnica de acordo com o tipo:

Sim ☐

Não ☐

Tipo de Ajuda Técnica	Nº Pacientes				
Órtese					
Prótese					
Meios Auxiliares de Locomoção					

m) Número de pacientes em relação ao tempo de serviço

Até 30 dias						De 120 a 150 dias					
De 30 a 60 dias						De 150 a 180 dias					
De 60 a 90 dias						Acima de 180 dias					
De 90 a 120 dias											

n) Número de pacientes em relação às atividades que desempenhavam antes da doença/agravo por causa externa, por ocasião da alta:

Retorno para a Escola					
Retorno pa o Trabalho – Mesma Atividade					
Retorno para o Trabalho- Atividade Adaptada					
Sem condições de Atividades Laborais					
Atividades Domiciliares					
Não Corresponde-Não Estuda/Não Trabalha					
Sem condições de informar					

o) Número de pacientes de acordo com o tipo de alta

Sem condições de alta					
Independente					
Alta por abandono de tratamento					
Dependente					
Independente com ajuda técnica					
Encaminhado para outro serviço					
Óbito					

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

p) **Nº DE PACIENTES ATENDIDOS POR ÁREA DE ATUAÇÃO:**

FISIOTERAPIA					
PSICOPEDAGOGIA					
TERAPIA OCUPACIONAL					
ARTE TERAPIA					
EDUCAÇAO E SAUDE					
PSICOLOGIA					
FONOAUDIOLOGIA					
ASSISTENTE SOCIAL					
NUTRICIONISTA					
MULTIDISCIPLINAR (GRUPO)					
ODONTOLOGIA					
NEUROLOGIA					
ORTOPEDIA					
OTORRINOLARINGOLOGIA					
ORTÓPTICA					
ENFERMAGEM					
ANESTESIOLOGIA					
FISIATRA					
OUTRAS ÁREAS					

q) **Nº DE ATENDIMENTOS/ATIVIDADES EXTERNAS À INSTITUIÇÃO**

ATENDIMENTO DOMICILIAR					
PALESTRAS NA ÁREA EDUCAÇÃO E SAÚDE					
DETECÇCÃO PRECOCE ***					
REUNIÕES INTERDISCIPLINARES **					

*** - Asilos, Escolas, Creches... ** - PSF/PACS/CAPS...

r) **Nº DE PACIENTES COM SEQÜELAS DE ACIDENTE DE TRABALHO:**

Amputação MMSS					
Amputação MMII					
Lesão central					
Lesão periférica MMSS					
Lesão periférica MMII					
Lesão auditiva					
Lesão visual					
Seqüelas cardio-respiratórias					
Seqüelas Maxilo-faciais					
Lesão coluna vertebral					

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

s) **Nº DE AVALIAÇÕES REALIZADAS POR DIAGNÓSTICO (Código/Doença):**

s.1.) **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

576	Afecções da coluna vertebral e Desvios posturias					
577	Desarranjos internos do joelho					
578	Seqüelas de fraturas ou pós-imobilização					
579	L.E.R/DORT					
580	Inflamações de tecidos moles					
581	Lesões Musculares					
582	Amputações gerais					
660	Lesões articulares					
644	Osgood schlater/leggs P. Calvé					
583	Outros					

s.2.) **REUMATOLOGIA**

584	Afecções reumáticas da coluna vertebral					
585	Artrose/osteoartrose					
586	Artrite/poliartrite					
587	Condromalácea patelar					
588	Osteomielite					
645	Gota úrica					
646	Osteoporose/osteofitose					
589	Outras					

s.3.) **NEUROLOGIA - SNC:**

590	AVE					
591	TRM					
592	TCE					
593	Aneurisma					
594	Parkinson					
595	Esclerose múltipla/ELA					
647	Esclerose senil					
648	Distúrbios labirínticos					
596	Outros					

s.4.) **NEUROLOGIA SNP:**

597	Polirradiculoneurites/G. Barre					
598	Neuropatias Periféricas Inflamatórias e tóxicas					
599	Lesões de Pares Cranianos/PFP					
600	Lesões traumáticas de plexos e nervos periféricos					
601	Seqüelas de Hanseníase					
602	Outros					

