

Centro Especializado em Reabilitação (CER): dimensões e abrangência territorial

RESUMO

Devido ao alto crescimento do número de pessoas com deficiência no Brasil nos últimos anos, de acordo com dados do censo 2010, se faz necessário a existência de políticas que trabalhem com a valorização dessa população, garantindo assim direitos e cuidados em todo o território nacional. A partir disso, esse estudo teve como objetivo caracterizar o atendimento do Centro Especializado em Reabilitação (CER) no Alto Oeste Potiguar/RN considerando as dimensões e abrangência territorial. Utilizamos de análise documental de portarias, decretos e manuais que discutem essa problemática. Foi possível observar que esses centros realizam atendimentos especializados de forma a tratar o paciente de acordo com sua respectiva deficiência, garantindo condições de acessibilidade, conforto, e ótimo desempenho durante a assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com Deficiência. Políticas públicas de saúde. Serviços de Reabilitação.

Francisco Eden Soares Marcos

edensoares994@gmail.com

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros. Rio Grande do Norte. Brasil.

Themis Cristina Mesquita Soares

themissoares@uern.br

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros. Rio Grande do Norte. Brasil.

Larissa da Silva Ferreira Alves

larissaferrera@uern.br

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros. Rio Grande do Norte. Brasil.

Francisco Do O' De Lima Júnior

lima.junior@urca.br

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Pau dos Ferros. Rio Grande do Norte. Brasil.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no Brasil, mais de 20% da população tem algum tipo de deficiência, o que nos faz refletir sobre a implementação de uma linha de cuidados com serviços de saúde que atendam de forma integral essa crescente demanda das Pessoas com Deficiência (PCD), pois diante dos preconceitos e dificuldades enfrentadas por essas, se faz necessário que haja políticas que assegurem os direitos dessa parte da população brasileira.

Os programas ligados a saúde que envolvem a promoção, proteção e reabilitação dos brasileiros estão inseridos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a mesma trata-se de uma combinação de ações e serviços de saúde, estruturados de forma hierárquica por níveis de complexidades crescente, esses baseiam-se no grau de importância e no uso de tecnologias duras e leves, divididas em atenção primária (a atenção básica), secundária (de média complexidade) e terciária (alta complexidade), cada uma tendo o seu papel na rede, mas que devem estar interligadas para garantir a continuidade do cuidado e dar respostas aos programas e políticas públicas da rede SUS (MENDES, 2011).

O território é um espaço onde se delimita aquilo que foi ou é produzido pela sociedade e que envolve objetos geográficos, sejam eles naturais ou construídos, onde presenciamos indivíduos e grupos, e instituições que tratam de relações e poderes diversos. Esse conceito permite conhecer e entender sobre as pessoas, e os seus respectivos relacionamentos. É um lugar onde a sociedade constrói a ideia de sua própria identidade, onde os trabalhadores da saúde poderão identificar riscos, vulnerabilidades e potencialidades, poderão analisar a situação em saúde e condições de vida, e intervir nos problemas e necessidades de cada um (GONDIM, 2008).

O Brasil é conhecido por sua abrangência de regiões, territórios, diversidade e culturas. A região pode ser entendida também como uma questão de ordem teórico-metodológica em uma análise de espaço geográfico e o seu recorte, enquanto que o território foca principalmente nas práticas, ou melhor dizendo nas articulações espaciais de poder, o lugar e as experiências que são vividas, as paisagens e as representações (COSTA, 2014).

Uma das maiores regiões é a do Semiárido brasileiro, composta por 1.262 municípios, se estende pelos estados da região nordeste dos estados do Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e também por Minas Gerais, em sua totalidade ocupa cerca de 12% do território nacional. Essa apresenta algumas características próprias em vários aspectos, social, cultural, ambiental e econômico, além de outros dados como precipitação pluviométrica média anual igual ou inferior a 800mm, percentual diário de déficit hídrico igual ou superior a 60%, e índice de Aridez Thornthwaite que calcula a diferença entre quantidade de chuva e perda de água igual ou inferior a 0,50 (BRASIL, 2021).

