



DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS REGIONAIS

Relatório de Pesquisa III

Região de Saúde Baixada Cuiabana (MT)

Dezembro/2021

Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar

**Relatório de Pesquisa
III - Região de Saúde Baixada Cuiabana**

Coordenação
Aylene Bousquat

Elaboração do relatório

Fabiona Iozzi, Nereide Lúcia Martinelli, Adriana Maria Silva Lima, João Henrique Gurtler Scatena, Joana Danielle Brandão Carneiro, Natali Pituba, Paulo Henrique dos Santos Mota, Aylene Bousquat, , Debora Bernardo, Taciana Sixel, Ana Carolina Basso Schimmit

Como citar:

Iozzi F, Martinelli, NL, Lima, AMS, et al. Desafios da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar. Relatório de Pesquisa Região de Saúde da Baixada Cuiabana (MT). USP, UFMT, UFSC, UNEB. São Paulo. Dezembro 2021.

Financiamento:

Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT Nº 35/2018.

Dezembro/2021

Sumário

<i>Apresentação</i>	<i>1</i>
<i>Objetivos</i>	<i>3</i>
Objetivo Geral	3
Objetivos Específicos	3
<i>Caracterização do campo - Baixada Cuiabana (MT)</i>	<i>4</i>
Identificação dos Informantes	6
<i>Política</i>	<i>8</i>
<i>Estrutura</i>	<i>14</i>
Capacidade Instalada	14
Força de Trabalho	16
Sistemas Logísticos	24
<i>Organização</i>	<i>25</i>
<i>A RCPD no âmbito da Saúde Bucal</i>	<i>30</i>
A trajetória da Saúde Bucal no município de Cuiabá (MT) a partir dos anos 2000	31
Política da RCPD-SB	32
Estrutura da RCPD-SB	33
Organização da RCPD-SB	36
Os desafios da RCPD-SB	39
<i>Itinerários Terapêuticos</i>	<i>40</i>
Identificação	40
Quadro Agudo	41
Internação	41
Pós AVE	42
Considerações sobre os IT	47
<i>CONCLUSÕES</i>	<i>49</i>

Apresentação

Este relatório integra a série de relatórios da Pesquisa “Desafios da Implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em diferentes contextos regionais: abordagem multidimensional e multiescalar” oriunda da chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT Nº 35/2018. Caso o leitor deseje mais informações, os demais nove relatórios estão disponíveis no site da pesquisa <https://redesinclusivas.net/relatorios> e são eles:

- I) Relatório Metodológico
- II) Região de Saúde de São José do Rio Preto (SP)
- III) Região de Saúde da Baixada Cuiabana (MT)**
- IV) Região de Saúde de Salvador (BA)
- V) Região de Saúde de São Paulo – Brasilândia/Freguesia do Ó (SP)
- VI) Região de Saúde da Grande Florianópolis (SC)
- VII) Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (AM)
- VIII) Relatório Brasil
- IX) Impacto da Pandemia de Covid-19 nos serviços de reabilitação
- X) Conclusões

Para a pesquisa, a equidade está associada à adequação das necessidades do indivíduo e da região onde vive às demandas por serviços de saúde e prevenção. A equidade pode ser vertical - quando os indivíduos, em função de suas particularidades de faixa etária, sexo e histórico de saúde, são tratados de forma diferenciada de acordo com suas necessidades específicas -; ou horizontal - em que grupos de indivíduos similares devem ser tratados da mesma forma e ter acesso aos serviços de saúde e prevenção com mesma qualidade e prontidão. Frente a um quadro de disparidades, as políticas públicas de saúde voltadas às pessoas com deficiência e/ou incapacidade, devem ser implementadas visando promover o acesso de todos os usuários de maneira equitativa, especialmente daqueles que vivem em áreas menos desenvolvidas, ao mesmo tempo em que são estabelecidas condições para que se desenvolva uma estrutura regional de saúde eficiente, buscando evitar a dependência crônica de pequenos municípios em relação aos grandes centros. Aponta-se, ainda, que devem ser alvo de tais políticas as áreas e as populações mais vulneráveis, visto que políticas

igualitárias aplicadas a grupos heterogêneos podem acentuar as disparidades já existentes.

A pesquisa abrange seis regiões de saúde, totalizando 75 municípios. O presente relatório trata da região da Baixada Cuiabana (MT) e seus 11 municípios. Este trabalho tem a finalidade de analisar e discutir o grau de implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), bem como os fatores políticos, organizacionais e estruturais determinantes para seu funcionamento, com o intuito de compor estudo técnico do cenário dessa região para subsidiar a implementação de políticas públicas de saúde baseadas no princípio da equidade e eficiência, buscando a diminuição das disparidades regionais.

Para alcançar esse objetivo, este relatório está estruturado em quatro partes. A primeira busca apresentar um panorama geral da deficiência no Brasil, assim como uma caracterização regional da região de saúde da Baixada Cuiabana. Já a segunda parte está voltada para os resultados da pesquisa de campo realizada na região, evidenciando a análise dos dados primários coletados e os resultados por macrodimensão analítica. A terceira parte é dedicada aos estudos de apoio integrantes da pesquisa e que complementam o sistema analítico proposto. A quarta parte coloca em discussão os principais achados e as conclusões centrais da pesquisa no que se refere à etapa regional da Baixada Cuiabana.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar e discutir o grau de implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, bem como os fatores políticos, organizacionais e estruturais determinantes para seu funcionamento, em diferentes contextos institucionais e regionais.

Objetivos Específicos

- Analisar o processo de elaboração e pactuação dos Planos de Ação Regional e Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência entre as Instâncias Estadual, Regional e Municipal;
- Analisar suas pactuações, regulação e gestão da rede;
- Identificar o processo de adesão e acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pelas instâncias gestoras (Comissão Intergestores Regional - CIR, Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Grupos Condutores Estaduais e Regionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência);
- Identificar as barreiras para implementação da RCPCD frente às diferentes realidades regionais, institucionais e aos modelos de atenção à saúde;
- Analisar a concordância das práticas desenvolvidas pelos pontos de atenção da RCPCD com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- Identificar as barreiras de acesso aos serviços na RCPCD;
- Identificar modelos, fluxos de comunicação e ferramentas utilizadas para a integração entre os componentes da RCPCD (APS, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência) e as centrais de regulação estaduais e municipais;
- Analisar o processo de regulação assistencial da RCPCD;
- Analisar a disponibilidade e a distribuição de recursos humanos;

Caracterização do campo - Baixada Cuiabana (MT)

A região de saúde Baixada Cuiabana está localizada na porção sul do estado de Mato Grosso, representando a região Centro-Oeste na presente pesquisa. É composta por 11 municípios: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá, Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé, Santo Antônio do Leverger e Várzea Grande (Figura 1).

Figura 1: Região de Saúde Baixada Cuiabana: localização em MT e municípios que a compõem.



Fonte: elaboração própria.

O Quadro 1 apresenta os percentuais por tipo de deficiência para cada um dos municípios da região de saúde da Baixada Cuiabana. O município com maior proporção de ao menos uma deficiência é Nossa Senhora do Livramento (27,9%), um dos municípios eleitos para a pesquisa de campo.

Quadro 1: Tipo de deficiências (total populacional e em percentuais) por municípios – Região de Saúde da Baixada Cuiabana (MT), 2010.

Quadro 1. Tipo de deficiência (total populacional e em percentuais) por municípios - Região de Saúde da Baixada Cuiabana (M7), 2016.

Municípios da Região de Saúde	Ao menos uma deficiência		Auditiva		Mental / intelectual		Motora		Visual	
			Não Consegue e Grande Dificuldade				Não Consegue e Grande Dificuldade		Não Consegue e Grande Dificuldade	
	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)	Total	(%)
Acorizal	1125	20,4	87	1,57	85	1,54	107	1,94	151	2,73
Barão de Melgaço	990	13,04	79	1,04	51	0,68	111	1,46	130	1,71
Chapada dos Guimarães	3495	19,61	124	0,69	215	1,2	164	0,92	192	1,08
Cuiabá	128425	23,3	4886	0,89	5981	1,09	10553	1,92	17349	3,14
Jangada	1931	25,08	89	1,16	111	1,44	84	1,09	95	1,24
Nossa Senhora do Livramento	3239	27,9	173	1,49	248	2,13	313	2,7	412	3,55
Nova Brasilândia	1034	22,54	55	1,19	63	1,37	50	1,07	99	2,14
Planalto da Serra	712	26,13	32	1,2	18	0,66	28	1,04	95	3,47
Poconé	6527	20,54	283	0,89	350	1,1	645	2,02	791	2,49
Santo Antônio do Leverger	3990	21,61	174	0,94	55	0,3	357	1,93	446	2,42
Várzea Grande	56696	22,45	2294	0,91	2579	1,02	4321	1,71	9187	3,63

Fonte: IBGE - Censo Demográfico.

Estudo de Caso

Nesta seção são apresentados os dados relativos ao estudo realizado na região de saúde da Baixada Cuiabana segundo as três macrodimensões centrais de análise: política, estrutura e organização. Os dados primários são expostos de forma quantitativa, com os resultados tabulados dos questionários estruturados. Estes, juntamente com os roteiros de entrevista, foram transcritos e as falas mais relevantes serão destacadas aqui com o intuito de registrar conteúdos pertinentes a cada uma das categorias nas respectivas macrodimensões.

Identificação dos Informantes

Foram entrevistados 44 indivíduos, representantes das esferas, estadual, regional e municipal, enquadrados na categoria de Gestor (43,2%), Prestador (38,6%) e Sociedade (18,2%) (Quadro 2). Estavam vinculados a suas respectivas instituições de trabalho/cargo de representação social em média há 11 anos. Entre estes 75,0% eram do sexo feminino e 25,0% masculino, com idade média de 45,2 anos. O Quadro 3. apresenta a distribuição da formação profissional dos entrevistados, bem como os dados acima descritos.

Quadro 2. Número de entrevistas realizadas pela pesquisa por município, categoria de respondente, tipo de instrumento e código atribuído - Baixada Cuiabana, setembro de 2019.

Tipo de Respondente		Entrevistas Realizadas
Gestão	Estadual	4
	Regional	4
	Cuiabá	3
	Várzea Grande	3
	N. Sra. Livramento	2
	Acorizal	3
Prestador	Estadual/regional	3
	Cuiabá	5
	Várzea Grande	5
	N. Sra. Livramento	2
	Acorizal	2
Sociedade	Estado	2
	Municípios	7
TOTAL		45

Fonte: elaboração própria

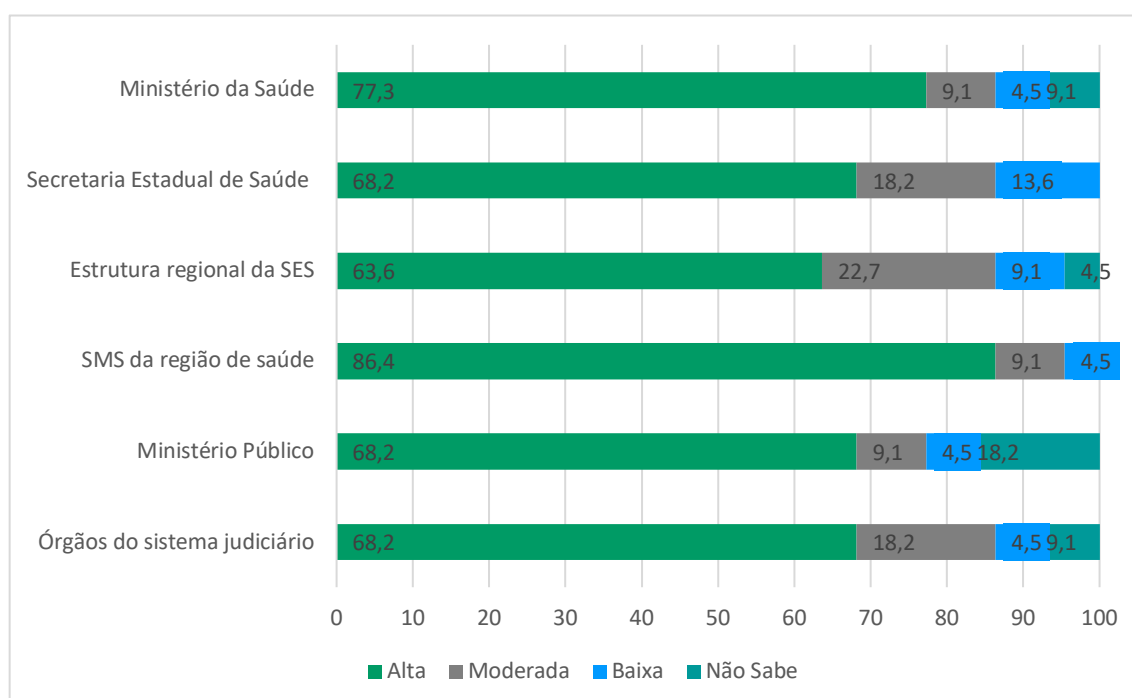
Quadro 3: Perfil dos informantes - Baixada Cuiabana, setembro de 2019.

Variável	Categorias	n	%
Sexo	Feminino	33	75,0
	Masculino	11	25,0
Idade	21 a 30 anos	3	6,8
	31 a 40 anos	15	34,1
	41 a 50 anos	16	36,4
	50 e mais	10	22,7
Tempo na instituição	< 1 ano	4	9,1
	1 a 5 anos	15	34,1
	6 a 10 anos	6	13,6
	11 a 20 anos	11	25,0
	21 e mais	8	18,2
Tipo de vínculo	Cargo comissionado	6	13,6
	Aposentado	1	2,3
	Bolsista	1	2,3
	Celetista	1	2,3
	Concursado	23	52,3
	Contrato temporário	9	20,5
	Processo seletivo	1	2,3
	Voluntário	2	4,5
Formação	Área da Saúde		72,7
	Enfermagem	15	34,1
	Medicina	1	2,3
	Nutrição	1	2,3
	Fisioterapia	7	15,9
	Outros	8	18,2
	Demais áreas	12	27,3

Fonte: elaboração própria

Segundo 89,6% dos entrevistados, as secretarias municipais de saúde da região têm alta importância na tomada de decisões sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), seguido pelo Ministério da Saúde (77,3%). Os órgãos do sistema judiciário aparecem com importância alta em 54,5% das respostas (Gráfico 1).

Gráfico 1: Importância dos órgãos para tomada de decisões na RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Nesse aspecto, um elemento a ser ressaltado é perda de protagonismo da esfera estadual e respectivas estruturas regionais na condução do processo de regionalização e conformação de redes, como discorrem os seguintes entrevistados:

“eu vejo que o escritório regional, já há alguns anos está perdendo forças, porque, pelo momento que é fato que há crise no Estado e essa crise chegou lá nos escritórios regionais que eles têm dificuldade até de prestar assessoria no município por combustível, às vezes não tem condição de pagar uma diária para pagar o almoço para o trabalhador para vir aqui dar assessoria técnica. Então isso é fato que a gente observa, eles estão distantes nos

últimos anos do município, mas a distância eles tentam fazer através dos e-mails, até pelo WhatsApp que eles têm o contato da gente, para estar conversando sobre as coisas do dia a dia, as novidades, os relatórios que estão se atualizando, projetos, documentos, então a maioria através das redes sociais, mas fisicamente eles estão distantes por causa desse contingenciamento do Estado, então distante, tão perto e ao mesmo tempo longe” [Q3].

“a regionalização, não enxergo ainda, não sei se é por a gente estar junto com a capital e com Várzea Grande que é o segundo maior município e aí eles têm uma rede todinha lá para eles, entendeu, e aí ficam esses outros municípios que compõem a baixada muito pequenininho e aí acho que mina um pouco a nossa força, tanto que a gente não tem consórcio de saúde, a única região que a gente não tem consórcio, a gente eu acho que é bem desunido mesmo, acho que cada um olha para o seu umbigo e tenta resolver as coisas no local e aí eu não vejo esse processo de regionalização a curto tempo, estar funcionando ou melhorar, ainda mais agora que o escritório trocou de gestão, aí troca e a gente vê que não está tendo, se você vai na reunião da CIR é muito pouca a participação dos outros municípios, principalmente os grandes, Cuiabá e Várzea Grande, aí fica só nós, pequenos, remando, remando e não, então acho que a regionalização para nós, essa região da baixada cuiabana é bem complicada [Q1].”