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

s.5.) **NEUROPEDIATRIA:**

603	PC					
604	Síndrome de Down					
605	Microcefalia					
606	Hidrocefalia					
607	Anomalias congênitas					
608	ADNPM/DM					
655	Hiperatividade					
649	Miopatias					
650	Seqüelas Meningites					
651	Síndrome Litlle					
652	Seqüelas de poliomielite					
653	Autismo					
654	Atetoses/ataxias					
609	Outros					

s.6.) **CARDIO-RESPIRATÓRIA:**

610	Seqüelas respiratórias de pós-cirurgiado torácico					
611	Seqüelas de infecções respiratórias gerais					
612	DPOC					
613	Derrame Pleural/Pneumotórax					
614	Seqüelas de tuberculoses					
658	Cardiopatias					
615	Outros					

s.7.) **DIVERSAS:**

616	Seqüelas de queimaduras					
656	Distúrbios circulatórios					
657	Seqüelas de CA (câncer) em geral					
659	Seqüelas de AIDS					
664	Disfunções temporárias decorrentes da gestação					
795	Doenças de Pele/tegumento/Alergias em Geral					
796	Outras					

s.8.) **PSICOLOGIA:**

617	Distúrbios de comportamento					
618	Distúrbios de aprendizagem					
619	Distúrbios de personalidade					
620	Psicoses em geral					
621	Drogadição					
745	Depressão					
622	Neuroses em geral					
623	Stress					
624	Fobias					
625	Outros					

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

s.9.) FONOAUDIOLOGIA:

626	Distúrbios da voz					
627	Distúrbios da linguagem					
628	Distúrbios de aprendizagem					
629	Distúrbios auditivos					
630	Distúrbio da fala					
631	Alteração da Motricidade					
632	Deglutição atípica					
633	Outros					

s.10.) ASSISTENTE SOCIAL:

634	Avaliação Social					
635	Parecer Técnico					
636	Socioterapia					
637	Atendimento individual					
638	Atendimento em grupo					
639	Visita domiciliar					
640	Encaminhamentos					
641	Recrutamento e Seleção					
642	Processos de Doação					

s.11.) OTORRINOLARINGOLOGIA:

746	Otites					
747	Perdas Auditivas					
748	Fenda Palatina					
749	Transtornos de Vias Aérias Superiores					
750	Afecções da Laringe					
751	Afecções da Faringe					
752	Afecções do sistema Vestibular					
753	Outros					

s.12) ORTÓPTICA:

754	Visão Sub-normal					
755	Ambliopsia					
790	Estrabismo					
791	Forias					
756	Outros					

s.13) ENFERMAGEM:

764	Alterações Pressóricas					
765	Escaras em Geral					
766	Primeiros Socorros					
767	Outros					

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
Secretaria de Estado de Saúde
Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

s.14. ODONTÓLOGO / THD:

768	Cáries					
769	Doenças Periodontais, agudas e degenerativas					
770	Doenças pulpares, agudas e degenerativas					
771	Doenças peri-apicais, agudas e degenerativas					
772	Afecções ósseas maxilo-mandibulares					
773	Distúrbios da ATM					
774	Hipertrofia Gengival					
775	Técnicas de Higienização e fluoretação					
776	Desarmonias oclusais					
792	Estomatites, Glossites e gengivites					
793	Afecções de Tecidos Moles					
794	Outros					