As regiões são responsáveis pela administração dos seus serviços de saúde para toda a população, e assim, respeitando os princípios base da descentralização e regionalização, esses serviços e as esferas de governo tem responsabilidades compartilhadas de modo que não há uma fragmentação das políticas e sim uma reorganização e hierarquização da assistência integral à saúde. Dessa forma, as

ações em saúde passam a serem programadas e os casos regulados aos serviços responsáveis, permeando por toda a rede com tranquilidade e resolutividade (FERREIRA, 2010; GUERRA, 2015).

Das inúmeras formas de atendimento que a população necessita, uma das mais pontuais na vida das PCD é a reabilitação, que é responsável por possibilitar ao indivíduo novas habilidades, tornando possível o enfrentamento dos obstáculos do dia-a-dia. De acordo com o pensamento dos autores SILVA et. al. (2012), significa dizer que é habilitar e reabilitar o indivíduo novamente a algo que foi perdido, e nesse sentido, é fundamental que haja um trabalho em equipe multidisciplinar, que envolva as mais diversas profissões das áreas-humanas, biológicas, etc.

O acesso ao serviço de reabilitação está fortemente ligado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto reque análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis, e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência (Brasil, 2020, p.10).

Quando pensamos nessa linha de atenção voltada as PCD o Ministério da Saúde através da portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de reabilitação em todo o território nacional que seja integrada, articulada, e efetiva nos diferentes pontos de atendimento as essas pessoas com demandas temporárias ou permanentes, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua (BRASIL, 2012).

Dessa forma, essa pesquisa parte da seguinte problemática: Quais as características do atendimento territorial do CER (Centro Especializado em Reabilitação) no território do Alto Oeste do Estado do Rio Grande do Norte (Região do Semiárido)? Com a hipótese norteadora de que a política que concebe o CER e seu atendimento se apresenta restrita pelas limitações de oferta, embora atenda um território amplo. Portanto, para desenvolvermos o estudo traçamos o seguinte objetivo: Caracterizar o atendimento do Centro Especializado em Reabilitação (CER) no Alto Oeste Potiguar considerando as dimensões e abrangência territorial do atendimento deste centro.

2 METODOLOGIA

Essa trata-se de uma pesquisa descritiva em uma abordagem qualitativa dos dados que aqui estão sendo apresentados, sob o procedimento de análise documental. Assim como diz TRIVINOS (1987) sobre as pesquisas que se tratam de trabalhos que buscam descrever os fatos e fenômenos de uma determinada realidade.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. (Gerhardt e Silveira, 2009, p. 31). Nesse tipo de abordagem o

conhecimento prévio do pesquisador pode ser parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

As dimensões e abrangências territoriais no que concerne sobre a rede das PCD que aqui serão discutidas, referem-se ao Alto Oeste Potiguar, lócus da pesquisa. O Estado do Rio Grande do Norte faz parte da federação brasileira, e fica localizado na região nordeste, majoritariamente na região semiárida, composto por 167 municípios, dos quais 147 são classificados como semiárido, correspondendo a 93,4% do território estadual e 55,7% de sua população, possuindo 04 Mesorregiões Agreste Potiguar, Central Potiguar, Leste Potiguar, e Oeste Potiguar e 13 Microrregiões, Alto Oeste, Médio Oeste, Oeste/Salineira, Vale Assú, Seridó Potiguar, Sertão Central, Litoral Oeste, Mato Grande, Potengi, Trairi, Agreste, Zona da Mata e Metropolitana (BRASIL, 2005).

Diante o exposto faremos uma análise documental a partir de informações que elucidam acerca da saúde para as PCD. A análise desses 7 (sete) instrumentos (Tabela 1) trarão conceitos que focam em suas principais diretrizes e formas de atendimento, esclarecendo assim sobre as linhas de cuidado. A proposta da análise documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, como diz o autor FONSECA (2002, p. 32): podemos trabalhar com tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc.

Tabela 1 – Catalogação dos documentos

Autores	Título	Ano
BRASIL	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.	2002
BRASIL	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	2017
BRASIL	Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas.	2017
BRASIL	Site do Ministério da Saúde – Saúde da Pessoa com Deficiência.	2020
BRASIL	Portaria GM/MS Nº3.620, de 18 de dezembro de 2020.	2020
BRASIL	Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sus: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual	2020
CER-PAU DOS FERROS	Slide de Apresentação do CER II Pau dos Ferros	2021

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

3 A POLÍTICA DE CRIAÇÃO DO CER

Através da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência instituída pela portaria MS/GM nº1.060, de 5 de junho de 2002, passamos a conhecer o universo de direitos que essas pessoas possuem, e a partir disso, compreendermos como funcionam os atendimentos especializados.