“O mais crítico é assim, que o estado não assume verdadeiramente a coordenação dessas redes, quer dizer, não tem uma atuação forte na coordenação dessas redes, e são redes que em algum momento deveriam se conversar porque fazem de uma rede maior que é a rede de assistência e você vê que às vezes não se conversa, então uma pessoa da rede de atenção à pessoa com deficiência, parece que ela só faz parte dessa rede, ela não é um ser humano, ela só é uma pessoa com deficiência, o resto não tem como atender, na realidade então uma pessoa pode fazer parte das várias redes, e isso exige uma coordenação, uma conversa, já desde o começo eu falava assim, o estado tem que ter uma coordenação de redes, não de rede de atenção específica, mas das redes de atenção, parece que agora a CIB está caindo nessa visão de ter câmara técnica, não sei, as câmaras técnicas ainda continuam compartimentalizando as redes né, e aí ficam guetos dentro da própria Secretaria de Estado e também do Ministério da Saúde que não

trabalha, o pessoal da RAP não conversa com o pessoal da rede de urgência e emergência, que não conversa, sabe, são guetos e esses guetos se reproduzem no Estado e se você deixar no município, e isso é muito prejudicial, acho que esse é o ponto mais crítico de falta de coordenação de todas as redes e o outro é o sub financiamento [Q2].”

Contudo, para os municípios pequenos o papel do estado como coordenador e articulador é muito importante. Qualquer desequilíbrio nessa atuação reverbera de maneira negativa para os municípios que têm restrições financeiras e técnicas, como ilustram as falas a seguir:

“o município por ser muito pequeno ele não consegue desenvolver todas as ações, né, então a gente tem parcerias com outros municípios e uma parte é o estado que absorve.” [Q1]

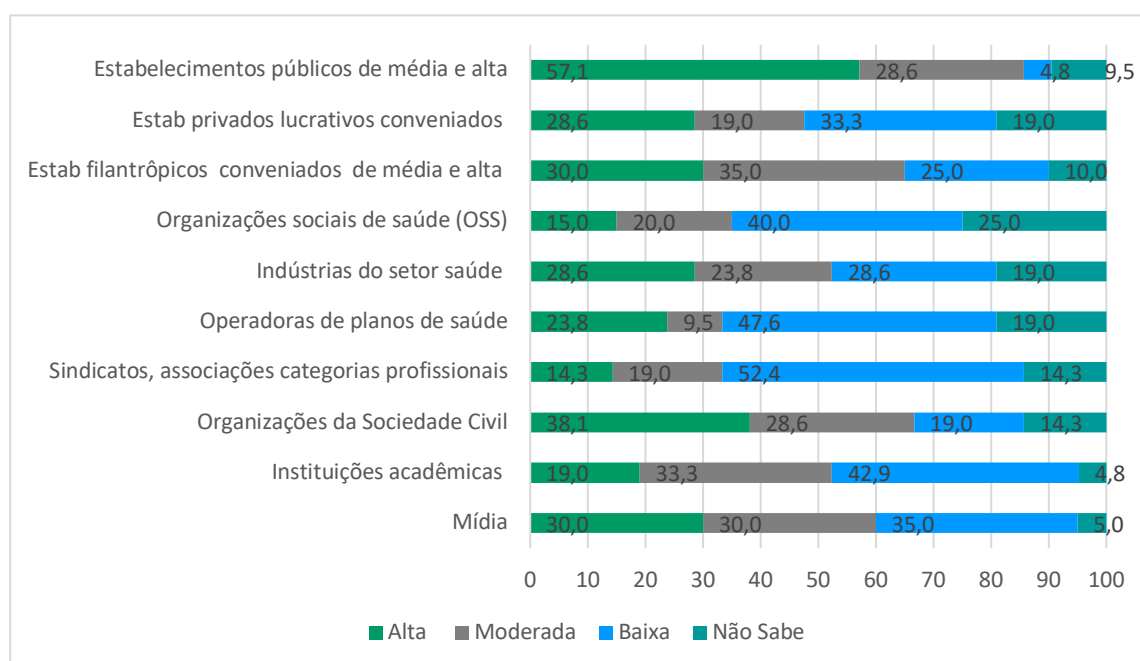
“essa regional é diferente, você tem Cuiabá e Várzea Grande com uma grande população, Cuiabá acima de seiscentos mil, Várzea Grande acima com duzentos mil, aí você tem Poconé que é acima de trinta mil habitantes e você tem os demais, aí você tem município com sete mil habitantes, dentro de toda essa organização. Então, quer dizer, como construir uma rede, nós estamos construindo isso, a questão da rede, mas um dos problemas que até tinha saído da nossa regional como uma proposta operacional era retomar o grupo condutor do Estado das redes, porque se... /.../ Todas as redes porque você tem que ter um grupo condutor e lógico que você vai ter os eixos das redes, mas você tem que ter alguém que está puxando e que está pensando em rede, porque em algum momento uma rede vai conversar com outra rede, né, não tem como. Então para não ficar, eu trabalho, minha rede é essa, eu trabalho nessa, não, essa é a sua rede, entendeu? Mas, a gente vai convergir em muitos momentos, né.” [Q5]

“a gente tem grande dificuldade, principalmente no nosso município, não no gestor da Secretaria né, mas a gente tendo essa dificuldade com o gestor geral municipal que às vezes não tem recurso, mesmo o nosso gestor que está à frente da gente da Secretaria de Saúde, ele tenta correr atrás de todas as formas, a verba que vem para o município é muito pouca, às vezes não dá para cobrir toda a necessidade de toda a população no geral, aí deixa assim, esse caso desse paciente, prioriza um e não prioriza outro e acaba que a

gente às vezes tem que recorrer, a gente acaba recorrendo a comerciante por essa falta de suprir a assistência [D3]”.

Já os estabelecimentos públicos de média e alta complexidade despontam com influência alta (59,1%) sobre as decisões sobre a RCPD na região. As organizações da sociedade civil têm influência alta para 38,1% dos entrevistados (Gráfico 2).

Gráfico 2: Influência de grupos/organizações nas decisões sobre a RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

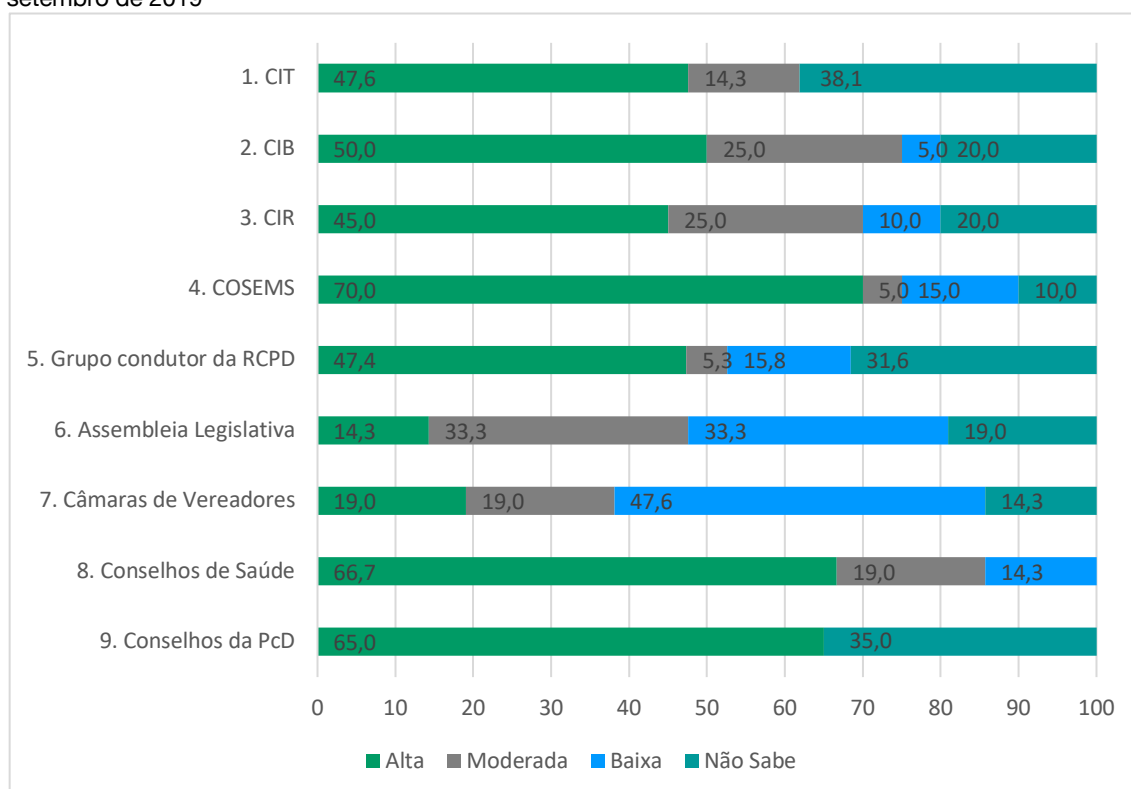
No que tange aos espaços, o Cosems surge como importância alta para a tomada de decisões sobre a RCPD na região para 70,0% dos entrevistados. Os conselhos de saúde são espaços de importância alta para 66,7% e os conselhos de pessoas com deficiência para 65,0% (Gráfico 3).

A CIR não aparece com tanta importância, o que reflete na fala de alguns entrevistados, como por exemplo:

“a CIR nesse momento é uma instância do SUS que carece de visão política, carece de visão estratégica de planejamento, é muito cartorial, ainda é cartorial, apesar de ter melhorado as discussões e tudo, mas assim, tem uma portaria, discute a portaria que foi definida para a frente, não consegue implementar, inovar nas situações, e isso diz respeito às redes, ela está muito

presa à falta de coordenação do Estado com relação às redes, todas as redes, e a CIR segue o mesmo caminho do Estado, apesar do COSEMS ter um protagonismo nisso de melhorar ou tentar melhorar, mas ainda é muito tímido. Então assim, as redes, todas elas, eu falo todas, carecem de um novo realinhamento partindo não sei, mas principalmente do Estado que tem essa visão e essa macro função de coordenação porque não usa ou não faz” [Q2].

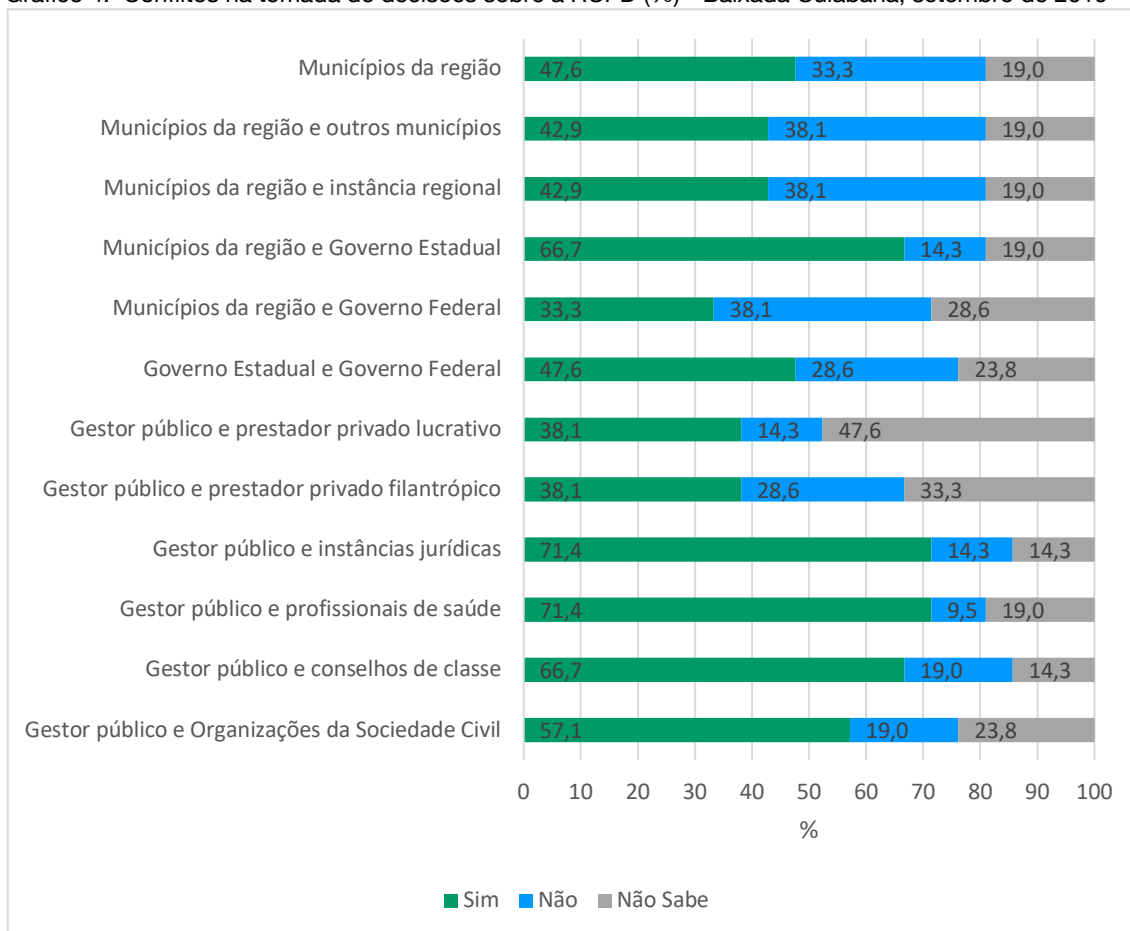
Gráfico 3: Importância dos espaços para tomada de decisões sobre a RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Em relação aos conflitos na tomada de decisões sobre a RCPD, 71,4% dos entrevistados apontam que se concentram entre o gestor público e instâncias jurídicas, bem como entre o gestor e os profissionais de saúde. Já para 66,7%, os conflitos envolvem os municípios da região e o governo estadual (Gráfico 4).

Gráfico 4: Conflitos na tomada de decisões sobre a RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



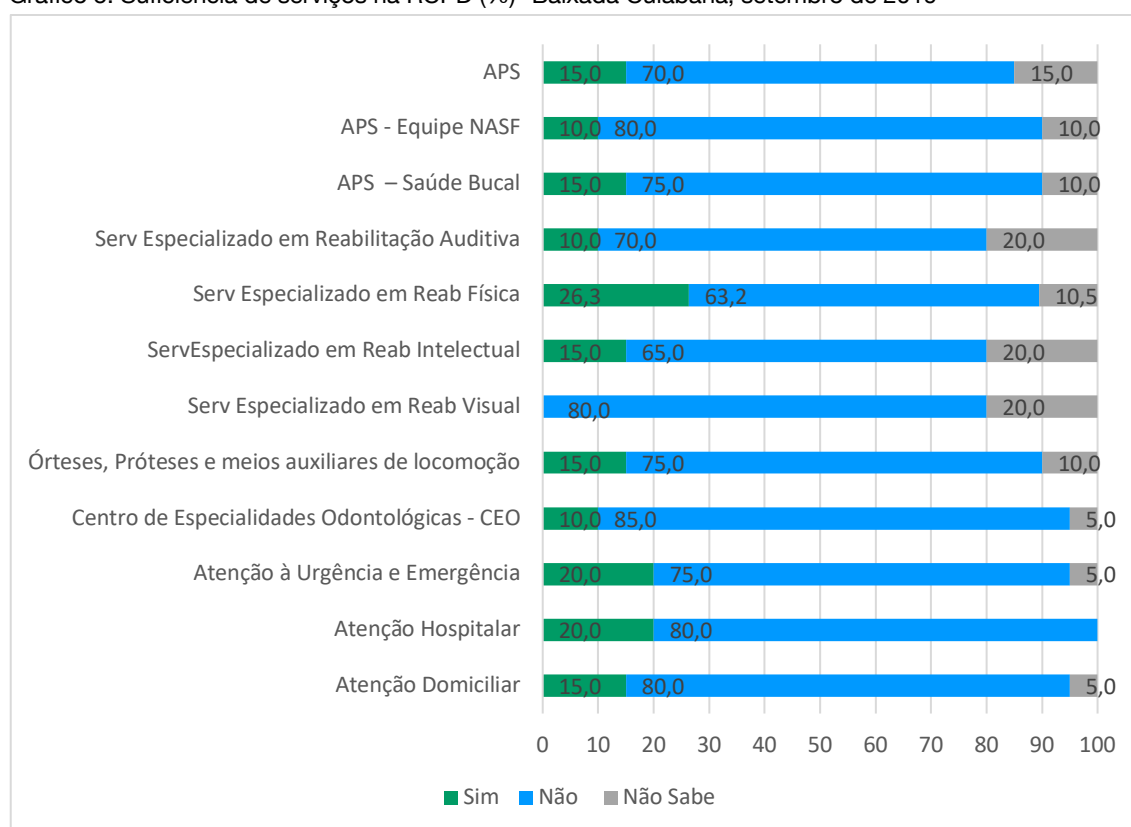
Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

É relevante destacar que, segundo a Portaria que regulamenta a RCPD (Portaria de Consolidação nº3/2017), cada ente federativo tem papéis definidos para a organização da RCPD. Compete aos municípios a organização do Grupo Condutor Municipal, a contratualização e o financiamento dos pontos de atenção e o monitoramento e a avaliação da RCPD. Aos estados cabe a coordenação do Grupo Condutor Estadual, contratualização e financiamento dos pontos de atenção à saúde sob a sua gestão, monitoramento e a avaliação da RCPD no território estadual, de forma regionalizada e o apoio à implementação e ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal. Por fim a União é responsável pelo apoio à implementação, financiamento, monitoramento e à avaliação da Rede.