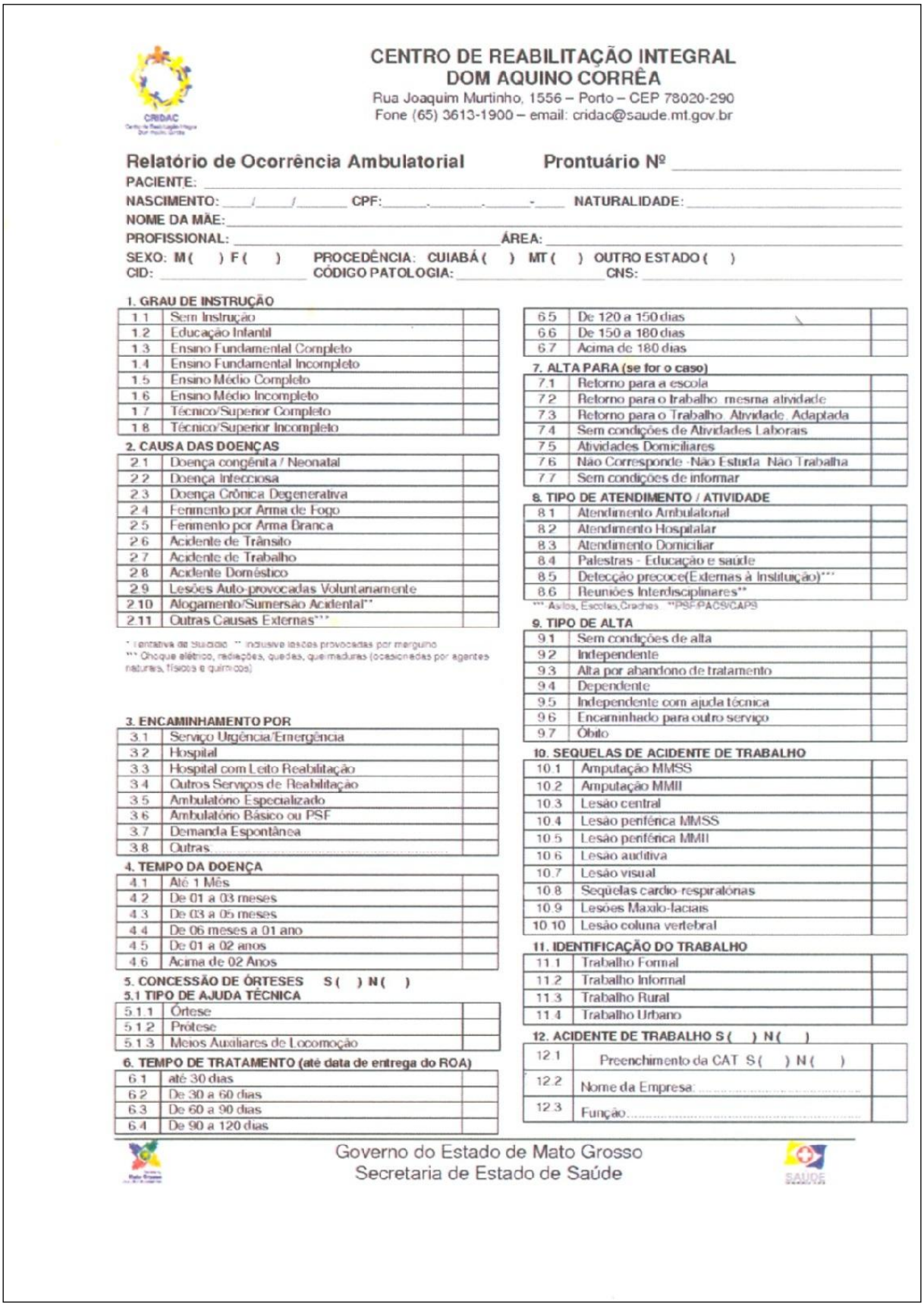
s.15) NUTRICIONISTA:

777	Obesidade					
778	Diabets Melitus					
779	Nefropatia					
780	Desnutrição					
781	Deslipidemias					
782	Complicações do Aparelho Gastro-intestinal					
783	Outros					

s.16) EXAMES PRÉ-DIAGNÓSTICOS:

784	Eletroneuromiografia					
785	Audiometria Vocal					
786	Audiometria Tonal					
787	Impedânciometria					
788	Bera					
789	Outros					