Essa política tem como propósito proteger a saúde das PCD, reabilitar na capacidade funcional o seu desempenho, contribuindo para a inclusão dessas pessoas na vida sociais, e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2002). O objetivo dessa é proporcionar uma atenção integral

a saúde, desde o nível de atenção básica, até a sua reabilitação, incluindo ainda a concessão de órteses, próteses e meios que auxiliem na locomoção.

É importante considerar para que aconteça a inclusão das PCD na sociedade, existe a necessidade de ações da comunidade, transformando assim os seus ambientes, promovendo mais acessibilidade, eliminando barreiras que afetam a vida dessas pessoas, só assim as diretrizes da políticas que envolve promoção da qualidade de vida; prevenção de deficiências; atenção integral à saúde; melhoria dos mecanismos de informação; capacitação de recursos humanos e organização e funcionamento dos serviços poderão ser executadas.

As barreiras são compreendidas como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como, o gozo, a oportunidade e o exercício de seus direitos acessibilidade, à compreensão, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em urbanísticas, nos transportes, nas comunicações, atitudinais e tecnológicas (Brasil, 2020, p. 6).

Todas essas precisam de uma atenção maior pois são de suma importância para a garantia dos direitos das PCD. Variando entre atitudes ou comportamentos que prejudicam a participação social, dificultam ou impossibilitam a expressão ou recebimento de mensagens e informações, impedem o acesso a meios de transportes por exemplo, bem como a propriedades públicas ou privadas (hospitais, clínicas, bancos, etc.), além das existentes nas vias e espaços abertos ao público ou de ordem coletiva (como calçadas, praças, espaços de lazer), nos mostra o quanto se faz necessários que as pessoas compreendam sobre o assunto.

Dentro dessa rede de cuidados, instituída pela portaria nº 793, de abril de 2012, existem alguns componentes responsáveis pela reabilitação das PCD, um desses são os centros especializados em reabilitação (CER). O manual de Ambiência dos centros especializados em reabilitação e das oficinas ortopédicas, nos ajudam a entender como é o funcionamento desses serviços:

A proposta é que os serviços da Rede de Cuidados à Saúde da PCD disponham de ambiências confortáveis e acolhedoras, utilizando componentes que estimulem as dimensões sensoriais e que favoreçam, a um só tempo, privacidade e interação das pessoas entre si e com os espaços, especialmente com a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros (Brasil, 2017, p. 3).

Esses componentes são de suma importância para que as singularidades das pessoas sejam respeitadas, suas escolhas, compensações e potencialidades. Se assim estiverem presentes, esses irão atuar como qualificadores do espaço estimulando a percepção ambiental (BRASIL, 2017).

No âmbito do território, o CER é uma referência em atenção à saúde para as PCD. Trata-se de um ponto de atenção especializado em reabilitação que desempenha papéis de diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção das tecnologias assistivas. Organizado a partir da combinação de no mínimo duas modalidades em reabilitação (BRASIL, 2020). Os centros podem ser

organizados por CER II, CER III, e CER IV (dois, três e quatro serviços respectivamente – Tabela 2).

Pensados de modo que formam agrupamentos que permitem uma maior flexibilidade, com atenção para os CER II E III que podem obter ampliações no futuro, os módulos de deficiência atendidos são: Visual, Física, Intelectual e Auditiva de como diz no Manual de Ambiência (BRASIL, 2017). Dessa maneira, os centros serão os principais responsáveis por oferecer uma infraestrutura adequada para os pacientes, que os traga condições de acessibilidade, garantindo essa atenção especializada.