Capacidade Instalada

Quando questionados sobre a capacidade instalada, nota-se (Gráfico 5) que nenhum serviço foi apontado como suficiente, com destaque para o serviço especializado em reabilitação visual que não foi mencionado como suficiente na região por nenhum dos entrevistados.

Gráfico 5: Suficiência de serviços na RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Cabe ressaltar que os serviços de reabilitação presentes na região de saúde Baixada Cuiabana são:

- 12 Unidades Descentralizadas de Reabilitação de Nível I (reabilitação física) localizadas nos seguintes municípios: Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Cuiabá (Verdão, CPA e Centro de

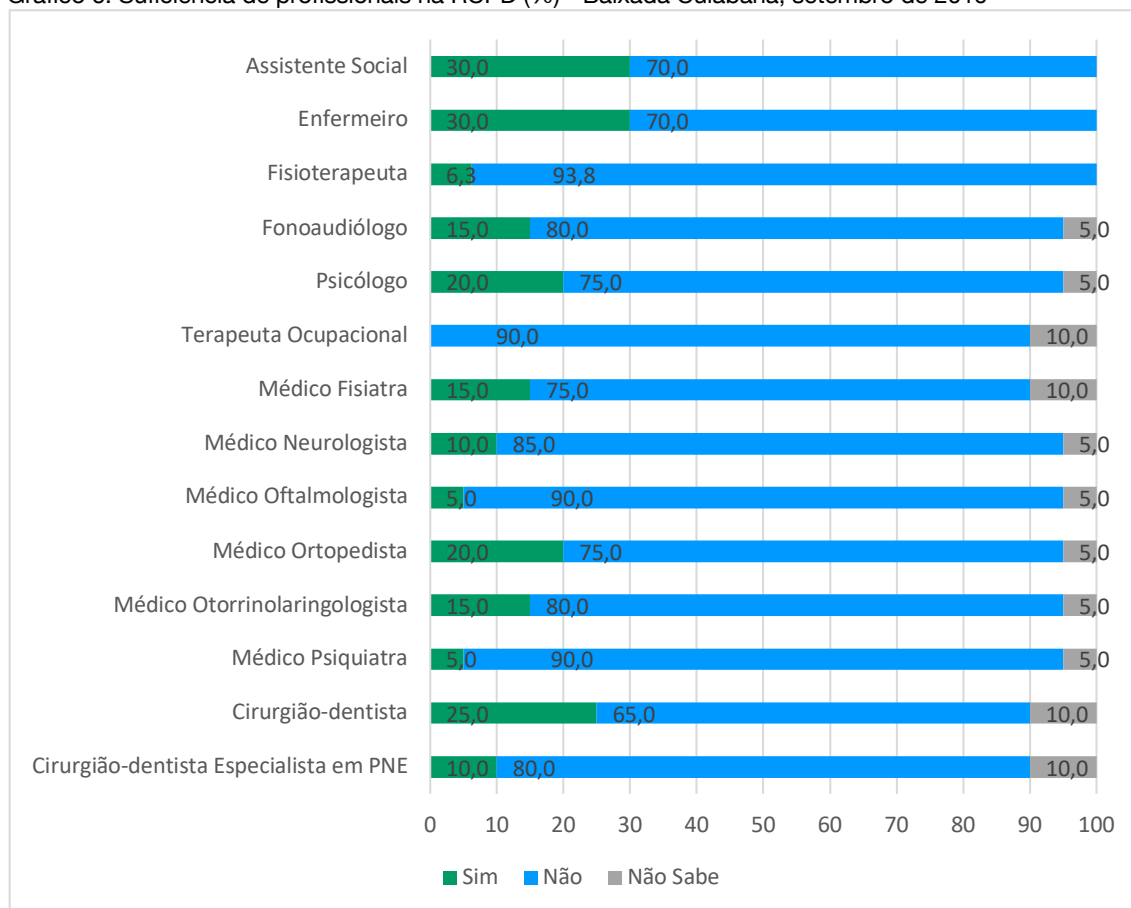
Especialidades Médicas), Jangada, Nossa Senhora do Livramento, Nova Brasilândia, Santo Antonio do Leverger, Planalto da Serra e Poconé;

- 1 Unidade Descentralizada de Reabilitação de Nível II (reabilitação física e equipe multiprofissional) localizada no município de Cuiabá (Coxipó);
- 3 Centros Especializados em Reabilitação sendo:
- um CER III (reabilitação física, auditiva e intelectual) em Cuiabá localizado no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC);
- um CER II (reabilitação física e intelectual) em Cuiabá vinculado à Policlínica do Planalto que, segundo informações atualizadas do grupo condutor estadual, está recebendo o incentivo financeiro do Ministério da Saúde mas não está funcionando como CER;
- um CER II (reabilitação física e intelectual) em Várzea Grande.
- 1 Oficina Ortopédica Fixa localizada em Cuiabá (serviço vinculado ao CRIDAC).

Força de Trabalho

No que se refere aos recursos humanos, a situação também é de significativa insuficiência, como demonstra claramente o Gráfico 6, nenhuma das categorias profissionais elencadas apareceu como suficiente.

Gráfico 6: Suficiência de profissionais na RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Utilizando dados secundários oriundos do CNES foi realizado uma análise de série temporal¹ sobre a oferta de fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e médicos (fisiatra, ortopedista, otorrinolaringologista, neurologista, psiquiatra, oftalmologista, proctologista, urologista e gastroenterologista) que prestam atendimento no serviço público (SUS) na Atenção Primária à Saúde (APS), na Atenção Especializada (AE), na Atenção Hospitalar (AH) e nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) entre os anos de 2007 e 2020.

¹ Ver Relatório Metodológico

Na região de saúde da Baixada Cuiabana nenhuma categoria profissional apresentou aumento significativo em todos os níveis de assistência à saúde. Na APS observou-se aumento significativo para fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, e decréscimo para ortopedistas, urologistas e gastroenterologistas. Na AES somente duas categorias profissionais demonstram resultados significativos, psiquiatras para aumento e proctologistas para diminuição. Para a AHS encontra-se aumento significativo para fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, e diminuição para oftalmologistas e gastroenterologistas. Somente uma categoria profissional possui aumento significativo de 2007 a 2020 no CER, sendo os psiquiatras, porém, para a diminuição estão, terapeutas ocupacionais, ortopedistas, otorrinolaringologistas e neurologistas. As informações sobre todas as categorias profissionais analisadas encontram-se na tabela 5.

Os fisioterapeutas possuem destaque na densidade com aumento na AHS, diminuição no CER e estabilidade na APS e AES. Os psicólogos apresentam aumento visível na APS e novamente as categorias médicas possuem um padrão nesta densidade em todos os níveis de assistência à saúde de 2007 a 2020. As informações sobre a densidade dos profissionais de saúde podem ser visualizadas nos Gráficos 7 a 14.

Tabela 5. Tendência temporal da força de trabalho de profissionais de saúde na região de saúde de Baixada Cuiabana, segundo os níveis de assistência à saúde de 2007 a 2020.

	Seg.	Atenção Primária à Saúde				Atenção Especializada à Saúde				Atenção Hospitalar à Saúde				CER			
		Ano Inicial	Ano Final	APC IC	AAPC IC	Ano Inicial	Ano Final	APC IC	AAPC IC	Ano Inicial	Ano Final	APC IC	AAPC IC	Ano Inicial	Ano Final	APC IC	AAPC IC
		(coef.)	(coef.)	95%	95%	(coef.)	(coef.)	95%	95%	(coef.)	(coef.)	95%	95%	(coef.)	(coef.)	95%	95%
Fisioterapeuta	1	2007 (0.06)	2014 (0.02)	-7.7	5.0	2007 (0.37)	2020 (0.30)	-1.7	-1.7	2007 (0.61)	2020 (2.95)	9.9*	9.9*	2007 (3.05)	2009 (4.27)	17.6	-0.3
	2	2014 (0.02)	2020 (0.08)	21.9*		-	-	-	-	-	-	-	-	2009 (4.27)	2020 (2.99)	-3.3*	
Fonoaudiólogo	1	2007 (0.01)	2020 (0.01)	10.7*	10.7*	2007 (0.09)	2020 (0.10)	0.5	0.5	2007 (0.06)	2012 (0.08)	8.6*		2007 (1.08)	2020 (1.42)	0.9	0.9
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2012 (0.08)	2016 (0.27)	27.1*	12.6*	-	-	-	-
	3	-	-	-	-	-	-	-	-	2016 (0.27)	2020 (0.32)	4.4		-	-	-	-
Terapeuta Ocupacional	1	2010 (0.01)	2020 (0.01)	4.5*	4.5*	2009 (<0.01))	2011 (0.06)	155.1*	10.3	2010 (0.03)	2020 (0.04)	2.2	2.2	2010 (0.62)	2020 (0.24)	-8.1*	-8.1*
	2	-	-	-	-	2011 (0.06)	2020 (0.03)	-8.5*		-	-	-	-	-	-	-	-
Psicólogo	1	2007 (0.10)	2020 (0.29)	8.8*	8.8*	2007 (0.46)	2017 (0.42)	-1.7	0.8	2007 (0.28)	2020 (0.65)	5.9*	5.9*	2007 (0.76)	2020 (1.12)	1.6	1.6
	2	-	-	-	-	2017 (0.42)	2020 (0.55)	9.7		-	-	-	-	-	-	-	-

Seg.: Segmento; Ano Inicial: Ano inicial do segmento; Ano Final: Ano final do segmento; Coef: Coeficiente profissional por 10.000 habitantes; APC: Annual Percent Change; AAPC: Average Annual Percent Change; IC95%: Intervalo de confiança de 95%. *Estatisticamente significativo no nível de 5%.

Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES

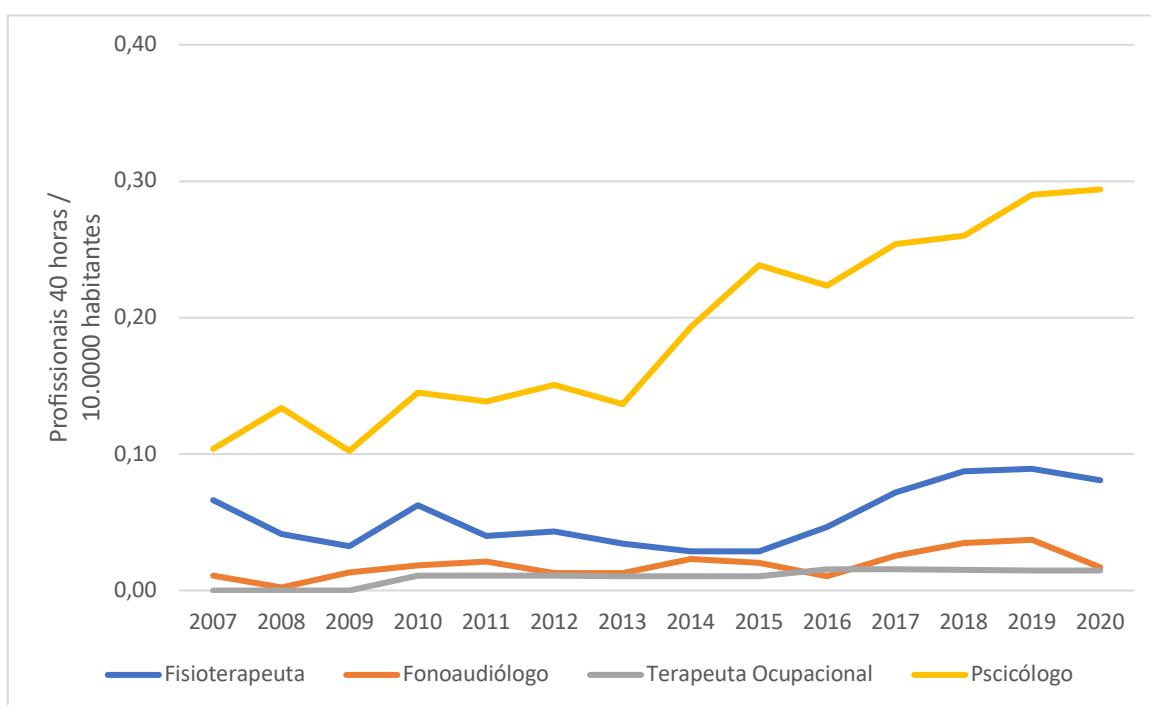
Tabela 5. Tendência temporal da força de trabalho de profissionais médico na região de saúde de Baixada Cuiabana, segundo os níveis de assistência à saúde de 2007 a 2020.

	Se g	Atenção Primária à Saúde				Atenção Especializada à Saúde				Atenção Hospitalar à Saúde				Centro Especializado de Reabilitação			
		Ano Inicial (coef.)	Ano Final (coef.)	APC IC 95%	AAPC IC 95%	Ano Inicial (coef.)	Ano Final (coef.)	APC IC 95%	AAPC IC 95%	Ano Inicial (coef.)	Ano Final (coef.)	APC IC 95%	AAPC IC 95%	Ano Inicial (coef.)	Ano Final (coef.)	APC IC 95%	AAPC IC 95%
Ortopedista	1	2011 (0.01)	2020 (<0.01)	-11.1*	-11.1*	2011 (0.07)	2020 (0.11)	0.9	0.9	2011 (0.27)	2014 (0.52)	17.7	3.9	2011 (0.63)	2020 (0.28)	-7.8*	-7.8*
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2014 (0.52)	2020 (0.50)	-2.4	-	-	-	-	-
OTL	1	-	-	-	-	2011 (0.04)	2020 (0.04)	-1.7	-1.7	2011 (0.06)	2020 (0.12)	1.8	1.8	2011 (0.18)	2016 (0.18)	0.0	-5.3*
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2016 (0.18)	2020 (0.12)	-11.5*	-
Neurologista	1	-	-	-	-	2011 (0.03)	2020 (0.03)	2.6	2.6	2011 (0.04)	2015 (0.07)	22.8	6.5	2011 (0.24)	2014 (0.38)	16.2	-5.7*
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2015 (0.07)	2020 (0.07)	-5.0	-	2014 (0.38)	2020 (0.12)	-15.0*	-
Psiquiatra	1	2011 (<0.01)	2018 (<0.01)	-9.2	-9.2	2011 (0.10)	2020 (0.14)	3.5*	3.5*	2011 (0.06)	2020 (0.10)	1.3	1.3	2011 (0.04)	2016 (0.04)	2.3	15.8*
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2016 (0.04)	2020 (0.16)	35.3*	-
OF	1	2011 (<0.01)	2020 (0.05)	40.4	40.4	2011 (0.12)	2015 (0.16)	8.0*	1.1	2011 (0.18)	2015 (0.19)	1.1	-3.8*	-	-	-	-
	2	-	-	-	-	2015 (0.16)	2020 (0.13)	-4.1*	-	2015 (0.19)	2020 (0.12)	-7.6*	-	-	-	-	-
Proctologista	1	-	-	-	-	2013 (0.01)	2020 (<0.01)	-28.2*	-28.2*	2011 (0.01)	2020 (0.01)	1.4	1.4	-	-	-	-
Urologista	1	2012 (<0.01)	2015 (<0.01)	-1.0*	-1.0*	2011 (0.06)	2020 (0.04)	-1.9	-1.9	2011 (0.10)	2015 (0.04)	3.4	-2.7	2011 (0.10)	2016 (0.04)	-14.0	-14.0
	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2015 (0.04)	2020 (0.04)	-7.4*	-	-	-	-	-
GASTRO	1	2011 (0.01)	2018 (0.01)	0.7	-25.7*	2011 (0.03)	2020 (0.04)	1.2	1.2	2011 (0.04)	2016 (0.03)	-3.6	-13.9*	-	-	-	-
	2	2018 (0.01)	2020 (<0.01)	-74.3*	-	-	-	-	-	2016 (0.03)	2020 (0.01)	-25.3*	-	-	-	-	-