ANEXO 3 - ROA - REGISTRO DE OCORRÊNCIAS AMBULATORIAL



CRIDAC

CENTRO DE REABILITAÇÃO INTEGRAL
DOM AQUINO CORRÊA
Rua Joaquim Murtinho, 1556 – Porto – CEP 78020-290
Fone (65) 3613-1900 – email: cridac@saude.mt.gov.br

Relatório de Ocorrência Ambulatorial **Prontuário Nº** _____

PACIENTE: _____

NASCIMENTO: ___/___/_____ CPF: ___.___.___-___ NATURALIDADE: _____

NOME DA MÃE: _____

PROFISSIONAL: _____ ÁREA: _____

SEXO: M( ) F( ) PROCEDÊNCIA: CUIABÁ ( ) MT ( ) OUTRO ESTADO ( )

CID: _____ CÓDIGO PATOLOGIA: _____ CNS: _____

1. GRAU DE INSTRUÇÃO

1.1	Sem Instrução	
1.2	Educação Infantil	
1.3	Ensino Fundamental Completo	
1.4	Ensino Fundamental Incompleto	
1.5	Ensino Médio Completo	
1.6	Ensino Médio Incompleto	
1.7	Técnico/Superior Completo	
1.8	Técnico/Superior Incompleto	

2. CAUSA DAS DOENÇAS

2.1	Doença congênita / Neonatal	
2.2	Doença Infecciosa	
2.3	Doença Crônica Degenerativa	
2.4	Ferimento por Arma de Fogo	
2.5	Ferimento por Arma Branca	
2.6	Acidente de Trânsito	
2.7	Acidente de Trabalho	
2.8	Acidente Doméstico	
2.9	Lesões Auto-provocadas Voluntariamente	
2.10	Afogamento/Sumersão Acidental**	
2.11	Outras Causas Externas***	

* Tentativa de suicídio ** inclusive lesões provocadas por maruipo
*** Choque elétrico, mediações, quedas, queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos)

3. ENCAMINHAMENTO POR

3.1	Serviço Urgência/Emergência	
3.2	Hospital	
3.3	Hospital com Leito Reabilitação	
3.4	Outros Serviços de Reabilitação	
3.5	Ambulatório Especializado	
3.6	Ambulatório Básico ou PSF	
3.7	Demanda Espontânea	
3.8	Outras.....	

4. TEMPO DA DOENÇA

4.1	Até 1 Mês	
4.2	De 01 a 03 meses	
4.3	De 03 a 06 meses	
4.4	De 06 meses a 01 ano	
4.5	De 01 a 02 anos	
4.6	Acima de 02 Anos	

5. CONCESSÃO DE ÓRTESES S( ) N( )

5.1 TIPO DE AJUDA TÉCNICA

5.1.1	Órtese	
5.1.2	Prótese	
5.1.3	Meios Auxiliares de Locomoção	

6. TEMPO DE TRATAMENTO (até data de entrega do ROA)

6.1	até 30 dias	
6.2	De 30 a 60 dias	
6.3	De 60 a 90 dias	
6.4	De 90 a 120 dias	
6.5	De 120 a 150 dias	
6.6	De 150 a 180 dias	
6.7	Acima de 180 dias	

7. ALTA PARA (se for o caso)

7.1	Retorno para a escola	
7.2	Retorno para o trabalho mesma atividade	
7.3	Retorno para o Trabalho Atividade Adaptada	
7.4	Sem condições de Atividades Laborais	
7.5	Atividades Domiciliares	
7.6	Não Corresponde -Não Estuda Não Trabalha	
7.7	Sem condições de informar	

8. TIPO DE ATENDIMENTO / ATIVIDADE

8.1	Atendimento Ambulatorial	
8.2	Atendimento Hospitalar	
8.3	Atendimento Domiciliar	
8.4	Palestras - Educação e saúde	
8.5	Detecção precoce(Externas à Instituição)***	
8.6	Reuniões Interdisciplinares**	