Tabela 2 – Programa Mínimo para tipos de CER

CER Tipo	Tipos de Reabilitação
CER II	Auditiva e Física
CER II	Auditiva e Intelectual
CER II	Auditiva e Visual
CER II	Física e Intelectual
CER II	Física e Visual
CER II	Intelectual e Visual
CER III	Auditiva, Física e Intelectual
CER III	Auditiva, Física e Visual
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual
CER III	Física, Intelectual e Visual
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

Ainda de acordo com o Manual de ambiência os projetos padrões visam facilitar a construção dos CER conforme as especificações definidas pela Coordenação Geral Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS, contemplando o arquitetônico e projetos complementares, dados esses que podem ser verificados no site: www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia. Esse projeto precisa possuir áreas especializadas em reabilitação auditiva, física, intelectual, e visual, além de área comum de habilitação/reabilitação, apoio administrativo e recepção, área externa, além de consultórios, box de terapias, copa/refeitório, depósito de material de limpeza, fraldário, garagem, sala de armazenamento, sala de arquivos, atendimento individualizado, reunião, para exames complementares, sanitários/vestiário independentes masculino e feminino para paciente e para funcionários (BRASIL, 2017).

As instalações físicas do CER devem estar em conformidade com as normas da ABNT para acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaço e Equipamentos Urbanos ABNT NBR-9050, de 11 de outubro de 2015; da Resolução – RDC Nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2017, p.16).

Os CER contam com uma equipe especializada de profissionais que são responsáveis pela garantia desses serviços em reabilitação, e prontuários para cada paciente, que irão conter as informações completas de cada como uma equipe mínima composta por: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta

ocupacional, assistente social e enfermeiro, de acordo com a portaria nº 835, de 25 de Abril de 2012 (BRASIL, 2012).

Assim, pensando na territorialidade do semiárido brasileiro esse serviço torna-se essencial para a vida das PCD, tendo em vista, se pensarmos de acordo com MALVEZZI (2007) quando diz que não é apenas clima, vegetação, solo, água ou sol, também envolve história, arte, povo, é um processo social. Esse território é acima de tudo composto por uma realidade complexa, dinâmica e multidimensional, possuindo características peculiares, onde o povo convive com o clima, e constitui os seus modos de vida (CONTI, 2013).

O formato no atendimento nessa região por parte dos CER que possibilita cuidados específicos para cada deficiência no âmbito do SUS, de forma acessível e gratuita, evita por exemplo, que aquelas famílias mais carentes, que vivem em situações de maior vulnerabilidade necessitem de fazer investimentos para cuidar da saúde de seus parentes.

4 O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) NO ALTO OESTE POTIGUAR

Falar sobre região, pode ser uma tarefa árdua, pois precisamos dialogar sobre pontos bastante complexos. Segundo Bezzi (2004, p. 39) tal conceito tem sido, desde muito tempo, considerado por alguns autores como o conceito central, o core do trabalho em análise espacial. A autora ainda diz que outros estudiosos argumentam que falar sobre esse conceito seria trazer problemas de ordem epistemológica das ciências, e ainda ressalva que existem outros grupos que defendem cada um o seu ponto de vista com base nas teorias e metodologias a quais trabalham (Bezzi, 2004).

Segundo Gomes apud Castro; Gomes; Corrêa (1995, p. 53-54) a noção do termo região está associada a vários domínios quando defende que:

- a) Na linguagem cotidiana do senso comum, a noção de região parece existir relacionada a dois princípios fundamentais: o de localização e o de extensão [...] está associada à localização e à extensão de um certo fato ou fenômeno [...] ou a limites [...] atribuídos à diversidade espacial [...] (b) A região [...] como unidade administrativa e, neste caso, a divisão regional é o meio pelo qual se exerce frequentemente a hierarquia e o controle na administração dos Estados [...] (c) Nas ciências em geral, como na biologia, geologia etc., a noção de região possui um emprego também associado à localização de um certo domínio [...] Na Geografia o uso desta noção de região é um pouco mais complexa, pois ao tentarmos fazer dela um conceito científico, herdamos as indefinições e a força de seu uso na linguagem comum e a isto se somam as discussões epistemológicas que o emprego mesmo deste conceito nos impõe...

Dessa forma, embora pensemos que o conceito esteja atrelado totalmente a Geografia, podemos perceber que esse liga-se a outros fundamentos, principalmente sociais, se tornando uma discussão que abrange diversas áreas, e que mesmo que para os geógrafos exista uma forma própria de se trabalhar com

esse conceito, o mesmo pode ser estudado pelas mais diversas ciências, como por exemplo a da saúde.

Essa discussão entre espaços e dimensões políticas ficam mais evidentes quando passamos a ouvir o termo território. Segundo diz Costa (2014, p.174), alguns autores irão propor, por exemplo, a região como um conceito mais amplo do que território, uma vez que o espaço regional, epistemologicamente falando, envolve recortar o espaço em unidades coerentes [...] quando nos restringimos a critérios de ordem política, o recorte daí advindo compreende então um território.

Na obra sobre abordagens e concepções de território de Saquet (2007) existe uma discussão sobre a expansão da abordagem territorial, e o autor traz alguns olhares a partir de outros pesquisadores acerca do que seria esse conceito. Dizendo que o território é objetivado por relações sociais, de poder e dominação, o que implica a cristalização de uma territorialidade, ou de territorialização no espaço, a partir das diferentes atividades cotidianas (SAQUET, 2007, p. 75-76).

Desse modo, podemos perceber que compreender a base desses conceitos se faz necessário para passarmos a discutir situações de realidades expostas no cotidiano da sociedade, principalmente, quando formos levantar ideias de ações e abordagens desenvolvidas para as relações da coletividade que estão presentes em determinados territórios.

A proposta de regionalização do território brasileiro foi baseada na identificação de cidades-polo e dos municípios a elas vinculados. A escolha dessa metodologia na construção dos recortes regionais teve como ponto de partida os conceitos de território-rede¹ e território-zona², que ajudam a mostrar a pluralidade das formas de se interpretar o espaço e sua relação com os sujeitos (IBGE, 2017).

De acordo com o plano territorial de desenvolvimento rural sustentável do alto oeste potiguar (2010, p. 4), o alto oeste constitui um território em que há uma interação entre as diversas instâncias sejam elas, ambientais, sociais, culturais, econômicos ou políticas institucionais. Considerando essa realidade refere-se à circunscrição territorial composta por 30 municípios.

Contudo, como nossa discussão envolve a área territorial compreendida como região de saúde, que segundo os conceitos de BRASIL (2011, p. 23) trata-se de [...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Passamos a discutir sobre a compreensão das Regiões de Saúde do RN³, assim o Alto Oeste passa a agregar mais 7 cidades, na chamada VI Região de Saúde do RN, totalizando 37 municípios assistidos (COSEMS, 2021).

¹ Incorpora uma ideia além de fixidez e estabilidade pressuposto pelo território, trazendo o movimento e as diferentes formas de mobilidade (HAESBAERT, 2004).

² O território-zona que significa ser um território mais contínuo, é aquele que identificamos quando os fluxos e fixos se localizam em um espaço mais ininterrupto e homogêneo (IBGE, 2017).

³ Os territórios em saúde podem ser compreendidos como espaços que distribuem os serviços de saúde com o intuito de adequar as necessidades da população de um determinado local ou região. Baseia-se então, na democratização desses serviços, buscando reduzir as desigualdades sociais e territoriais. Confere mais poder e responsabilidade aos municípios, de

O CER responsável pelo atendimento em reabilitação para as PCD do Alto Oeste Potiguar encontra-se localizado na Cidade de Pau dos Ferros, e está ligado na Razão Social da Associação Beneficente Nossa Senhora da Conceição (CEBES, 2021), instituição filantrópica que realiza os atendimentos através do SUS, iniciando os trabalhos em 1994 com reabilitação física, habilitada pelo SUS no ano de 2008 para centro de reabilitação infantil e habilitada para CER II em 2015 com as deficiências física e intelectual (CER PAU DOS FERROS, 2021).

A partir da Portaria GM/MS nº3.620 de 18 de dezembro de 2020, houve a alteração do CER II para CER IV no município de Pau dos Ferros respeitando e considerando as leis e portarias que estabelecem, determinam, regulamentam e adequam os serviços que instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Esse centro é responsável pelos atendimentos da região do Alto Oeste Potiguar, estabelecendo recursos do bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde – grupo de atenção especializada (BRASIL, 2020). Diante disso, esse centro passou a realizar atendimentos de atenção em saúde para as PCD nos IV tipos de reabilitação, física, intelectual, visual e auditiva.

Sabe-se que houve um aumento na equipe técnica abrangendo um quantitativo maior no número de profissionais (médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, ortopedista, oftalmologista, clínico geral, neurologista, otorrinolaringologista e técnico em mobilidade), e o controle da rede de assistência continua através de banco de dados e prontuários eletrônicos individualizados para cada paciente.

O fluxo do atendimento perpassa desde a origem nas unidades básicas em saúde, respeitando os princípios bases do SUS, passando pela central de regulação no município, e chegando ao centro para dar início ao atendimento e avaliação para cuidados individualizados e em grupos de acordo com o caso de cada paciente. Isso demonstra a preocupação e cuidado por parte do centro em assegurar a assistência integral dos pacientes de acordo com a Rede de Cuidados e com a Política de saúde para as PCD.

O CER IV Pau dos Ferros abrange o seu serviço em toda a 6ª Região (Figura 1) de Saúde do RN. É possível observar no mapa a localidade de cada CER no estado do Rio Grande do Norte, dividido pelas regiões de saúde, atentemos para as cidades destacadas na cor amarelo, São José do Mipibu, Mossoró, João Câmara, Caicó, Santa Cruz, Pau dos Ferros, Natal e Assú (representando a 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª 7ª e 8ª região de saúde respectivamente).

Vale salientar que os atendimentos no ano em decorrência (2021) devido a pandemia instaurada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2019 em decorrência do novo coronavírus (SARS-CoV-2), COVID-19, ainda se encontram em sua maioria com acompanhamento virtual, excesso casos que necessitam de avaliação presencial (OMS, 2020).

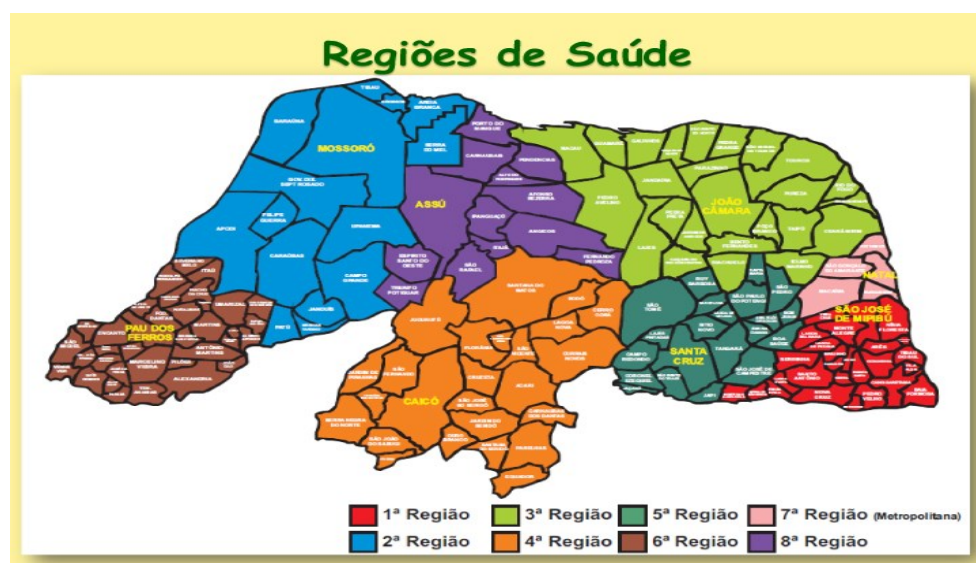
O centro responsável pela Região do Alto Oeste, conta aproximadamente com 768 pacientes. Esse é um ponto de atenção ambulatorial que realiza uma avaliação global com atendimentos em grupo e individuais, oficinas de arte, projetos de promoção em saúde e educação permanente, hidroterapia, oficina ortopédica e

acordo com: territorialização, flexibilidade, cooperação, cogestão, financiamento, subsidiariedade, participação e controle social (CARDOSO et al, 2016).

ostomizados, e conta em sua estrutura física com recepção, elevadores, banheiros adaptados, salas de terapia, reabilitação, exames, consultório médico, etc. (CER PAU DOS FERROS, 2021).

A dotação orçamentária após a alteração e habilitação para CER IV passou segundo o art.2º da portaria nº 3.620 a ter no montante anual R\$ 2.460.000,00 (dois milhões e quatrocentos e sessenta mil reais), a ser incorporado ao limite financeiro de média e alta complexidade – MAC do Estado do Rio Grande do Norte (BRASIL, 2020). Esse orçamento traduz sobre como funciona o repasse a todos os centros no Brasil, recebendo de acordo com o quantitativo de deficiências assistidas.

Figura 1: Mapa Regiões de Saúde - Abrangência do CER PAU DOS FERROS.



Fonte: Google Imagens, 2021.

Analisamos dessa forma que, mesmo a região não sendo desenvolvida como os demais centros, a mesma apresenta a maior assistência do estado, assumindo um papel importante para as cidades circunvizinhas com território menor, fortalecendo o sistema de saúde na região e articulando os serviços e os órgãos em suas relações sociais. Formulando então com o pensamento dos autores Campos, Souza e Mendes (2015) quando dizem que o CER cria padrões os padrões mesmo que mínimos para os cuidados às PCD, e são estratégicos na qualificação e regulação em termos de acolhimento de diferenças e de humanização dos cuidados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a riqueza de informações que essa problemática possui, desde os seus princípios base e objetivos da Rede de cuidados para as PCD, até na forma de atendimento e acolhimento para essas pessoas nos órgãos públicos que estão ligados ao SUS, é uma tarefa capaz de fortalecer os laços entre os sujeitos, a sociedade e a integralidade nos serviços de atenção à saúde.

Diante desse contexto, foi possível perceber um padrão em atendimento no centro especializado da Região do Alto Oeste Potiguar, onde o mesmo envolve desde a atenção básica proposta pela rede de cuidados e da política de saúde para as PCD, até o envolvimento dos atendimentos individualizados, terapias em grupo para fazer com que essas pessoas possam criar vínculos, palestras, grupos interdisciplinares, etc. Assim, chegando à conclusão que a política que concebe os CER trabalha de forma abrangente, englobando toda a população e os mais variados territórios, desde os grandes centros até as regiões menos desenvolvidas e em situações de maior vulnerabilidade.

A caracterização no CER na Região do Alto Oeste Potiguar segue o padrão exigido para os demais centros, embora possua características próprias de acolhimento e recepção pelo número alto de paciente atendidos devido a quantidade de municípios assistidos pelo centro. Diante disso, dispondo de salas de cuidados especiais e de espera para os pacientes e seus respectivos acompanhantes, acolhendo assim o paciente da melhor maneira possível até a chegada da sua consulta ou acompanhamento.

Embora essa rede seja bem recebida pela sociedade e pelo público alvo dessa pesquisa, a mesma ainda tenta todos os dias aprimorar os seus níveis de atendimento em busca cada vez mais de melhorias. Assim, se faz necessário a manutenção desses serviços e a continuação na implementação de políticas que favoreçam acesso a saúde das PCD contribuindo assim para o desenvolvimento do território local e do semiárido.

Specialized Rehabilitation Center: dimensions and territorial scope

ABSTRACT

Due to the high growth in the number of people with disabilities in Brazil in recent years, according to data from the 2010 census, it is necessary to have policies that work with the appreciation of this population, thus guaranteeing rights and care throughout the national territory. From this, this study aimed to characterize the service of the Specialized Rehabilitation Center (CER) in Alto Oeste Potiguar/RN considering the dimensions and territorial scope. We used document analysis of ordinances, decrees and manuals that discuss this issue. It was possible to observe that these centers perform specialized care in order to treat the patient according to their respective disability, guaranteeing conditions of accessibility, comfort, and excellent performance during the assistance.

KEYWORDS: People with Disabilities. Public health policies. Rehabilitation Services.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO. Referências para uma Estratégia de Desenvolvimento Rural Sustentável no Brasil. Brasília: MDA/SDT – CONDRAF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., 28 jun. 2011.

_____. PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
>. Acesso em 08, Set, 2021.

_____. PORTARIA Nº 835, DE 25 DE ABRIL DE 2012. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: >
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html
<. Acesso em 10, Set, 2021.

_____. PORTARIA Nº 1.060, DE 5 DE JUNHO DE 2002. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#NEXOXIII
>. Acesso em 09, Set, 2021.

_____. PORTARIA GM/MS Nº3.620, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2020. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, ed. 245, seção 1, p. 86, 23 de dez de 2020.

_____. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS: INSTRUTIVO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELLECTUAL E VISUAL. Ministério da Saúde. Brasil, 125p. 2020.

_____. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3/MG/MS DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Ministério da Saúde 2017. Disponível em: >
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI
<. Acesso em 10, Set, 2021.

_____. O Semiárido Brasileiro. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. 2021. Disponível em: > <https://www.gov.br/mcti/pt-br/rede-mcti/insa/semiario-brasileiro> <. Acesso em 18, set, 2021.

BEZZI, M. L. REGIÃO: DESAFIOS E EMBATES CONTEMPORÂNEOS. SEI-Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. (Org.). Desigualdades Regionais-Série Estudos e Pesquisas. Salvador: Bigraf, vol. 1, p. 39-87, 2004.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A de P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface. 19(52), p. 207-10, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0078.

CARDOSO, M. de C. B. et al. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. Enfermagem Brasil, v. 15, n. 4, p. 227-235, 2016.

COSEMSRN, PORTAL DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE. Comitê Intergestores Regional. Disponível em: < <https://www.cosemsrn.org.br/cir/> >. Acesso em 15 de set de 2021.

CEBES, CENTRAL BRASILEIRA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Cer Centro Especializado em Reabilitação. Disponível em: > <https://cebes.com.br/cer-centro-especializado-em-reabilitacao-3449971/>. <. Acesso em 15 de set de 2021.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) – PAU DOS FERROS. CER II PAU DOS FERROS. Slide se Apresentação do CER-Centro Especializado em Reabilitação Oficina Ortopédica. Mar, 2021.

CONTI, I. L.; SCHROEDER, E. O. (organizadores). Estratégias de Convivência com o Semiárido Brasileiro: Textos e Artigos de Alunos(as). Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAURGS/REDEgenteSAN / Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Sustentabilidade – IABS / Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS / Editora IABS, Brasília-DF, Brasil, 2013.

COSTA, R. H. da. Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea. 2 ed, Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 210p, 2014.

DESLAURIERS, J. P. Pesquisa Qualitativa – Guia Prático. Montreal: McGraw-Hill, 1991.

FERREIRA, J.B.B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza, UEC, 2002, Apostila.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. Métodos de Pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre, UFRGS, 2009.

GOOGLE IMAGENS. Regiões de Saúde do RN Mapa. Pesquisa Google. Disponível em: < <https://www.google.com> >. Acesso em 15 de set, 2021.

GONDIM, G.M.; M, MONKEN M., et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In Miranda, A; Barcellos, C; Moreira, J; Monken, M. (Org). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C da C.; CORRÊA, R. L. Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 49-78, 1995.

GUERRA, D. M. Descentralização e regionalização da assistência à saúde do Estado de São Paulo: Uma análise do índice de dependência. 2015. 209p. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 395, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Resultados preliminares da amostra. Ago, 2010. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques> >. Acesso em 08, set, 2021.

_____. Divisão regional do Brasil em regiões geográficas imediatas e regiões geográficas intermediárias. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro, 82p, 2017.

MALVEZZI, R. Semi-árido – uma visão holística. Brasília: Confea, 140p, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm, set, 2013. [cited 2016 oct 08]; 66(spe):158-64. Available from: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020> >

POUPART, J. et. al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ. Vozes, 2008.

PTDRS. Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável- PTDRS, p.1-9, 2010.

SAQUET, M. A. Abordagens e concepções sobre território. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 200p, 2007.

SILVA, G. A; et. al. Functional assessment of people with spinal cord injury: use of the functional Independence measure – FIM. Texto Contexto Enferm. Dez, 2012 [cited 2016 Out 08]; 21(4):929-36. Available from: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400025> >.

TRIVINOS, A. N. S. Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO, WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic - Outbreak situation. Geneva: WHO; 2020.

Recebido: 21 ago. 2022.

Aprovado: 06 out. 2022.

DOI: 10.3895/rbpd.v11n4 esp.15200

Como citar: MARCOS, F. E. S.; SOARES, T. C. M.; ALVES, L. S. F.; JÚNIOR, F. O. L. Centro Especializado em Reabilitação (CER): dimensões e abrangência territorial. **R. Bras. Planej. Desenv.** Curitiba, v. 11, n. 04, p. 991-1006, Edição Especial Planos de expansão, políticas públicas e a pandemia: reflexões sobre planejamento e desenvolvimento local, dez. 2022. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbpd>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Francisco Eden Soares Marcos
BR 405, KM 3, Arizona, Pau dos Ferros-RN

Direito autoral: Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