OTL: Otorrinolaringologista; OF: Oftalmologista GASTRO: Gastroenterologista

Seg.: Segmento; Ano Inicial: Ano inicial do segmento; Ano Final: Ano final do segmento; Coef: Coeficiente profissional por 10.000 habitantes; APC: Annual Percent Change; AAPC: Average Annual Percent Change; IC95%: Intervalo de confiança de 95%. *Estatisticamente significativo no nível de 5%.
Fonte: elaboração própria a partir de dados do CNES

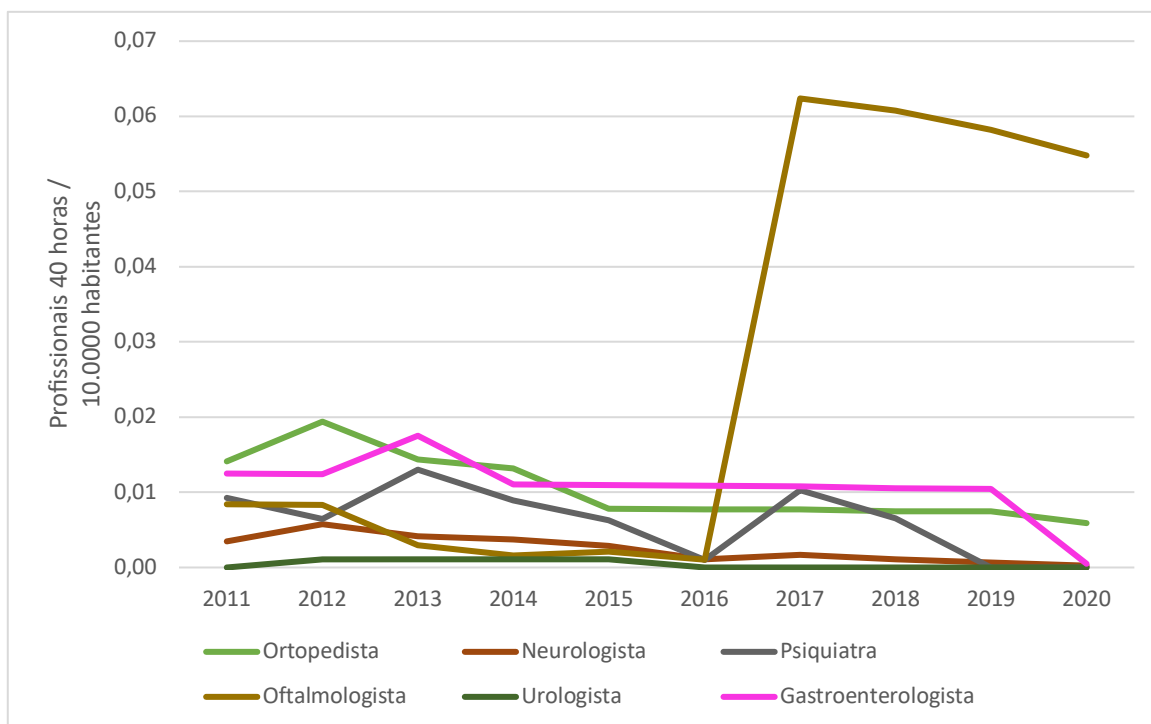
Gráfico 7. Densidade de profissionais de saúde para a APS na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007



a 2020.

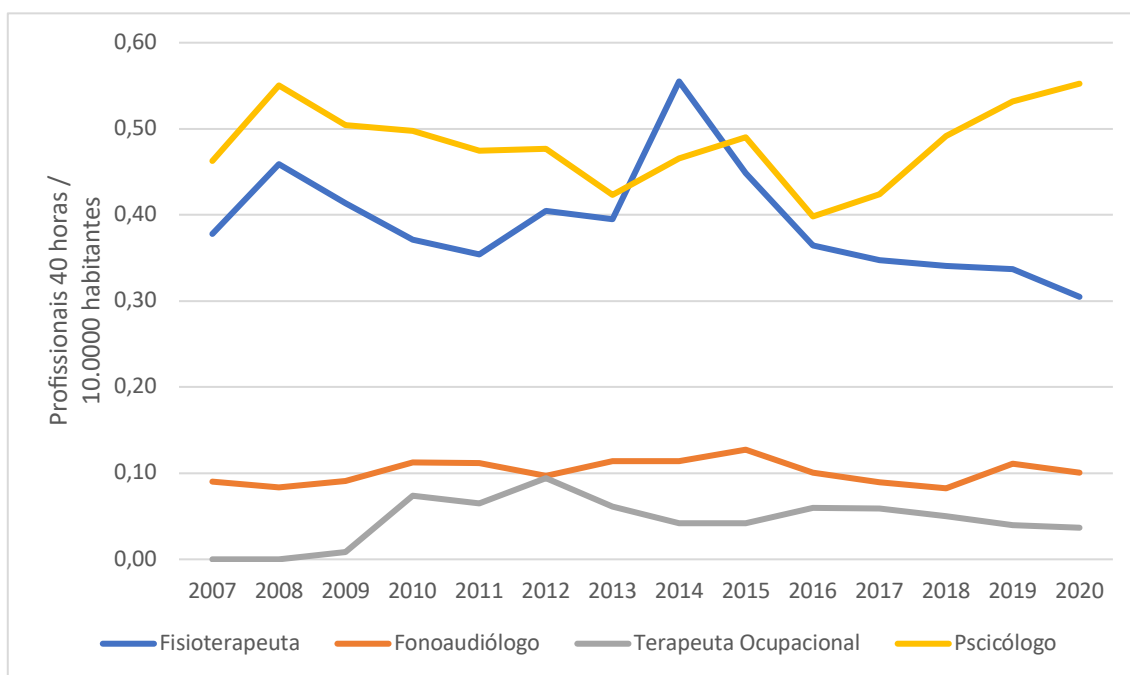
Fonte: CNES

Gráfico 8. Densidade de profissionais médicos para a APS na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



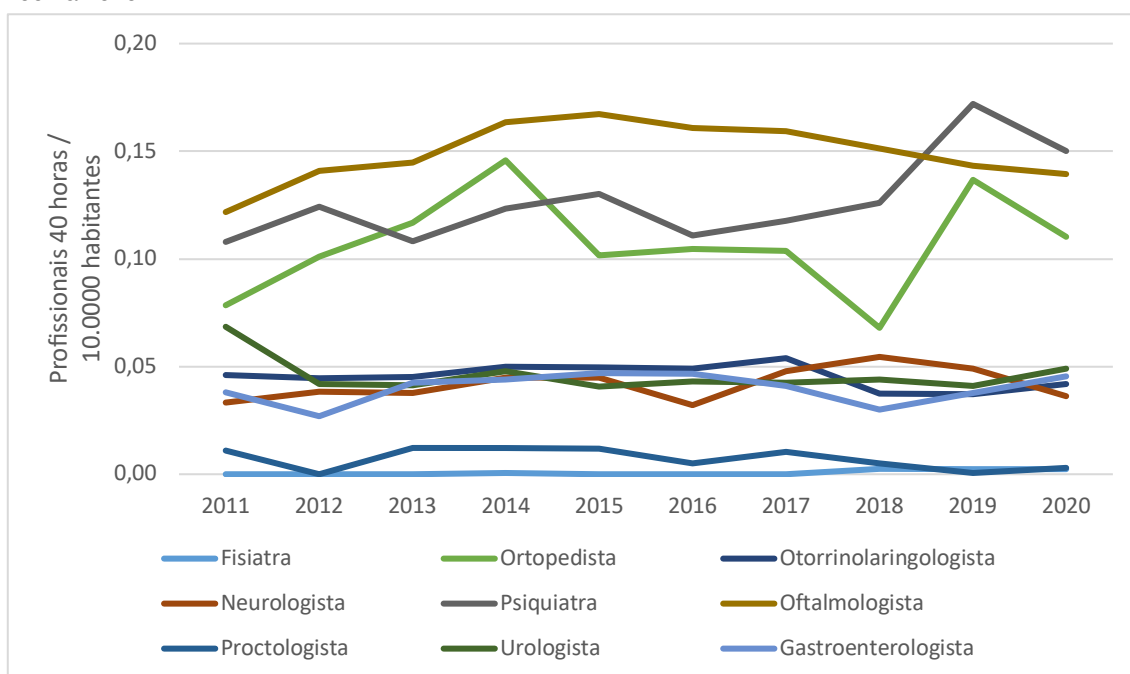
Fonte: CNES

Gráfico 9. Densidade de profissionais de saúde para a AE na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



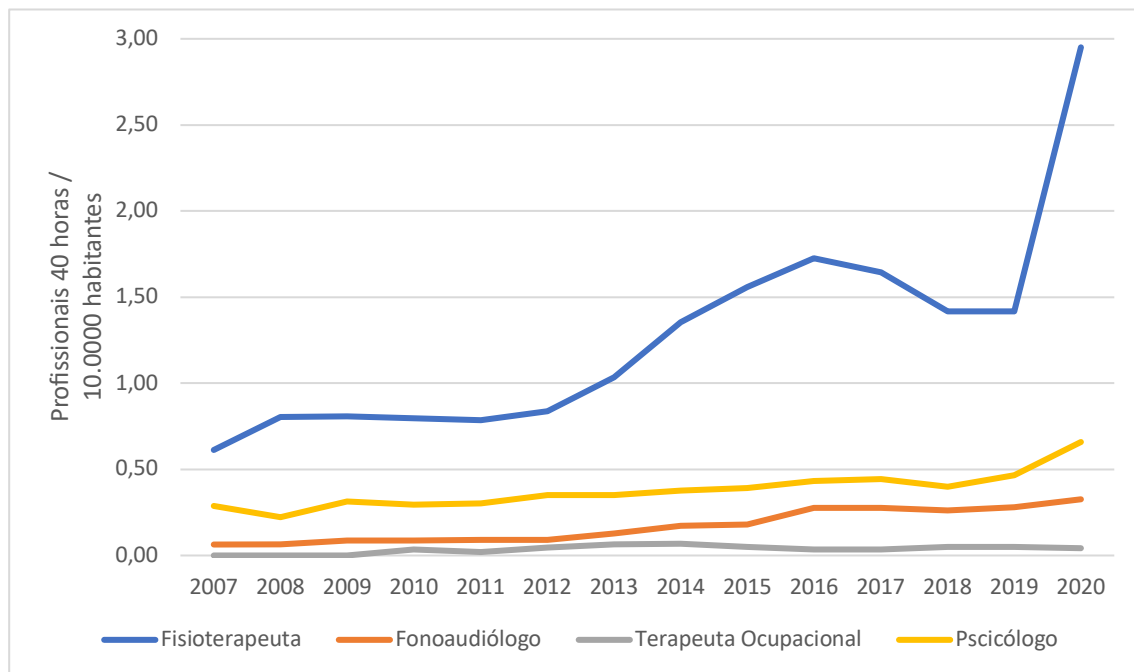
Fonte: CNES

Gráfico 10. Densidade de profissionais médicos para a AE na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



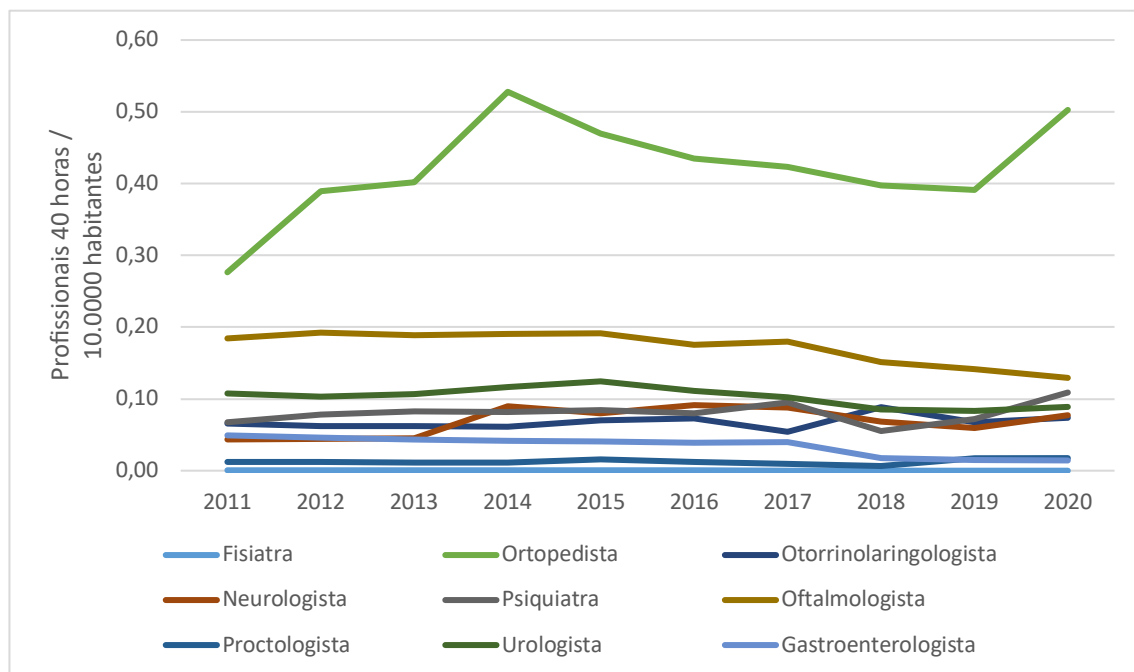
Fonte: CNES

Gráfico 11. Densidade de profissionais de saúde para a AH na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



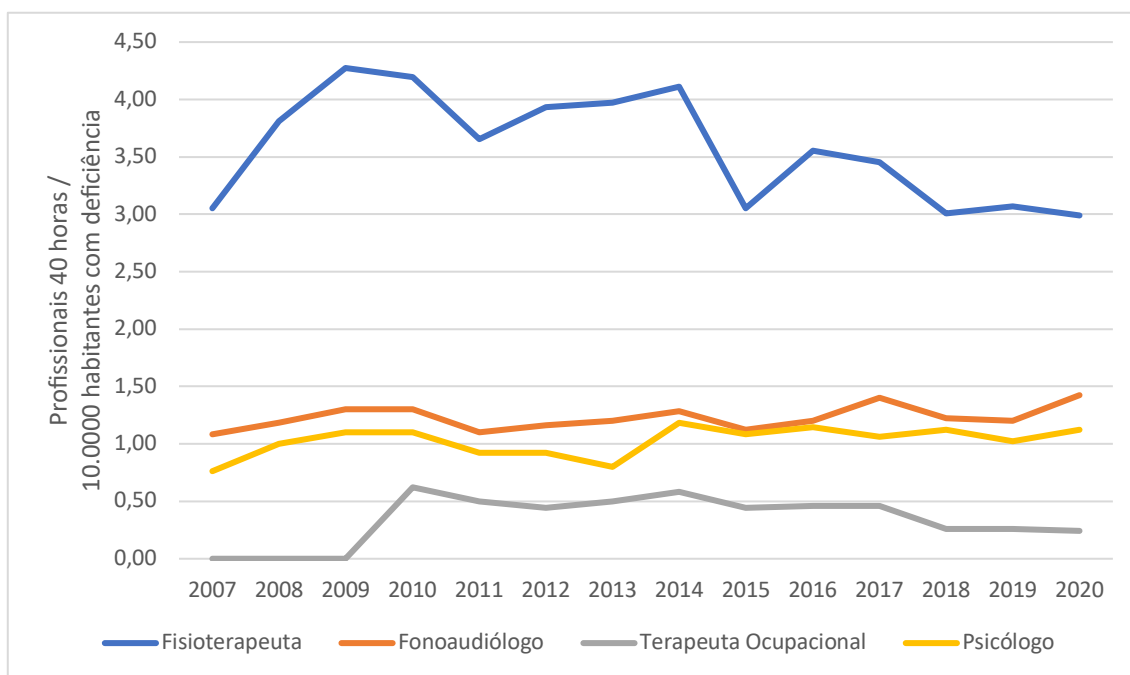
Fonte: CNES

Gráfico 12. Densidade de profissionais médicos para a AH na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



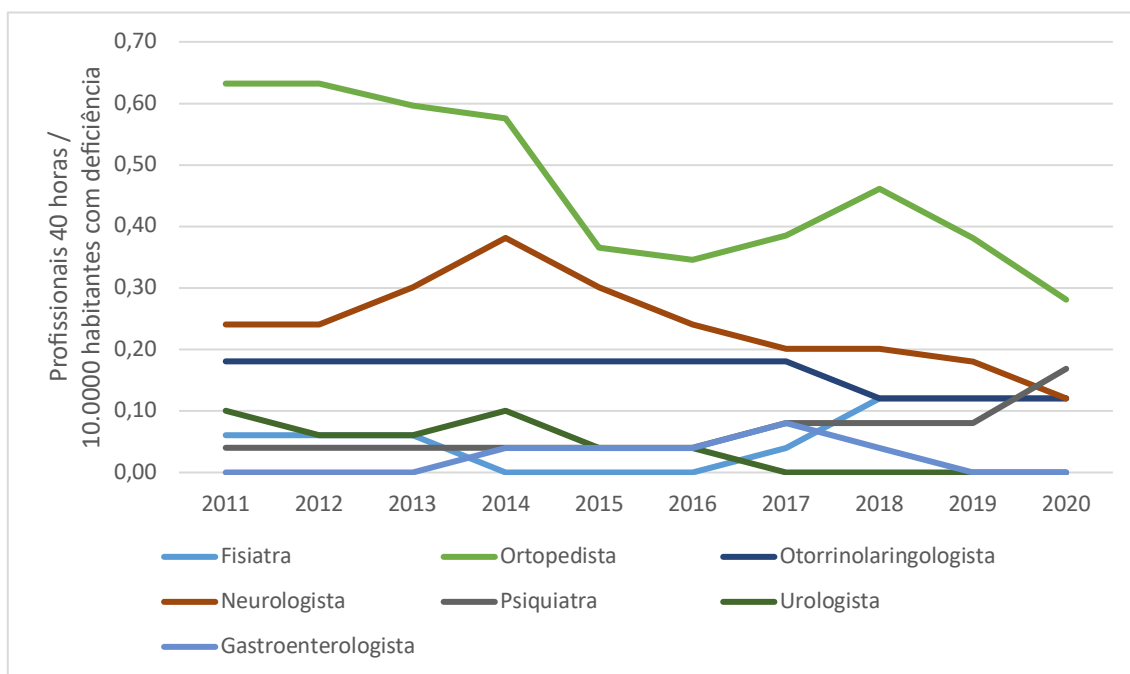
Fonte: CNES

Gráfico 13. Densidade de profissionais de saúde para os CER na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020



Fonte: CNES

Gráfico 14. Densidade de profissionais médicos para os CER na região de saúde de Baixada Cuiabana, de 2007 a 2020

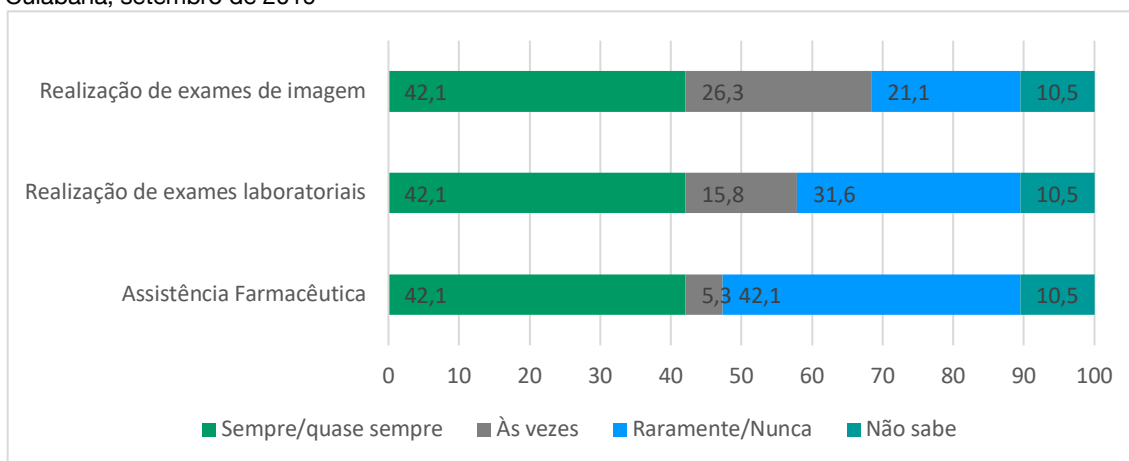


Fonte: CNES

Sistemas Logísticos

Em relação aos sistemas logísticos, destaca-se que para 42,1% a assistência farmacêutica raramente/nunca realiza as ações necessárias. Para a realização de exames de imagem essa porcentagem fica em 31,6% e para exames laboratoriais em 21,1% (Gráfico 15).

Gráfico 15: Existência de componentes do sistema logístico, segundo entrevistados (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019

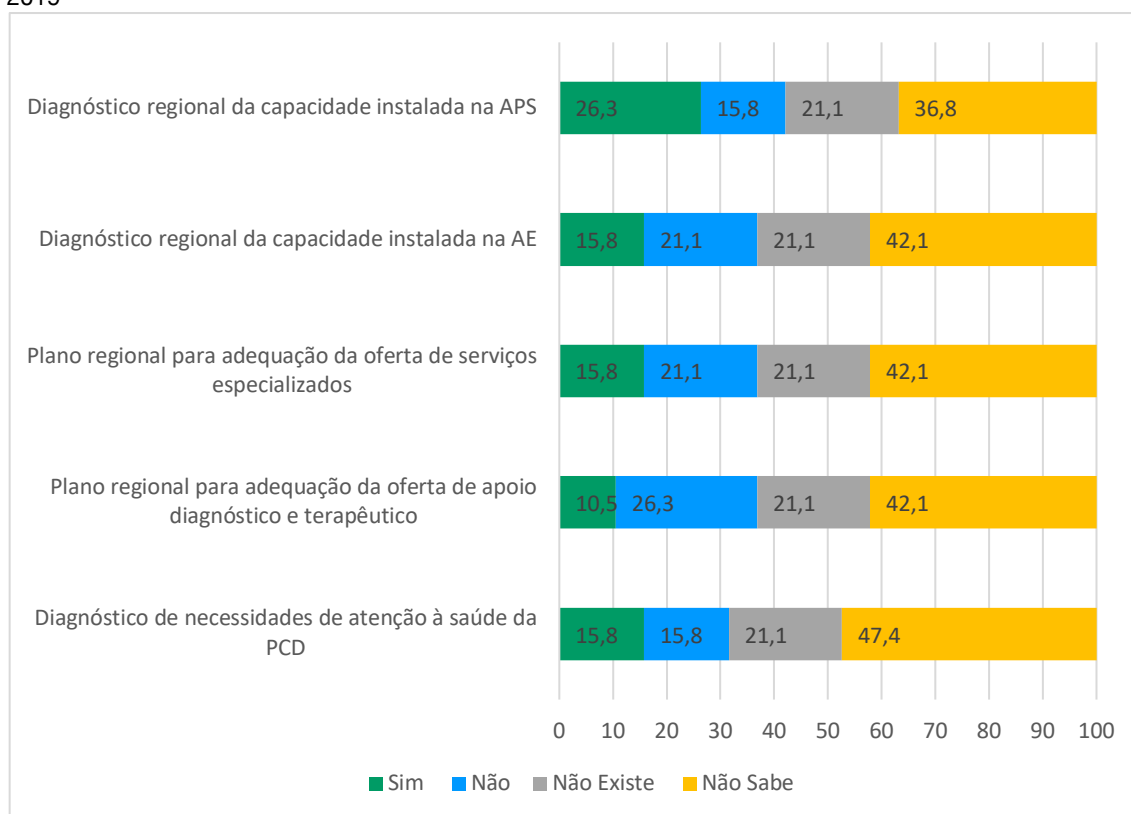


Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Organização

No que se refere ao planejamento da RCPD, chama a atenção a importância da resposta 'não sabe' para a maioria dos entrevistados em todos os aspectos elencados (Gráfico 16), apontando para um importante desafio para a efetividade dessa rede na região.

Gráfico 16: Aspectos considerados para o planejamento da RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Um dos entrevistados fez um depoimento que toca nessa questão:

(...) o município tinha que fazer uma avaliação urgente, quais são as pessoas que apresentam deficiência no município, qualificar isso e quantificar, quantas são, onde essas pessoas estão, em que condições essas pessoas estão vivendo, e aí pensar numa política de assistência, acredito que quando está se falando em rede de atenção está se pensando em tripartite, vem dinheiro do Governo Federal, uma fatia do estado, e município onde o povo está né, isso acontece, então ver antes de se lançar os projetos para o município, os investimentos, é saber a realidade de cada um e otimizar

recurso, nós sabemos que o Brasil é corrupto, mas tem dinheiro, nosso gestor é de uma gestão corrupta, infelizmente, é prova disso, mas tem recurso. Mas é fato também que nós somos a favor de que otimizemos recursos que já são poucos e que de repente forme parcerias para cuidar desse dinheiro que é essa questão do consórcio, se for intermunicipal, município próximo igual Acorizal, Jangada, Livramento com outro município lá próximo, mas aí precisa se conversar, que tipo de deficiência que tem cada município, e em que quantidade em cada um? (...) Será que nossos gestores sabem a demanda nossa, sabe a quantidade de deficientes que nós temos? A qualidade desta deficiência? Essa estrutura nova que está sendo construída aqui vai atender essa população?

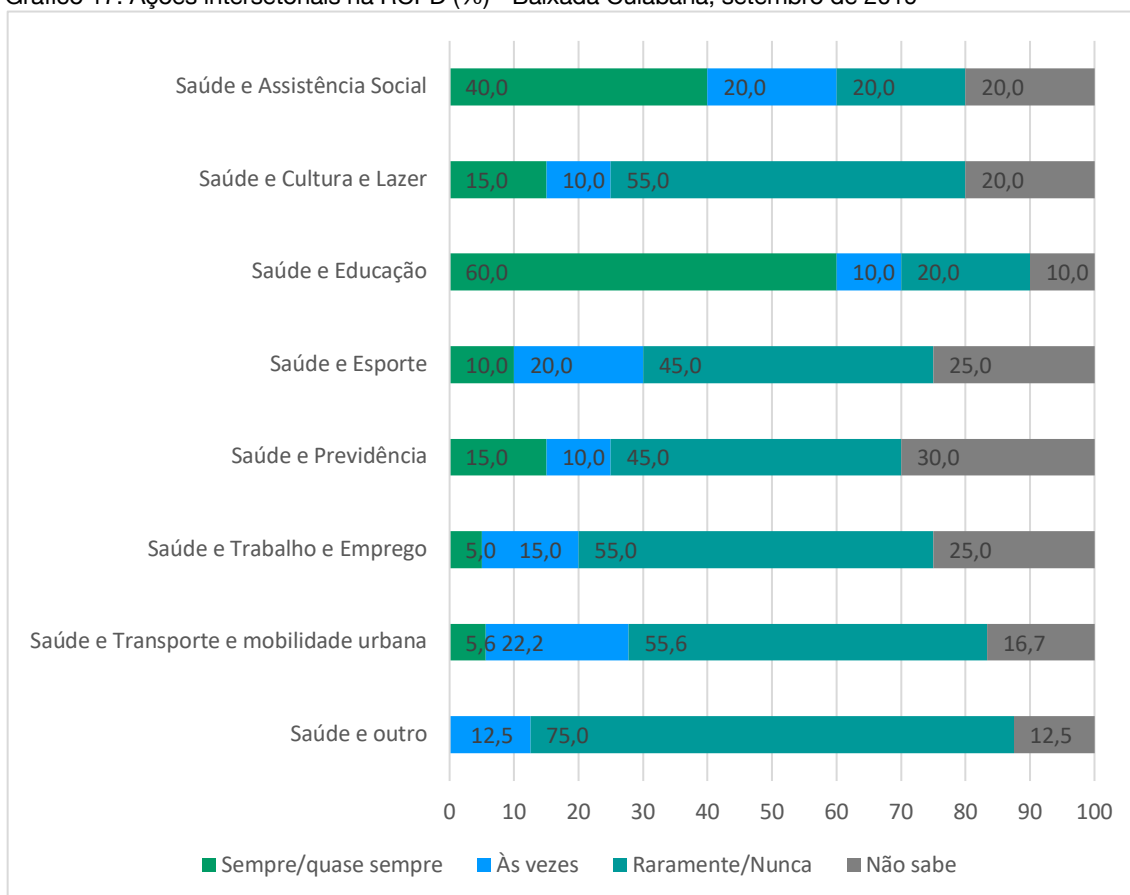
(...) a nível local a contribuição é essa porque o município tem que fazer o levantamento disso né, quais são os equipamentos mínimos que numa unidade de reabilitação não pode faltar? Definir isso em documento para que as coitadas das fisioterapeutas que são pessoas apaixonadas pelos seus pacientes e querem ver eles melhorarem e progredirem, não fiquem frustrados por falta de um equipamento, dentro de um custo pequeno ou de um custo de manutenção também pequeno, e ele está vendo o paciente, talvez ficar com sequela pela vida toda por causa de não atender no tempo oportuno, ou então de um local que vai demorar muito tempo para reabilitar por falta de equipamento que está sem manutenção, ou por falta de equipamento de custo barato. Então talvez seja isso que a população nossa carente, pobre de conhecimento, de expectativa, fica esperando nossos detentores de poder, que muitas vezes não está preocupado com a política pública, está preocupado com a política do eleitoral, do próximo, que ele tem que preocupar mesmo né, mas tem que sentar, **tem que planejar para organizar** né, e eu sempre vejo e falo assim, tem que tirar o proveito da coisa andando correto, tire proveito da coisa andando correto, tem como tirar proveito eleitoral, mas fazendo a coisa correta porque desde quando se faz a coisa errada, pensando na logica contrária, ele está sabendo que está judiando com muita gente, não tem noção eu falo assim, não tem noção de como a falta, um pneu que pode estourar no caminho, o estrago que não faz, ou um remédio que está faltando por falta de pagamento no tempo certo, ou o compromisso do médico que não tem afinidade, não cria vínculo com o povo. Então assim, é muito importante também que os nossos prefeitos pensem em realmente descentralizar este recurso, minimamente o gestor junto com o conselho, a prefeitura ganha muito em dividendos, que a coisa ia andar mais do que ele está achando que está, ah está muito bom, está

indo, mas podia ser melhor se descentralizar e eu falo assim, recurso pouco na mão de bom pai ou mãe de família o dinheiro rende, faz toda a diferença (...) finalizando minha fala aqui, fazendo um diagnóstico, um diagnóstico, será, eu estou falando aqui de uma maneira que eu não tenho, será, quem que tem, a assistente social será que tem, a nossa assistência social vinculada à saúde será que tem conhecimento de quais as múltiplas deficiências têm no nosso município, de fato? Até para ajudar nessa rede e até ajudar numa estrutura física que está sendo construída, pensando em reabilitação? Então, conhecer o nosso município a nível local seria fundamental, e de repente levar isso para nível regional, que se a gente não sabe, quem está lá na capital? Então, e não conhecer deixa mais distante da garantia dos direitos, de repente não tem nem estratégia, de repente é um problema de amparo e ainda está solto.

(...) Não sabe nem que ele está aí, então eu vejo na atenção básica, o programa de saúde da família que agora aqui, está andando dentro dos moldes, que está fazendo o trabalho que é para ser, está buscando hansenianos, tuberculosos, gestantes de risco, pessoas portadoras de doenças mais sérias, enfim, está fazendo o trabalho para dar certo, e vai fazer talvez parte desse levantamento até de forma independente porque eles têm que fazer né, estar fazendo esse levantamento que a gente está conversando. De repente tem uma informação, mas não está consolidado porque nosso município tem mais de vinte comunidades gerais no todo, vinte e três, muitas áreas descobertas né, e que de repente tem pessoas que tem algum problema, alguma necessidade, está indo para Cuiabá e nem aqui sabe [Q3].

Em relação às ações intersetoriais na RCPD, destacam-se positivamente as ações entre saúde e educação (60,0%) e assistência social (40,0%). Como mostra o Gráfico 17, ações importantes para essa rede como entre saúde, cultura e lazer e entre saúde e trabalho e emprego são praticamente inexistentes.

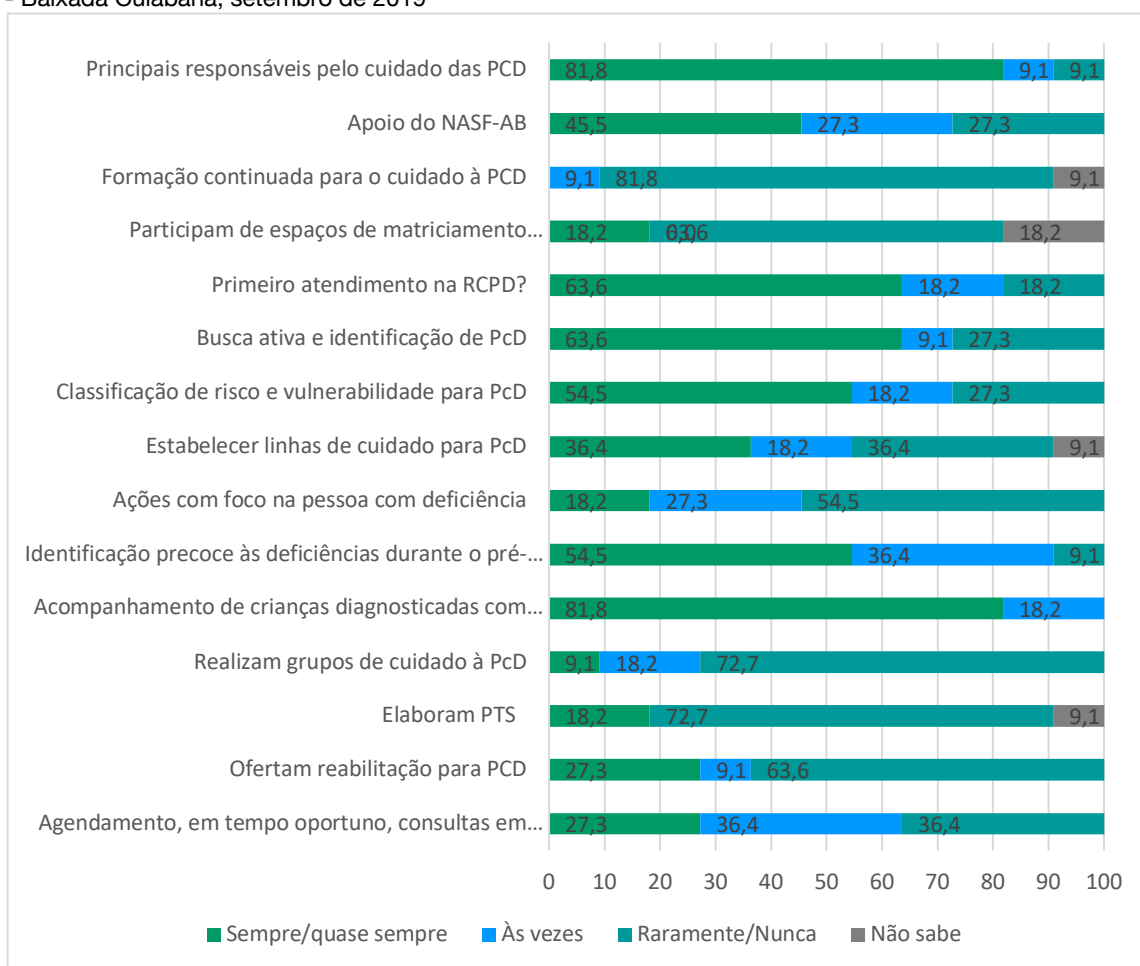
Gráfico 17: Ações intersetoriais na RCPD (%) - Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

No que se refere ao cuidado da pessoa com deficiência, as unidades básicas de saúde são as principais responsáveis pelo cuidado para 81,8% dos entrevistados. Por outro lado, recebem formação continuada com baixíssima frequência às vezes (9,1%) e raramente/nunca (81,8%). Outras ações relevantes têm suas frequências apresentadas no Gráfico 18, que aponta que as UBS têm um leque amplo de iniciativas para ampliar sua atuação junto às pessoas com deficiência na região.

Gráfico 18: Ações das equipes das Unidades Básicas de Saúde no cuidado à pessoa com deficiência (%)
- Baixada Cuiabana, setembro de 2019



Fonte: elaboração dos autores com base nas entrevistas realizadas.

Uma característica da RCPD destacada por alguns dos entrevistados foi a linha tênue entre política e assistencialismo, como mostra a seguinte fala:

“eu vejo que essa política de atenção à pessoa com deficiência está, eu acho que está ligado de alguma maneira com a assistência social, eu já participei de conferências, questão do idoso, questão da própria conferência da área social e você vê que está muito vinculado, entre outras coisas falaram também sobre a pessoa deficiente, então eu vejo assim que os municípios volto a dizer, acho que Acorizal é diferente dos outros municípios pequenos que a equipe técnica é reduzida, e gestor também preocupado com reeleição, não com política pública futura para daqui dois, três anos, uma coisa fixa, então a gente vai mais o assistencialismo imediato, que me dá retorno”. [Q3]

A RCPD no âmbito da Saúde Bucal

A Pesquisa sobre Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) contempla em seu escopo de análise a Saúde Bucal, tanto por entender sua importância enquanto necessidade de saúde quanto por romper com a lógica de separação que marca a assistência odontológica e assistência médico-sanitária, denominada efeito silos².

Foram entrevistados, em setembro de 2019, técnicos dos serviços de saúde, tanto a nível assistencial (gerente UBS, CEO e centros de reabilitação) quanto gestor (escritório regional de saúde, COSEMS, regulação, ouvidoria estadual, secretarias de saúde).

Foram identificados como principais responsáveis pela tomada de decisão da RCPD no âmbito da Saúde Bucal (RCPD-SB), os gerentes de CEO, o Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (CEOPE) e a Coordenação Municipal de Saúde Bucal. Esta última não foi contemplada nas entrevistas porque houve insucesso ao tentar contactá-la. Além das entrevistas, documentos normativos foram examinados (atas de reunião de CIB/CIR, portarias, decretos) para complementar as informações coletadas. Todos os serviços, sejam eles municipais (CEO) ou estadual (CEOPE) atendiam SUS, exclusivamente.

Foram visitados dois CEO na cidade de Cuiabá (Tijucal e Jardim Vitória), além do CEOPE. O CEO de Várzea Grande não foi visitado porque estava em reestruturação. Além dos gerentes, cirurgiões-dentistas que atendiam no local foram convidados a responder um questionário sobre critérios de decisão clínica na assistência ao PNE. O CEO Tijucal estava localizado na região sul de Cuiabá e tinha atendimento regionalizado para Baixada Cuiabana. O CEO Jardim Vitória localizava-se no extremo norte do município, local de alta vulnerabilidade social.

Antes de apresentar os resultados, será feita uma breve contextualização da trajetória da saúde bucal, a partir dos anos 2000, no município polo, Cuiabá. Após, os resultados apresentados, extraídos a partir das atas de reuniões colegiadas e das entrevistas de campo, serão separados por dimensões, quais sejam: Política, Estrutura

² HUMMEL J, PHILLIPS KE, HOLT B, HAYES C. Oral Health: An Essential Component of Primary Care. Qualis Health, 2015;

e Organização da RCPD-SB. Ao final, são apresentados os principais desafios enfrentados pela RCPD-SB.

A trajetória da Saúde Bucal no município de Cuiabá (MT) a partir dos anos 2000

O Programa de Inversão da Atenção (PIA) surgiu no final dos anos 80 e início dos anos 90 a partir de elaborações teóricas de Loureiro e Oliveira, professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). O PIA, em sua base conceitual, incorporou os avanços da Odontologia Integral adaptando seu marco teórico a uma estrutura organizativa baseada no SUS. Sua principal característica era o controle epidemiológico da doença cárie, obtido através de tecnologias preventivas mais modernas, em sua maioria originadas do preventivismo escandinavo³.

Este programa previa a intervenção antes do controle, como uma maneira de impedir a piora das condições de saúde bucal da população, mas sem levar em consideração a participação popular. Alguns municípios do país apostaram neste Programa como forma de estruturação dos seus serviços assistenciais em saúde bucal. Cuiabá foi um deles. Foram implantadas diversas clínicas odontológicas pelo município, sob a lógica de atendimento por livre demanda e, entre os anos 2007 e 2009, viveu o seu auge, conseguindo controlar a doença cárie e se tornando uma referência nacional:

“Eu não sei se você sabe, mas a saúde bucal daqui de Cuiabá, há uns 10, 12 anos, ela já foi referência nacional, hoje ela não é mais. E hoje eu posso te dizer que no município de Cuiabá ela tá no último degrau da escala” (gerente CEO).

É preciso destacar que na época em que o PIA se consolidava em Cuiabá, o Ministério da Saúde consolidava a reorientação das ações de saúde bucal a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), com a implantação das equipes de saúde bucal (ESB), orientadas pelo modelo de atenção da Saúde Bucal Coletiva. Este modelo situa-se num campo extra-clínica, englobadas por práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, considerando o processo saúde-doença socialmente

³ Volpato LER. A descentralização e a Saúde Bucal no SUS: O caso do Município de Cuiabá [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2003.

determinado, pois as ações necessárias à manutenção da saúde têm como sujeitos não apenas os profissionais da área (dentistas, técnicos e auxiliares) com suas práticas clínicas restritas, mas também outros sujeitos sociais desenvolvendo práticas as quais, repercutindo na saúde, não são práticas clínicas⁴.

O município de Cuiabá reorientou suas ações de saúde bucal a partir das APS, com a implantação das ESB, mas com uma baixa cobertura populacional (inferior a 50%). Tal aspecto pode ter gerado a sensação, especialmente nos profissionais de saúde bucal, de piora assistencial (população definida para atendimento e não mais por livre demanda), atrelada a um baixo investimento nesta área estratégica, impactando diretamente no atendimento clínico-assistencial (carência de insumos, força de trabalho, dentre outras). Este fato pode explicar a defesa, por parte de alguns cirurgiões-dentistas, do modelo da Odontologia Integral (na figura do PIA) em detrimento do modelo da Saúde Bucal Coletiva, com a manutenção no município, inclusive, de algumas clínicas odontológicas para atendimento da população.

Política da RCPD-SB

Em relação ao conhecimento das portarias ou normas que previam incentivos aos CEO, as entrevistadas mostraram pouco conhecimento a respeito. Quando informado, foi mencionada a Portaria nº 1.341 de 13/6/12 a qual prevê incentivos de implantação e custeio mensal dos CEO. Além dela, uma entrevistada mencionou o Plano Viver Sem Limite como importante instrumento considerado no planejamento de ações da RCPD, especialmente porque a região estava se reestruturando, com a reativação do Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência. Nenhuma entrevistada soube informar se os CEO aderiram à RCPD, com assinatura do termo de compromisso pelo gestor.

O principal órgão responsável pela tomada de decisão no âmbito da RCPD-SB eram os CEO e CEOPE (seus respectivos gerentes e dentistas), sem participação muito ativa da coordenação de saúde bucal por conta da instabilidade do cargo, bem como da limitação técnica de quem a assumia. A nível de RCPD, foram reconhecidos como principais órgãos o COSEMS, as secretarias municipais de saúde e o Escritório Regional de Saúde (ERS), seguidos da Secretaria Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os atores da arena política (vereadores, prefeitos,

⁴ Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec, 1994;

deputados) também foram reconhecidos como importantes na tomada de decisões sobre a RCPD-SB. Cabe destacar que a saúde bucal não estava presente em nenhum destes espaços mencionados, mas a coordenadora do CEOPE estava integrando o Grupo Condutor da PD, reativado em 2019, o qual tinha por objetivo instituir uma agenda permanente de encontros visando avaliação, monitoramento e atualização da RCPD, além de educação permanente para sua qualificação.

A transversalidade da saúde bucal na RCPD deve ser considerada e está relacionada a outras ações governamentais (para além da sua estruturação vertical: atenção básica, especializada e hospitalar) desenvolvidas pelo governo federal (envolvendo Ministério da Saúde e outros ministérios), ou a nível loco-regional (secretarias de saúde e outras secretarias), afirmando seu alcance e importância dentro do SUS⁵.

Os conflitos relatados diziam respeito à saúde bucal (dentistas) e gestão municipal por conta da ausência frequente de insumos para atendimento, além da desestruturação de acesso ao serviço, já que não existia um protocolo ou fluxo único definido. Este último aspecto acabava sendo motivo de conflito também entre a saúde bucal e outras áreas da saúde para encaminhamento de usuários, pois a saúde bucal e a saúde geral tinham lógicas distintas de encaminhamento dos usuários pela rede.

Estrutura da RCPD-SB

Traz informações a respeito dos recursos que auxiliam na implementação da RCPD-SB, capacidade instalada e suficiência da força de trabalho da RCPD-SB.

Os recursos para financiamento da RCPD-SB na Baixada Cuiabana informados foram a verba federal, preconizada pela Portaria nº 1.341 de 13/6/12, além de contrapartida municipal. Segundo uma entrevistada, o recurso mensal dos CEO estava em torno de 9 a 11 mil, mas não soube informar como se dividia para custeio e investimento. O CEOPE era uma instituição estadual e, para 2019, o orçamento era de um milhão e quinhentos e quarenta e seis mil reais (R\$ 1.546.000, 00). Deste total, cerca de 86% eram estaduais, os quais eram utilizados para custeio das ações do CEOPE, como, material permanente, manutenção de equipamentos (tanto hospitalares quanto

⁵ Salino AV. Política Nacional de Saúde Bucal e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: uma análise da experiência no estado do Amazonas [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019

odontológicos), dentre outras. Os outros 14% eram federais e usados para investimento como, por exemplo, agenda de educação permanente (capacitações para servidores, usuários, congressos). Os recursos para o custeio dos CEO e CEOPE informados não eram utilizados para remuneração profissional. Neste caso, a responsabilidade era do orçamento da gestão de pessoas. O Plano Plurianual do Estado também incluiu em seu orçamento verba específica para confecção de próteses dentárias no CEOPE.

O CEOPE, instituição estadual, foi fundado em 2005 e, segundo a coordenadora do Centro, seu orçamento foi sendo reduzido, nos últimos 8 anos, com agravamento de 2017 em diante, impactando no atendimento, pois a unidade ficava sem insumos básicos e sem manutenção de equipamentos necessários para o atendimento clínico. A Emenda Constitucional nº 95 (PEC do Teto de Gastos), aprovada em 2016, determinou o congelamento dos gastos para Seguridade Social para os 20 anos seguintes, projetando um progressivo desfinanciamento do SUS, comprometendo suas ações e serviços. Tal fato ajuda a explicar a queda mencionada no orçamento previsto para o CEOPE.

A capacidade instalada da RCPD-SB estava distribuída nos três níveis assistenciais (básica, especializada e hospitalar), além da urgência. Os serviços identificados foram os seguintes:

- Nível básico: equipes de saúde bucal da ESF e clínicas odontológicas;
- Nível especializado: CEO, CEOPE;
- Nível hospitalar: Hospital Geral;
- Rede de urgência: UPA, pronto socorro.

Os CEO do município pelo atendiam hora estendida (7:00 às 21:00) e alguns deles eram regionalizados, ou seja, atendiam à Baixada Cuiabana, como era o caso do CEO Tijucal visitado. As especialidades disponíveis para o 3º turno (noturno) eram Pediatria e Pacientes com Necessidades Especiais, além de um profissional para atender urgências odontológicas.

A rede privada de saúde bucal bem como as instituições filantrópicas não foram mencionadas e ou reconhecidas como parte da estrutura assistencial odontológica para PD.

A força de trabalho especializada em saúde bucal para PD foi relatada como suficiente para demanda, especialmente por ser uma das poucas especialidades dos

CEO que não apresentava fila para agendamento, pois o atendimento era imediato e por livre demanda, segundo as entrevistadas. Foi relatada deficiência de auxiliar de saúde bucal (ASB), especialmente pelo CEOPE, por conta da aposentadoria das servidoras e não reposição do quadro. Para atendimento à PD no ambiente clínico-odontológico é muito importante o trabalho a quatro mãos, conforme relato da coordenadora do CEOPE:

“não tem como o dentista atender sozinho... porque além da contenção mecânica que a gente usa, a contenção física também é necessária”.

O “trabalho a quatro mãos” deve ser estimulado na prática clínica odontológica e a literatura aponta vantagens importantes como: aumento da eficiência clínica, melhoria da qualidade do trabalho, diminuição da tensão emocional do paciente, melhor organização do processo interno de trabalho e redução do cansaço físico e mental do profissional^{6,7}.

Para APS, a força de trabalho em saúde bucal era insuficiente, especialmente no município polo, o qual apresentava cobertura em torno de 54% e nem toda APS era coberta por equipes de saúde bucal. Desta forma, as PcD acabavam recorrendo ou às clínicas odontológicas (menor quantidade) ou ao próprio serviço especializado (CEO/CEOPE) para suprir suas necessidades de saúde bucal. A integralidade, entendida como integração entre níveis ou entre ações promocionais e reabilitadoras, requer boa cobertura da atenção primária para permitir a interface e a utilização adequada dos serviços de saúde bucal⁸ (CHAVES *et al.*, 2010).

⁶ Garcia PPNS, Terence RL, Souza AC. Avaliação de Cirurgiões-Dentistas quanto ao uso de pessoal auxiliar na organização do atendimento clínico. Revista de Odontologia da UNESP, 2004; 33(1):25-32;

⁷ Maciel Júnior AO, Catai RE. Análise ergonômica do trabalhador Cirurgião-dentista – Dentística restauradora – estudo de caso. Revista Gestão Industrial, 2015; 11(4):117-133;

⁸ Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Revista de Saúde Pública, 2010;

Organização da RCPD-SB

Traz informações referentes ao planejamento, monitoramento e avaliação, acesso, APS como coordenadora dos cuidados, além da integração da RCPD-SB.

As entrevistas apontaram a ausência de planejamento para estruturação das ações da RCPD-SB. As reuniões de planejamento se restringiam às reuniões de equipe dos CEO, mesmo assim, não era uma constante (alguns faziam, outros não). Ela se intensificava à época de realização da avaliação externa prevista pelo PMAQ-CEO. Passado o período de avaliação, as reuniões tendiam à escassez. Não foram mencionados instrumentos específicos de planejamento para RCPD-SB, apenas os protocolos padrões lançados pelo Ministério da Saúde para atendimento das especialidades do CEO.

Problemas relacionados ao processo de trabalho acabavam sendo resolvidos por grupos informais de *WhatsApp*, como demonstrado no relato de uma gerente do CEO:

“a gente conversa mais pelo WhatsApp, quando preciso dar uma notícia pra todo mundo e eu não tenho como estar com todo mundo ao mesmo tempo, aí eu joga no grupo de WhatsApp. Ali é a nossa reunião”.

A avaliação e monitoramento das ações não faziam parte da cultura institucional dos serviços. De acordo com as entrevistadas, eles se restringiam ao cumprimento de metas mínimas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, e, caso não cumprissem, nenhuma alteração era realizada no sentido de tentar melhorar, seja por parte da gerência ou coordenação acima. Para o Ministério da Saúde, CEO tipo III (caso dos CEO entrevistados) devem realizar, por mês, 190 procedimentos básicos dos quais, pelo menos, 50% têm de ser procedimentos restauradores⁹. Alguns CEO utilizavam a “caixa de sugestão” para se comunicar com seus usuários, mas a interação era mínima. A coordenação de saúde bucal também não realizava reuniões ou propunha estratégias de avaliação para monitoramento da RCPD-SB.

O acesso aos CEO ocorria de forma mista: via referenciamento da APS ou por livre demanda, sem protocolos ou fluxos comuns definidos. Esta descaracterização de acesso aos serviços especializados era uma característica da então gestão municipal, pois houve um investimento na ampliação da Rede de Urgência-Emergência em Cuiabá, através da implantação de UPA e 3º turno para saúde bucal, cujo acesso era por livre demanda. De acordo com as entrevistas, o investimento em UPA em detrimento da APS

⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.464, de 24 de junho de 2011 – institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, 2011;

não levou em consideração o perfil e as necessidades da população. A Rede de Urgência-Emergência (RUE) foi considerada por muitos como a melhor estruturada na região, e parte desta conquista dizia respeito ao seu financiamento, já que era a rede que mais recursos recebia.

Para o CEOPE, o acesso se dava apenas via referência de profissional médico ou odontólogo, seja da APS ou outro serviço da RAS. Ele contava também com um sistema interno de regulação, cuja procura poderia ser via *e-mail*, telefone ou encaminhamento, o qual era direcionado ao serviço social do CEOPE para acolhimento e identificação da necessidade para encaminhá-lo à assistência odontológica interna. Segundo a coordenadora, este “filtro” inicial acontecia porque o objetivo do CEOPE era assistir apenas aos pacientes não colaborativos que não conseguiram ser atendidos pelo CEO ou que foram encaminhados porque o CEO não possuía estrutura para atendê-los (por exemplo, atendimento sob sedação).

A acessibilidade nos serviços restringia-se à estrutura física (banheiro adaptado, rampas de acesso, elevador) e presença de cadeira de rodas. Intérprete de libras, audiodescrição, material em braile não foram relatados pelos entrevistados como existentes no serviço ou na RCPD.

As diferentes vias de acesso já transparecem, em parte, a dificuldade para que a APS se constitua como coordenadora dos cuidados, especialmente no município polo que possuía uma cobertura reduzida de ESF. Segundo as entrevistadas, mesmo reconhecendo a limitação da coordenação dos cuidados pela APS, a coordenação de saúde bucal não se organizava para estruturar a RCPD-SB, tendo em vista que reuniões entre dentistas, ESB e coordenação não eram frequentes. A dificuldade para referenciamento a outros serviços que compunham a RCPD foi uma queixa frequente entre os profissionais dentistas que atuavam no CEO, especialmente por conta da divergência de fluxos assistenciais (para saúde bucal funcionava de uma maneira diferente da saúde geral). A depender da situação, tal aspecto poderia gerar conflitos entre os profissionais.

Se para os profissionais persistia o desafio de se organizar dentro de uma rede desestruturada, com carências explícitas (recursos financeiros, estruturais, assistenciais), para as pessoas com deficiências persistia o desafio da desassistência, como destacado nesta fala: *“então o paciente não consegue saber como é que ele acessa. Como é que ele caminha nesta rede?”*.

Parte deste descompromisso para com a RCPD-SB foi atribuída à gestão estadual, ao não priorizá-la no planejamento estadual, bem como aos técnicos do

serviço que não repassavam os problemas enfrentados (em especial no CEOPE) aos órgãos superiores; ou mesmo a falta de mobilização política por parte da categoria profissional de dentistas, já que eles cumpriam a carga horária sem realizar suas atividades previstas (atendimento clínico).

A integração da RCPD-SB estava restrita, na maioria das vezes, ao seu próprio núcleo. Isso ficou evidenciado, por exemplo, na rede interna própria de encaminhamento para especialidades ou compartilhamento de casos (menos comum). Foi mencionada uma parceria entre CEO e um projeto caritativo (ligado à primeira-dama), cuja finalidade era levar educação em saúde bucal para escolas da rede municipal. Embora possa parecer inovador, é preciso destacar que este projeto remete a um modelo assistencial em saúde bucal em desuso no país (Odontologia Integral). Além do mais, a inserção da equipe de saúde bucal nas escolas deve ser estimulada pela Atenção Básica, especialmente a partir do Programa Saúde na Escola, em vigência no país desde 2007, conforme o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5/12/07.

Embora as gestoras dos CEO tenham destacado a ausência de participação em reuniões colegiadas que discutiam a RCPD-SB (Grupo Condutor, CIB, CIR), seja por falta de convite ou desconhecimento, um ponto positivo observado neste aspecto da integração dizia respeito à inserção da coordenadora do CEOPE como membro do Grupo Condutor. Segundo ela, os membros perceberam, com certa preocupação, a necessidade de estruturação da RCPD, através da criação de fluxos assistenciais comuns, garantia de financiamento, dentre outros, pois a necessidade das PD existia e era visível, e ações que fossem ao encontro da qualificação assistencial eram fundamentais para preencher os vazios identificados. A retomada de ações do Grupo Condutor foi muito importante porque ele era o responsável por planejar ações da RCPD, bem como propor alterações no Plano Estadual da RCPD na direção da garantia de assistência à saúde integral à PD, preservação de direitos, inclusão social, dentre outros aspectos.

A integração entre a saúde bucal pública e privada/filantrópica não foram mencionadas ou reconhecidas.

Os desafios da RCPD-SB

Em relação aos desafios no âmbito da RCPD, com reflexos para Saúde Bucal, foram destaque a necessidade de priorizar a regionalização como estratégia importante para estruturação do modelo de atenção a partir da APS. Esta priorização deve se dar, na prática, com a construção e a condução de um Plano Estadual que direcione e coordene as construções regionais para organização dos serviços em redes de atenção. Isto é possível através da instituição de grupos técnicos/de trabalho com uma agenda de reuniões programadas que leve em consideração a necessidade de diálogo entre os diferentes atores loco-regionais, bem como suas distintas necessidades. Em outras palavras, repensar a estrutura organizacional de construção da regionalização das RAS.

Para a RCPD (e RCPD-SB) foi destacada a necessidade de ampliação estrutural, tanto de recursos financeiros quanto da força de trabalho especializada, cujo reflexo deverá observado na ampliação da oferta assistencial já que o acesso aos serviços, especialmente os de saúde geral, era um desafio importante enfrentado pelos usuários. O investimento na qualificação profissional para atendimento à PcD e numa agenda de educação permanente foram reconhecidos como um desafio importante para aprimorar a assistência a este público.

A integração intersetorial entre as políticas foi um destaque importante para garantia de direitos e da inclusão social das PD; investimento na retomada e condução do Grupo Condutor regional para garantia de ações na direção das PcD (efetivação da implementação da RCPD); e o fortalecimento da APS como coordenadora dos cuidados, com foco na comunidade e seu território, e ações que priorizem a promoção da saúde e prevenção de doenças, considerando os determinantes sociais daquele respectivo contexto. Em outras palavras, é preciso priorizar uma APS que se organize na direção do Modelo de Atenção de Vigilância da Saúde, assumindo o cuidado das famílias e sua coordenação central, integração do sistema de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), investimento em políticas públicas de promoção da saúde na direção da construção de cidades saudáveis e sustentáveis, dentre outros aspectos¹⁰.

¹⁰ Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS, 1998. VII (2);

Itinerários Terapêuticos

Identificação

Para o estudo dos Itinerários Terapêuticos na Região de Saúde da Baixada Cuiabana, foi utilizado como evento traçador o AVC. A identificação dos usuários deu-se por meio de busca ativa - nas Policlínica de Planalto (CER II - Física e Auditiva) e Centro Especializado de Reabilitação Dom Aquino Corrêa - CRIDAC (CER III - Física, Auditiva e Intelectual) em Cuiabá (MT) e no Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Correia (CER II - Física e Intelectual) em Várzea Grande. Em Livramento, município que não possui CER, os entrevistados foram contatados através das Unidades Básicas de Saúde, pela indicação dos profissionais dos equipamentos visitados¹¹.

Foram entrevistadas 10 pessoas, em proporções iguais indivíduos do sexo masculino e feminino, com idade entre 42 e 65 anos, sendo a idade média dos sujeitos abordados 55 anos. No que se refere a condições de saúde destaca-se hipertensão arterial sistêmica (HAS) condição apresentada por 6 dos entrevistados, seguido de diabetes e cardiopatias apresentado por 3 indivíduos, dislipidemia apresentado por 2 e Febre Reumática e 1 Artrite Reumatóide apresentado por 1. No que se refere a hábitos e vícios 2 referiram realizar uso de álcool e 2 de tabaco. O fator de risco hereditariedade não foi considerado no levantamento de condições prévias. Ao todo 60% dos entrevistados apresentavam 2 fatores de risco associados e 20% 3 fatores ou mais. Além disso com exceção de um dos participantes todos apresentaram um único evento de AVC.

De forma geral todos os entrevistados relataram estabelecer algum contato com serviço de saúde previamente, porém, apesar de todos os entrevistados terem conhecimento acerca da existência de comorbidades, hábitos e vícios desfavoráveis à condição de saúde metade apenas realizava acompanhamento regular, sendo destes, dois no serviço especializado privado (Cardiologista e Reumatologista). No que se refere a UBS, todos os usuários relataram estabelecer algum tipo de contato com este serviço. A maioria relata procurar a unidade, seja para a realização de consultas ou retirada medicamentos, entretanto, dois dos entrevistados pontuam que o contato se dá por meio

¹¹ Ver Relatório Metodológico

de busca ativa da equipe de saúde por meio visitas domiciliares esporádicas, sendo que um destes na região de saúde abordada no momento.

Quadro Agudo

No que se refere ao momento do AVC, este evidencia as variadas trajetórias assumidas pelos usuários ao longo de seu processo de cuidar. Apesar do serviço procurado prioritariamente ter sido o Pronto Socorro (PS), serviços como UBS e UPA também foram procurados para o atendimento inicial. Tal situação, associada ao fato de que 80% dos entrevistados deslocarem-se por meios próprios contribuiu para que o tempo para receber os primeiros socorros fosse prolongado, desse modo, apenas metade dos usuários foram atendidos do intervalo de quatro à cinco horas (tempo recomendado para o início do tratamento com tromboembólicos) (13) e no caso mais grave que o tempo de espera atingisse cerca de 12 horas, acontecimentos como este não apenas aumentam não apenas o risco de ocorrência de óbito mas também aumento do tempo de internação, risco de ocorrência de sequelas graves e consequentemente aumento do grau de dependência e tempo de reabilitação.

Internação

As internações deram-se de forma adaptada em dois equipamentos a UPA e o Pronto Socorro. De acordo com os entrevistados tal procedimento foi adotado devido a alta demanda por leitos e as dificuldades apresentadas pelo hospital de Cuiabá. A maior parte dos entrevistados apresentou curtos períodos de internação (duração igual ou inferior a cinco dias), entretanto, períodos mais longos foram observados (17 e 23 dias). Dentre os entrevistados, uma participante não soube estimar o tempo que permaneceu internada e outro relata não ter sido internado por ter deixado o hospital por conta própria após aguardar horas sem receber atendimento adequado.

Apesar da grande variabilidade na duração dos períodos de internação, foi comum a todos os usuários que passaram por esse processo a dificuldade de relatar os procedimentos e cuidados a que foram submetidos, mesmo aqueles que relataram realizar tomografia e exames laboratoriais, o contavam como se fosse um protocolo que deveria ser feito, mas sem saber qual seu objetivo e como aquilo seria utilizado posteriormente. O mesmo aconteceu quando questionados sobre os profissionais que os atenderam durante o processo de internação, a resposta era pronta: médicos e enfermeiros. Estes relatos chamaram a atenção para a possibilidade de que os usuários

possam ter sido atendidos por outros profissionais no período da internação, porém devido ao fato de não haver comunicação clara entre serviço de saúde e familiares, acabou por fortalecer o imaginário de que o cuidado é centrado nessas duas profissões e que o assistência apresentada no serviço hospitalar é exclusivamente curativista, o que acaba indiretamente por privar o usuário e seus familiares de compreender as necessidades de saúde e outras potencialidades do serviço hospitalar como o atendimento de reabilitação.

Situação semelhante se repete no momento dos encaminhamentos e entrega de resumos de alta. Em muito dos casos, quando realizada conversa com o usuário, o foco acabava por ser como o risco do AVC que foi vencido e direcionar o uso de medicamentos e indicar a reabilitação, que de forma geral acaba por ser centralizado no encaminhamento para a fisioterapia. Foram raros os relatos onde eram explicados os relatos onde foram dadas informações da importância de cada um dos atendimentos, como se tal tarefa não fosse de responsabilidade daquele serviço ou o usuário não necessitasse daquelas informações, centralizando o cuidado em saúde no profissional e colocando o paciente com ser passivo da relação.

“..ela ficou dois dias e no outro dia foi pro Pronto Socorro, pra mesma sala vermelha, ai de lá veio com aquele treco no nariz pra comer e tudo por lá É...chegou num dia, no outro manda pra casa...Ai em casa eu fui obrigado a tirar...e foi daí que ela passou a comer , beber. Sem aquele outro negócio pra comer.” (Cuidador de Isna)

Dentre os aspectos que se destacam: não realização de encaminhamentos e o desconhecimento dos profissionais quanto a disponibilidade de serviços na região. A falta de informações no processo de alta afetou diretamente a continuidade do cuidado e fluxo a ser estabelecido na rede, deixando o usuário a mercê de sua compreensão e de sua família acerca de sua condição clínica, quais cuidados são necessários, quem presta tal serviço, onde encontrados e como acessá-los. Dinâmica fica exemplificada pelo relato de Jequitibá que conta que durante o processo de internação seus familiares buscaram orientação acerca de onde realizar fisioterapia no próprio hospital e na UBS mas ninguém soube os direcionar para que serviço deveriam procurar, apenas indicaram que não haviam vagas para fisioterapia, sendo que deste modo o contato com o Centro de reabilitação se deu por contato direto por meio do filho da mesma que conversando com amigos descobriu a existência desse serviço.

A forma pela qual deu-se a realização de encaminhamentos e orientações (em alguns casos simplesmente alta), fez com que a forma de acessar os serviços de reabilitação dependesse diretamente da busca e conhecimentos prévios do usuário e de sua família. Situação esta acabou por desencadear a adoção de variados mecanismos e fluxos de acesso aos serviços de reabilitação. Os serviços utilizados no período pós AVC foram a UBS, serviços médicos especializados (Neurologista e Cardiologista) e serviço especializado de reabilitação. Dentre os entrevistados a foi predominante a o acesso a reabilitação exclusivo no sistema público de saúde, com uma exceção que realizou os cuidados no setor privado até estarem disponíveis vagas no serviço públicos e outro que realizou o cuidado exclusivamente no setor privado.

No que se refere às especialidades médicas, todos os usuários realizaram ao menos um contato com tais especialidades após o evento de AVC, de forma geral, aqueles que obtiveram encaminhamento médico após a alta hospitalar realizaram o acompanhamento no setor público de saúde enquanto, aqueles que não receberam encaminhamentos ou orientações específicas consultaram-se no setor privado e saúde. De forma geral, estas especialidades foram procuradas apenas de forma pontual, ou seja, foi estabelecido contato após o evento de AVC para investigação de possíveis sequelas e em alguns casos para a obtenção de encaminhamentos, sendo que apenas aqueles que possuíam acometimentos cardíacos prévios e já realizavam acompanhamento utilizaram tais serviços de forma longitudinal.

Quando questionados sobre a realização de exames nesse processo os entrevistados relataram que realizaram Tomografia, Eletrocardiograma e demais exames de imagem no setor privado de saúde devido a presteza na obtenção dos resultados, entretanto, exames laboratoriais como hemograma, estes, quando realizados são feitos na UBS. Não sabiam informar ao certo o objetivo, além disso, não e compreendiam com clareza seus resultados de forma que alguns acreditavam estar completamente livres do AVC evento de caráter exclusivamente agudo e pontual, não compreendo assim seu risco de recorrência, sua necessidade de manejo e a possibilidade da não recuperação total com o estabelecimento de sequelas permanentes.

“Fiz a ressonância e daí o médico falou “não, do quadro de derrame o senhor ta bom já”. Agora tem só a tensidão. A tensidão da perna e no braço, isso é com o tempo, cê sara com o tempo.” (Jatobá)

Na UBS foi observada situação semelhante ao serviço médico especializado, ou seja, sem mudanças substanciais tanto no que diz respeito ao número de pessoas que acessaram este serviço quanto à finalidade com que o acessaram (renovação de receitas e retirada de medicamentos). Os usuários que realizavam consultas de acompanhamento pontuaram que após o evento de AVC praticamente não houve mudanças na dinâmica com exceção de em alguns casos, onde foi realizada uma visita domiciliar que ocorreu de forma pontual logo após a alta hospitalar. Relatam também que houve ausência de contato entre os serviços e alta rotatividade de profissionais na atenção básica. De acordo com um dos entrevistados, em um período inferior a um ano chegou a ser atendido por três médicos de família diferentes. Esta situação fazia com que pouco se avançasse nos cuidados ofertados e que as condutas que já eram realizadas fossem apenas reproduzidas. Assim os atendimentos eram centrados na busca pela renovação de receitas e realização de exames dos quais nem ao mesmo lhe explicava seus fins, já que por em tese já serem consideradas práticas conhecidas ao ver dos profissionais vinha desacompanhadas de explicações.

“Tinha que explicar né! Era bom! Mas fica por isso mesmo. Entrega na mão...E não sabe se morre, se não morre, se chega, senão chega. As vezes você vai no atendimento daí na hora de te atender, da uma ou outra desculpa e por assim fica.” (Cuidador de Isna)

É importante pontuar que tais situações vivenciadas nos serviços acima relatadas, ocorreram na região de saúde da baixada cuiabana não refletindo assim a experiência de um dos usuários, *Pitanga*, que realizou seus cuidados referentes ao AVC até o período de internação no Paraná onde residia até então. Em seu itinerário descreveu uma dinâmica de atendimento contrastante a vivenciada pelos demais, onde a internação foi realizada com presteza logo após o contato com o SAMU, no período de internação teve acesso a cuidados ofertados por outros profissionais além do médico e enfermeiro, teve um resumo de alta e, encaminhamento completo realizado e apresentado aos familiares e disponibilizados a UBS com quem estabeleceu contato durante todo o processo, ao mudar-se para Cuiabá-MT para residir com seu filho, devido suas condições de saúde, teve todo o seu relatório clínico de encaminhado para sua nova UBS.

No que se refere ao serviço especializado de reabilitação os que utilizaram o serviço público quatro adentraram de forma alternativa ao fluxo estabelecido para o serviço reabilitação, seja por possuir contatos pessoais com profissionais do serviço ou por influência política na região. Alguns não apresentavam encaminhamento ou indicativo para atendimento no serviço de reabilitação, outros apesar de possuírem saberem da existência da via regulada, optaram por adentrar nos serviços por esse meio, por considerarem está a única forma de usufruir dos cuidados necessários em tempo adequado.

“Foi uma amiga nossa ai que conseguiu. Ligou ai meu filho. Cê entendeu? Eu não por eu estar na fila. Cê, entendeu? Eu acho errado. Eu fui favorecido, mas eu acho errado isso.” (Jacarandá)

Por outro lado, os demais apesar de apresentarem encaminhamentos e utilizarem o sistema de regulação, para obtenção da vaga necessitaram dirigir-se frequentemente aos serviços para a garantia de permanência na fila. Em alguns casos o tempo espera por uma vaga para alguns serviços (fisioterapia e fonoaudiologia) estendeu-se tanto que fez necessário a procura por esses cuidados no setor privado de saúde.

“Esse levou muito tempo, levou quase 5 mês para conseguir uma vaga aqui...a gente teve que contratar um fisioterapeuta uma vez na semana e o fonoaudiólogo até conseguir uma vaga aqui...Foi correndo, vindo todo dia aqui, toda semana.” (Cuidadora de Embaúba)

Ao adentrarem o serviço de reabilitação de acordo com os entrevistados não era realizada uma avaliação ou triagem buscando definir por quais especialidades profissionais seriam atendidos, sendo que encaminhamentos para outros profissionais no serviço aconteciam apenas quando o próprio terapeuta reconhecia alguma necessidade do usuário durante as terapias e realizava encaminhamento de forma interna para atendimento com outro profissional, de forma que observou-se disparidade em como eram demandados os profissionais. Enquanto fisioterapeutas foram demandados por todos os entrevistados, apresentando filas de espera para vagas e divisão em habilidades específicas (fisioterapia motora, eletroterapia, fisioterapia para

bexiga neurogênica), fazendo com que um mesmo paciente fosse atendido por até três fisioterapeutas distintos, por outro lado áreas como Terapia Ocupacional e Nutrição, quase não foram mencionadas pelos entrevistados. Destacou-se a situação da Assistência Social, não sendo mencionada por usuários que apresentavam dificuldades para adquirir medicamentos de alto custo e estarem passando por situações de vulnerabilidade por estarem afastados ou impossibilitados de retomar as atividades laborais.

Além dos serviços referidos, os usuários mencionaram também ser atendidos por fonoaudiólogos, psicólogos e especialidades médicas (Ortopedia e Neurologia). A maioria dos usuários realizava apenas uma modalidade de atendimento no serviço de reabilitação. No que se refere a frequência todos usuários realizavam atendimentos duas vezes na semana, sendo que a duração média de cada atendimento é de uma hora, todos mencionaram também necessitar de acompanhantes especialmente devido a dificuldade de deslocamento.

Os usuários relatam que a dificuldade de se locomover os impede de deslocar se sozinhos e utilizar transporte público, situação está que é agravada pela localização dos serviços que apesar de estar situado em região central do município de Cuiabá-MT encontra-se afastada a pelo menos dois ônibus da maioria dos usuários entrevistados. Ainda segundo os entrevistados, o transporte ofertado pelos serviços de reabilitação apresenta baixa acessibilidade devido a questões estruturais - degraus altos - e pelos requisitos impostos para seu uso, entre eles: apresentar acompanhante e possuir cadeira de rodas própria, o que não condiz com a realidade da maior parte dos usuários e com a demanda e velocidade da dispensação de órteses e equipamentos auxiliares de marcha.

Apesar de relataram sentirem-se bem cuidados nos serviços de reabilitação e observar melhora de sua funcionalidade, pontuaram não ter clareza acerca dos objetivos dos atendimentos e dos exercícios orientados para casa. A terapia parece ser é construída de forma unilateral, protocolar, repetitiva e monótona. Os usuários que tem particularidades como interesse deixadas de lado.

“Eu não sei se adianta, mas eu acho que a gente devia ter mais um acompanhamento como você mesmo falou. Ser bom, ver como é que você tá, fazer um levantamento de você, do que você precisa. Você precisa trocar muitas vezes de... do que você faz. Porque eu passo a vida inteira aqui, eu faço lá alongamento, aquele que cê viu lá. Dai venho pra essa bicicleta aqui

e não troca. Eu não sei se tem outra especialidade. Porque é duro você ser bem tratado e ficar falando, reclamando.” (Jacarandá)

Outro aspecto que se destaca é referente a comunicação profissional-usuário é os conhecimentos do prognóstico. Apenas um dos usuários, quando questionados do processo de recuperação e alta, Embaúba, relata ter sido informada acerca da possibilidade de não se recuperar totalmente devido a gravidade do quadro e demora para iniciar o tratamento. Afirma ter recebido direcionamento adequado com encaminhamento para o terapeuta ocupacional, onde trabalhava a adaptação das tarefas cotidianas com base na mobilidade que apresentava. Os demais, em seus relatos, consideravam a reabilitação, como garantia de recuperação total, de forma que o quadro apresentado demandava apenas tempo e empenho, provocando em alguns casos a recusa por parte do usuário em receber alta do serviço de reabilitação.

“Já tão querendo me dar alta. Eu vou sair daqui só quando eu tiver chutando com as duas, to chutando com uma só. Não vou sair de alta não.” (Jacarandá)

A relação de pouca clareza com o prognóstico mostra-se problemático não apenas por definir o cuidado enquanto paciente do serviço de reabilitação mas por comprometer a organização a nova dinâmica familiar dos usuários, sejam elas financeiras (Caso de *Louveira, Ingá e Jequitibá*, arrimos de família, afastados ou impossibilitados de retomar a atividade laboral) há físicas e sociais (Adequação do local de residência para maior independência do usuário e a definição de quem exercerá o papel de cuidador em situações onde o usuário tornou-se dependente) e manutenção de atividades de importância para o usuário (lazer, religiosidade, labor, entre outros).

Outro aspecto mencionado pelos usuários foi o papel da rede de apoio. Esta se apresentou nos IT por meio do suporte dos familiares - tanto no que se refere a prover medicamentos, auxiliar no deslocamento aos serviços quanto ofertar suporte emocional e experienciar o processo de cuidado junto ao usuário. A rede de apoio religiosa se mostrou um fator importante na adesão ao tratamento e a reabilitação.

Apesar de tais situações terem sido evidenciadas no serviços especializados de reabilitação, a ausência de tais discussões e abordagens em outros equipamentos como a Unidade Básica de Saúde e Ambulatório e Internações de Hospitais comprometem igualmente o potencial do cuidado em reabilitação dos usuários que não dependem

exclusivamente aos CERs, mas que tem o cuidado centralizado nele devido a falta de comunicação entre equipamentos e o não reconhecimento de outros serviços como potenciais serviços reabilitadores.

Considerações sobre os IT

Em síntese é possível afirmar que o acesso aos serviços de reabilitação por indivíduos com deficiências pós AVE na região de saúde da Baixada Cuiabana tem como fator potencializador a ação da rede de apoio individual de cada usuário. Como barreiras se destacam a falta de articulação dentre os serviços da rede, o seu não reconhecimento dos equipamentos que não CER como potenciais serviços reabilitadores e exclusão do usuário em seu próprio processo de cuidar.

CONCLUSÕES

Esta pesquisa analisou a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na região de saúde da Baixada Cuiabana-MT que é composta por onze municípios. A discussão acerca desta rede foi pautada pelos componentes políticos, estruturais e organizacionais e a análise das diferentes concepções, valores e crenças de como é compreendida a deficiência por diferentes atores sociais.

No entendimento dos gestores, prestadores e sociedade, a deficiência está relacionada a diversos aspectos como: tudo aquilo que pode causar uma limitação na vida da pessoa, seja de natureza física, auditiva ou de visual; limitações que impedem as pessoas de exercerem suas atividades, onde qualquer alteração que não permita que a pessoa desenvolva uma ação são consideradas necessidades. Também entendem que são pessoas que precisam ter acesso aos serviços de saúde e serem recebidos com o direito ao atendimento integral, sem o rótulo “deficiente” imposto pelo modelo médico que deve ser transposto para um modelo biopsicossocial que considera a pessoa com deficiência na perspectiva da funcionalidade.

Quando a rede é analisada considerando os componentes políticos, os entrevistados destacaram o fato do Estado e das respectivas estruturas regionais terem perdido o protagonismo na condução do processo de regionalização e na conformação e coordenação desta rede e das demais redes temáticas. Afirmaram ser as SMS as instituições de maior importância na tomada de decisões, mas reiteram que precisam de apoio e que a construção da rede depende do direcionamento do grupo condutor estadual, afirmando que as SMS não dispõem de recursos suficientes para cobrir todas as necessidades da população. Quanto aos espaços colegiados o COSEMS se destaca como de maior importância, acima até mesmo do conselho de pessoas com deficiência, e a CIR é referida como um espaço mais cartorial do que deliberador.

Na dimensão estrutura, a insuficiência é citada para todos os serviços tanto na APS como nos serviços especializados de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual. Outros serviços também foram considerados insuficientes como: a dispensação de órteses e próteses; o Centro de Especialidades Odontológicas; a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência; e a Atenção Domiciliar. Também se afirmou a insuficiência de profissionais tanto nos serviços básicos quanto nos especializados. Os serviços logísticos foram igualmente relatados como insuficientes, destacando-se dificuldade relacionada aos exames de imagem e laboratoriais e na assistência farmacêutica.

Quanto à dimensão organizacional da rede, fica claro o posicionamento dos entrevistados quanto a ausência de planejamento que seja capaz de influir nas necessidades apontadas e afirmadas como insuficientes, como também é significativa a afirmação de que os serviços não são monitorados e não têm capacidade para atender as demandas, além de não se conhecer de fato quais são as deficiências por município, o que se traduz em desafios ainda maiores para a efetivação da rede.

Quanto à implementação e ao funcionamento da RCPD, os achados da pesquisa de campo destacam:

- As dificuldades encontradas pelos gestores para implementar a RCPD, visto que os pontos de atenção não estão efetivamente conectados e desconhecem que são integrantes desta rede, com destaque para a APS que não é vista e entendida como parte da RCPD;
- A implementação de todas as redes nesta região se constitui em desafios que, especificamente na RCPD, são exacerbados e caracterizados por: ausência dos prestadores na discussão; falta de definição e pactuação dos fluxos de atendimento; ser uma rede normativa e não concreta; entraves da regulação;
- A capacidade instalada dos serviços de reabilitação nos municípios de pequeno porte é insuficiente frente às necessidades apresentadas pois limita-se à área de fisioterapia;
- O CRIDAC, Unidade Desconcentrada da Secretaria de Estado de Saúde, é um serviço de reabilitação de referência estadual, entretanto os relatos evidenciam dificuldade com o fluxo para esse serviço por ser uma unidade que ainda não integra o complexo regulador do estado (SISREG), o que dificulta o acesso dos municípios para o agendamento das suas demandas e necessidades.
- Como estrutura de atendimento especializado em reabilitação de maior complexidade no estado, o CRIDAC apresenta limitações no acesso aos serviços não disponíveis nos municípios, o que se constitui como uma fragilidade da RCPD não somente na região de saúde Baixada Cuiabana, mas também para todo o Estado de Mato Grosso