*** Asilos, Escolas,Creches ** PSF/PACS/CAPS

9. TIPO DE ALTA

9.1	Sem condições de alta	
9.2	Independente	
9.3	Alta por abandono de tratamento	
9.4	Dependente	
9.5	Independente com ajuda técnica	
9.6	Encaminhado para outro serviço	
9.7	Óbito	

10. SEQUELAS DE ACIDENTE DE TRABALHO

10.1	Amputação MMSS	
10.2	Amputação MMII	
10.3	Lesão central	
10.4	Lesão periférica MMSS	
10.5	Lesão periférica MMII	
10.6	Lesão auditiva	
10.7	Lesão visual	
10.8	Seqüelas cardio-respiratórias	
10.9	Lesões Maxilo-faciais	
10.10	Lesão coluna vertebral	

11. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO

11.1	Trabalho Formal	
11.2	Trabalho Informal	
11.3	Trabalho Rural	
11.4	Trabalho Urbano	

12. ACIDENTE DE TRABALHO S( ) N( )

12.1	Preenchimento da CAT S( ) N( )	
12.2	Nome da Empresa:.....	
12.3	Função:.....	

Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde

SAÚDE

CRIDAC

CENTRO DE REABILITAÇÃO INTEGRAL
DOM AQUINO CORRÊA
Rua Joaquim Murtinho, 1556 – Porto – CEP 78020-290
Fone (65) 3613-1900 – email: cridac@saude.mt.gov.br

12. CONTROLE DE ATENDIMENTO

MÊS: JANEIRO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: MARÇO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: MAIO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: JULHO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: SETEMBRO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: NOVEMBRO

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: FEVEREIRO

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28				

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS ABRIL/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: JUNHO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS AGOSTO/

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: OUTUBRO

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

MÊS: DEZEMBRO

01	02	03	04	05	06	07	08
09	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____
Cód. SIA/SUS: _____ Total: ____

_____
Carimbo e Assinatura do Profissional

ANEXO 4 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

Parecer nº 04/2009

Responsável: Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni

COMISSÃO CIENTÍFICA

1) IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: "O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USUÁRIO DA REDE DE REABILITAÇÃO FÍSICA DO ESTADO DE MATO GROSSO, NO PERÍODO DE 2003 A 2007"

Pesquisador Responsável: Marcos Antonio Moreira de França

Colaboradores: Nada consta

Instituições: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo / Programa de Pós-Graduação / Mestrado em Saúde Coletiva

Local de realização do projeto: Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa (CRIDAC), Estado de Mato Grosso

Data de recebimento do projeto: 19/01/2009 **Data do parecer:** 29/01/2009

2) RELAÇÃO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

- Cadastro completo do CEP preenchido (Protocolo de Pesquisa).
- Cópia do consentimento livre e esclarecido.

3) COMENTÁRIOS SOBRE O PROJETO

O objetivo deste projeto de mestrado é caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários da rede assistencial em reabilitação física do Sistema Único de Saúde do Estado do Mato Grosso, no período de 2003 a 2007. Dentro deste objetivo geral, o pesquisador procurará identificar a distribuição da rede de reabilitação, mapeando a cobertura assistencial e suas características técnico-assistenciais, conhecer o sistema de informação desses serviços e caracterizar o perfil epidemiológico da população usuária das diferentes regiões do estado .

A Metodologia está adequada aos objetivos propostos, e os cuidados éticos com os sujeitos de pesquisa não serão necessários na medida em que o pesquisador trabalhará com base de dados secundários do CRIDAC.

4) PARECER FINAL

O projeto foi considerado **aprovado** por esta Comissão Científica que ressalta as suas qualidades, seja pelas contribuições que o mesmo pode oferecer ao Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Saúde Coletiva e à F.C.M.S.C. de São Paulo, seja pela contribuição que poderá dar à compreensão das características dos usuários da rede de reabilitação física do estado do Mato Grosso, identificando possíveis aspectos peculiares dessa população. Os resultados obtidos fornecerão subsídios para a melhoria dos serviços e das políticas públicas para o SUS.

Os membros da Comissão Científica deste departamento encontram-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas com relação ao encaminhamento do projeto.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL