

## Recuperação e reabilitação no âmbito da atenção à saúde para pessoas em situação de acidentes e violências no Brasil

Recovery and Rehabilitation in the Context of Health Care for Victims of Accidents and Violence in Brazil

Recuperación y rehabilitación en el ámbito de la atención a la salud para personas en situación de accidentes y violencias en Brasil

Simone Gonçalves de Assis (<https://orcid.org/0000-0001-5460-6153>)<sup>1</sup>  
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade (<https://orcid.org/0000-0001-6563-976X>)<sup>2</sup>  
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (<https://orcid.org/0000-0001-7789-1671>)<sup>3</sup>  
Daniella Harth da Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9881-9545>)<sup>4</sup>

**Resumo** Busca-se analisar a implementação da atenção à saúde em recuperação e reabilitação no país considerando a assistência oferecida às pessoas em situação de violência e acidentes. Essa forma de atenção corresponde à diretriz específica da Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Realizou-se um estudo nacional quantitativo descritivo; dados foram coletados via plataforma eletrônica com links para os secretários municipais de saúde dos 5.570 municípios brasileiros acessarem aos questionários (113 responderam). Os resultados mostram que houve avanços em algumas áreas como criação de normativas, descentralização da atenção, aumentos dos serviços e diversidade de profissionais em boa parte das cidades participantes. Mas há lacunas históricas como subfinanciamento do setor, fragilidades na infraestrutura e de recursos humanos, falhas na dispensação de órteses e próteses e distribuição desigual de serviços nas regiões do país. Conclui-se que embora o cenário para pessoas em situação de acidentes e violências tenha melhorado nos últimos anos, ainda está muito distante de ser um serviço universal, integral e equânime.  
**Palavras-chave** Reabilitação, Recuperação, Acidentes, Violências, Política de Saúde

**Abstract** This article aims to analyze healthcare implementation in recovery and rehabilitation in the country, considering the assistance offered to victims of violence and accidents. Rehabilitation corresponds to the specific guideline of the National Policy on Morbimortality due to Accidents and Violence. A descriptive quantitative study was conducted nationwide by analyzing data collected through the electronic platform to access a questionnaire sent to the municipal health secretaries of the 5,570 Brazilian municipalities (113 answered). The results revealed advances in some areas, such as formulating regulations, decentralizing care, and increasing the availability of services and variability of professionals in most participating cities. However, we identified historical gaps, such as the sector's underfunding, weak infrastructure and human resources, problems regarding the provision of orthoses and prostheses, and unequal distribution of services in the country's regions. Although the recovery/rehabilitation backlog of accident and violence victims has improved in Brazil in recent years, it is still far from offering a universal, comprehensive, and equitable service.  
**Key words** Rehabilitation, Recovery, Accidents, Violence, Health Policy

**Resumen** Se busca analizar la implementación de la atención a la salud en recuperación y rehabilitación en el país, considerando la asistencia brindada a personas en situación de violencia y accidentes. Esta forma de atención corresponde a la directriz específica de la Política Nacional de Morbimortalidad por Accidentes y Violencia. Se realizó un estudio nacional cuantitativo descriptivo; los datos fueron recolectados mediante una plataforma electrónica con enlaces para que los secretarios municipales de salud de los 5,570 municipios brasileños accedieran a los cuestionarios (113 respondieron). Los resultados muestran que hubo avances en algunas áreas, como la creación de normativas, la descentralización de la atención, el aumento de los servicios y la diversidad de profesionales en gran parte de las ciudades participantes. Sin embargo, persisten brechas históricas como el subfinanciamiento del sector, debilidades en infraestructura y en recursos humanos, fallas en la provisión de órtesis y prótesis, y una distribución desigual de servicios en las regiones del país. Se concluye que, aunque el panorama para las personas en situación de accidentes y violencias ha mejorado en los últimos años, todavía está lejos de ser un servicio universal, integral y equânime.  
**Palabras clave** Rehabilitación, Recuperación, Accidentes, Violencia, Política de Salud

<sup>1</sup> Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), R. Leopoldo Bulhões 1480, Mangueiras. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. [simone.assis60@gmail.com](mailto:simone.assis60@gmail.com)  
<sup>2</sup> Defensoria Pública da União. Brasília DF Brasil.  
<sup>3</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.  
<sup>4</sup> Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Gonçalo. São Gonçalo RJ Brasil.

## Introdução

Os acidentes e as violências são problemas de saúde pública muito frequentes que afetam as pessoas não apenas no momento do evento adverso, mas que demandam cuidados posteriores no processo de recuperação e reabilitação. Todavia, estas pessoas frequentemente não obtêm acesso ou se deparam com fragilidades na atenção em reabilitação, a ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelecer compromissos com ações-chave para fortalecer esses serviços nos Estados membros da instituição até 2030. No entanto, pessoas que sofrem acidentes e violências e que ficam com alguma incapacidade ou deficiência têm pouco acesso aos serviços de reabilitação e recuperação tanto para diagnóstico, como para tratamento, encaminhamento e recuperação<sup>1-3</sup>. Priorizar reabilitação e recuperação significa investir na especialização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos visando à reintegração social dos indivíduos, seja no trabalho, seja na vida social<sup>4</sup>. A falta de investimento nos serviços de reabilitação é um problema mundial<sup>5</sup>.

A reabilitação tem como objetivo contribuir para que a pessoa consiga atingir e manter ao máximo o seu funcionamento, estimular a manutenção de suas funções, evitar o agravamento de suas limitações, promover sua maior autonomia e capacidade física, mental e social, visando a sua readequação seja na vida produtiva seja em encontrar novas possibilidades de sua inserção social<sup>6</sup>.

A história da recuperação e reabilitação no âmbito da atenção à saúde para pessoas em situação de acidentes e violências no Brasil mostra que ainda na década de 1960, esse nível de intervenção era compreendido, exclusivamente, como de competência da assistência terciária. Os centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social eram as únicas instituições públicas a oferecerem esse tipo de atendimento. Com o advento do SUS a reabilitação foi a ele integrada como um dos níveis de atenção. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) teoricamente, é organizado de forma a atender as demandas relativas à reabilitação por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. O SUS conta com 228 Centros Especializados em Reabilitação (CER) distribuídos geograficamente em todos os estados brasileiros. Eles prestam assistência ambulatorial de referência que contempla diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva<sup>7</sup>. Além dos CER, o sistema tem uma Rede de Cuidados à Pessoa com Defici-

ência composta por 37 oficinas ortopédicas, 259 Serviços de Reabilitação em modalidade única e uso de 293 veículos adaptados<sup>7,8</sup>. Esse conjunto de serviços e equipamentos, obviamente, não dá conta da realidade nacional. A Pesquisa Nacional de Saúde apontou que 3,9 milhões de brasileiros adultos haviam sofrido acidente de trânsito com lesão e 14,9% desses (579 mil pessoas) ficaram com alguma seqüela física permanente em 2019<sup>9</sup>. Fato importante e adicional, a população está envelhecendo e o “Guia de Atenção à Pessoa Idosa” orienta cuidados de reabilitação da funcionalidade para execução de atividades da vida diária, particularmente no âmbito da atenção primária<sup>10</sup>.

A estruturação e a consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação das vítimas de acidentes e violências é uma das diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)<sup>11</sup>. Profissionalmente, a Reabilitação compreende um conjunto de serviços como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicoterapia, entre outras<sup>6</sup>. Suas diretrizes estão conforme as ações-chave recomendadas pelo acordo da OMS com os países membros, o que inclui melhorar a governança e o investimento em reabilitação, expandir a força de trabalho de reabilitação de alta qualidade e aprimorar a coleta de dados dos agravos<sup>12,13</sup>, possibilitando que milhões de pessoas lesionadas não apenas vivam mais, mas vivam bem<sup>5</sup>. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde, que permite identificar e descrever estados de saúde e seus efeitos para a população em todo ciclo de vida, avalia que as seqüelas podem ocasionar perda da funcionalidade ou incapacidade temporária ou permanente, o que requer medidas de recuperação e ou reabilitação que precisam ser atendidas nos serviços de saúde<sup>14</sup>.

A análise diagnóstica da PNRMAV realizada em cinco capitais brasileiras evidenciou que os serviços de reabilitação eram os que mais sofriam com déficit de oferta em organização e estrutura se comparados aos da atenção primária, pré-hospitalar e hospitalar, mostrando ser um dos pontos mais frágeis no processo de implementação da PNRMAV<sup>15</sup>. Na mesma direção, revisão bibliográfica sobre o atendimento a pessoas em situação de violência no SUS reforça a precariedade de estudos nacionais: apenas 2% dentre 304 publicações brasileiras nos anos de 2001 a 2013 abordam o nível da reabilitação<sup>3</sup>.

Pouco mais de duas décadas desde a promulgação da PNRMAV, o presente artigo busca

analisar a implementação da atenção à saúde em recuperação e reabilitação a partir do pequeno número de municípios respondentes, considerando à assistência oferecida às pessoas em situação de violência e acidentes, descrevendo a distribuição geográfica dos serviços às vítimas e analisando a implementação das diretrizes orientadas especificamente para esse público no Brasil.

## Metodologia

Trata-se de estudo quantitativo descritivo realizado em 2021 em municípios brasileiros sobre a oferta e funcionamento dos serviços de atenção em recuperação e reabilitação para as vítimas de acidentes e violências. Os dados foram coletados por meio da plataforma eletrônica de pesquisa Redcap. Contou com apoio do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde que propiciaram sua anuência e endereços de e-mails dos secretários municipais de saúde dos 5.570 municípios brasileiros. Todos esses secretários foram contatados, solicitando que sensibilizassem os gestores da área de atenção em recuperação/reabilitação para o preenchimento dos questionários da pesquisa, através de um link para acesso na plataforma RedCap. Era tempo de COVID-19 e as atenções estavam voltadas para os cuidados com essa pandemia. Apenas 113 municípios responderam ao questionário sobre reabilitação (2,0% do total). A análise foi feita considerando quem participou do estudo.

As variáveis analisadas incluem: a) localização dos serviços de reabilitação e recuperação segundo região brasileira (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) e porte populacional (até 99.999 habitantes e acima de 100 mil habitantes); b) tipo de serviços: municipal, estadual, federal, privado conveniado com o SUS, privado, consórcio intermunicipal; c) infraestrutura de serviços e atendimento às necessidades de reabilitação; d) ações ofertadas: atendimento em grupo, prevenção de sequelas e incapacidades secundárias, estimulação neuropsicomotora, orientação familiar, avaliação médica clínica e funcional ou especializada, avaliação e atendimento em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem, nutrição, atendimento medicamentoso com dispensação de remédios, avaliação de diagnóstico de eletroencefalografia e potenciais evocados, avaliação

urodinâmica, atendimento clínico nas diversas especialidades médicas e atendimento cirúrgico; e) uso de recursos tecnológicos: análise clínica laboratorial, radiologia convencional, ultrassonografia, medicina nuclear, urodinâmica; f) protocolos, rotina, linha de cuidado que norteiam o atendimento; g) disponibilidade de recursos humanos: médico fisiatra, neurologista, fonoaudiólogo, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, técnico ou auxiliar de enfermagem, musicoterapeuta, educador físico, cirurgião-dentista, técnico ou auxiliar de saúde bucal; h) atendimento: se os serviços atendem ou não às necessidades do município e se a infraestrutura é suficiente para as necessidades locais. Nesse tópico, também foi indagado sobre atendimento especializado segundo tipo de vítima de acidente ou violências e grupo (criança, adolescente, adulto, idoso, mulher, outro); i) sobre encaminhamentos: se os municípios atendem e encaminham os casos, apenas atendem, apenas encaminham, não atendem nem encaminham. Essa análise está discriminada segundo tipo de serviço (unidade básica/centro de saúde/unidade de saúde, centro especializado, hospital e atendimento domiciliar) e tipo de encaminhamento (por exemplo, saúde, educação, justiça); j) oferta e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, variedade e qualidade da oferta desses meios, quantidade disponível, continuidade no abastecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; variedade e continuidade da oferta de medicamentos; variedade, continuidade e a manutenção dos insumos básicos, dos equipamentos para apoio de recuperação e reabilitação.

A análise dos dados apresentada inclui distribuições de frequência absoluta e relativa. Todas as análises foram estratificadas por região e porte populacional do município. Foram implementadas no pacote estatístico SPSS 24<sup>16</sup>.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário o participante teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto do estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 27932820.7.0000.5420).

## Resultados

A adesão dos 113 municípios variou segundo regiões brasileiras (entre 1,6% no Nordeste e 3,3% no Norte) e porte populacional (entre

1,9% nos municípios até 99.999 habitantes das regiões Sul e Norte até 22,6% nos municípios de maior porte da região Norte).

Dos 113 municípios analisados, 98,2% possuem pelo menos um tipo de serviço de Recuperação e Reabilitação, sendo mais comum os de natureza municipal (86,7%), seguidos pelos estaduais (25,7%). Dos entes privados conveniados com o SUS foram apontados por 21,2% serviços nos municípios respondentes (dados não apresentados). A administração conjugada de serviços ocorre especialmente entre municípios do mesmo estado ou com unidades privadas conveniadas. Nas capitais brasileiras, a atenção de recuperação e reabilitação mostrou-se mais frequente no âmbito municipal (85,7%) e estadual (57,1%). Vindo em seguida, os serviços de natureza privada conveniada ao SUS (28,6%) e de natureza privada exclusiva (14,3%).

A maior parte dos municípios (72,1%) e das capitais (83,3%) respondentes, considera seu município atende as necessidades de recuperação e de reabilitação dos casos de acidentes e violências existentes (Tabela 1). Excetuando a região Centro-Oeste, caracterizada por percentuais mais elevados, independente do porte populacional, as demais regiões apresentam oscilações, em valores similares ou menores que o constatado para o geral das unidades partici-

pantes do estudo. Por exemplo, segundo os respondentes, os municípios de pequeno porte do Norte atendem apenas a 50% das necessidades, e os maiores do Nordeste e do Sudeste e os menores do Sul, somente a 66,7% (Tabela 1).

Embora a maior parte dos municípios considere que os serviços existentes atendam às necessidades dos sequelados por acidentes e violências, 27,9% das cidades investigadas não possuem atendimento adequado. No nível de regiões, destaca-se a escassez de serviços nas unidades de pequeno porte do Norte (50,0%) e no Sul (33%) e as de maior porte no Nordeste e Sudeste com elevado percentual de cidades indicando limitações importantes no atendimento.

No que se refere a presença de infraestrutura nos serviços para o atendimento, 43,8% do conjunto dos serviços respondentes e 14,3% dos situados nas capitais afirmam que “a maior parte das vezes” ou “quase sempre” conseguem atender às necessidades dos traumatizados por violência e acidentes (dados não apresentados). Destacam-se, de forma mais positiva, os serviços localizados em municípios de maior porte das regiões Nordeste, Sudeste e Sul e os de menor porte da região Sul. Negativamente, sobressaem os de maior no Centro-Oeste e os da região Norte. Nesses se encontram os mais baixos percentuais de satisfação com o atendimento.

**Tabela 1.** Distribuição percentual com que os serviços de Recuperação/Reabilitação atendem às necessidades para os casos de acidentes e violências, no total dos municípios e capitais respondentes, e regiões brasileiras, por porte dos municípios.

Local	Porte	Atende as necessidades			Infraestrutura atende às necessidades			N
		Sim (%)	Não (%)	N	A maior parte ou quase sempre (%)	Cerca de metade (%)	Quase nunca ou às vezes (%)	
Municípios	-	72,1	27,9	111	43,8	33,0	23,2	112
Capitais	-	83,3	16,7	6	14,3	71,4	14,3	7
Região Norte	Até 99.999	50,0	50,0	8	12,5	50,0	37,5	8
	Acima de 100.000	71,4	28,6	7	14,3	71,4	14,3	7
Região Nordeste	Até 99.999	76,0	24,0	25	42,3	23,1	34,6	26
	Acima de 100.000	66,7	33,3	3	66,7	33,3	0,0	3
Região Sudeste	Até 99.999	77,3	22,7	22	45,5	31,8	22,7	22
	Acima de 100.000	66,7	33,3	12	58,3	25,0	16,7	12
Região Sul	Até 99.999	66,7	33,3	21	55,0	30,0	15,0	20
	Acima de 100.000	75,0	25,0	4	75,0	0,0	25,0	4
Região Centro-Oeste	Até 99.999	85,7	14,3	7	42,9	42,9	14,3	7
	Acima de 100.000	100,0	0,0	2	0,0	66,7	33,3	3

Fonte: Autores.

As ações de Recuperação e Reabilitação voltadas para o atendimento às vítimas de acidentes e violências mencionadas com maior frequência são: avaliação e atendimento em fisioterapia (74,0%) e avaliação e atendimento em enfermagem (70,2%) (dados não apresentados). As regiões Sudeste e Nordeste possuem mais ações de Recuperação e Reabilitação voltadas para o atendimento às vítimas, independente do porte populacional do município. No Norte e no Sul, o quadro mais positivo se apresenta nos menores municípios; e no Centro-Oeste, nas unidades mais populosas.

As ações que não são realizadas nos municípios respondentes são avaliação urodinâmica (44,6%) e avaliação de diagnóstico de eletro-neuromiografia e potenciais evocados (43,1%), seguidas por atendimento em grupo (36,5%) e avaliação e atendimento em terapia ocupacional (35,0%). Nas capitais há maior frequência e variedade de ações, destacando-se: avaliação clínica especializada em terapia ocupacional, fonoaudiologia e nutrição (83,3% para cada ação) e estimulação neuropsicomotora (80,0%). As ações que não são realizadas nos municípios respondentes são: avaliação urodinâmica (44,6%) e avaliação diagnóstica de eletro-neuromiografia e potenciais evocados (43,1%), atendimento em grupo (36,5%) e atendimento em terapia ocupacional (35,0%). O atendimento em grupo não é mencionado por 50% dos respondentes.

A atuação dos serviços de recuperação e reabilitação pela rede de saúde dos lesionados por acidentes e violências nos municípios é feita principalmente pelas unidades básicas, centros e unidades de saúde da família. A grande maioria dos municípios respondentes informa que atende e encaminha os casos (87,6%) conforme previsto. Mas 21,4% deles afirmaram que não existem centros especializados, 18,3% dizem que não possuem hospital e 17,8% não fazem atendimento domiciliar (Tabela 2). Nas capitais a realidade mostra resultados medianos: 66,7% relatam atendimento e encaminhamento aos acidentes e violências pelas Unidades básicas, centros e unidades de saúde da família e por centros especializados e metade deles informa que faz atendimento domiciliar.

A atuação dos serviços de recuperação e reabilitação proporcionados pela rede de saúde às vítimas de acidentes e violências, segundo regiões e porte populacional (dados não apresentados) se destaca nas regiões Sudeste e Sul. Os primeiros atendimentos ocorrem nas UBS/ESF (em torno de 95,0% nos municípios menores). A não existência de serviços especializados foi

mencionada por cerca de 1/3 ou mais dos serviços dos municípios de menor porte no Norte, Nordeste, Sul. A falta de atendimento domiciliar, no Norte e hospital no Nordeste. Nas cidades de maior porte populacional destacam-se pela escassez ou falta, serviços hospitalares no Norte e domiciliar, no Sul e Centro-Oeste.

A suficiência de recursos tecnológicos para recuperação e reabilitação das vítimas de acidentes e violências dos municípios, como é o caso de análise clínica laboratorial (66,3%), de radiologia convencional (57,0%) e de ultrassonografia (52,5%) é mencionada pela maioria dos municípios respondentes. Contudo, lacunas significativas relativas à medicina nuclear (64,0%) e à urodinâmica (51,0%) são mencionadas (dados não apresentados). Nas capitais brasileiras, radiologia convencional, urodinâmica e ultrassonografia são mais relatadas como serviços escassos ou como suficientes. Nas regiões brasileiras constata-se certa congruência segundo o porte populacional: ausência de diversos recursos no município, principalmente de medicina nuclear (exceto da região Sudeste nas unidades de maior porte) e urodinâmica, exceto nas cidades maiores do Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

A disponibilidade de recursos humanos para o atendimento de recuperação e reabilitação dos traumatizados por acidentes e violências mostra a ausência quase total nos municípios quando se trata de musicoterapeuta (87,3%), médico fisiatra (80,2%), neurologista (45,0%) e terapeuta ocupacional (42,6%). Estão mais presentes os técnicos ou auxiliares de enfermagem (80,6%), enfermeiros (77,1%), assistentes sociais (73,1%), psicólogos (72,4%), fisioterapeutas (74,0%), dentistas (66,0%) e técnicos ou auxiliares de saúde bucal (65,0%). Nas capitais, os respondentes relatam que faltam fisiatras e musicoterapeutas (66,7% ambos) e educadores físicos (33,3%) (dados não apresentados).

Na Tabela 3, observa-se que a avaliação de indicação para órteses (61,1%) para meios auxiliares de locomoção (55,8%) e a prescrição de órteses (59,3%) são os procedimentos mais mencionados pelos municípios respondentes. Nos municípios como um todo, há escassez de serviços e de apoio aos indivíduos necessitados. Apenas na região Sul essas ações de suporte são mais mencionadas. Somente a oferta e a continuidade de abastecimento de medicamentos foram mais mencionadas (46,5% e 50,0%, respectivamente). O abastecimento de insumos básicos foi considerado adequado por apenas 40% dos respondentes. A falta de quantidade e variedade de órteses, próteses e meios auxiliares

**Tabela 2.** Distribuição percentual da atuação de Recuperação/Reabilitação dos municípios no atendimento aos casos de acidentes e violências.

Ações	Atende e encaminha (%)	Apenas atende (%)	Apenas encaminha (%)	Não atende/ encaminha (%)	Não existe o serviço (%)	N
Municípios						
Unidade Básica de Saúde/Centro de saúde/Unidade de Saúde da Família	87,6	1,9	9,5	0,0	1,0	105
Centro especializado	62,1	10,7	3,9	1,9	21,4	103
Hospital	65,4	9,6	6,7	0,0	18,3	104
Domiciliar	69,3	6,9	1,0	5,0	17,8	101
Capitais						
Unidade Básica de Saúde/Centro de saúde/Unidade de Saúde da Família	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	6
Centro especializado	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	6
Hospital	16,7	33,3	0,0	0,0	50,0	6
Domiciliar	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	6

Fonte: Autores.

de locomoção é mencionada por 48,5% e 51,0%, respectivamente). Nas capitais brasileiras a situação crítica foi ressaltada pelos gestores associada à elevada demanda. Nos municípios de menor porte do Norte e Nordeste, seguidos pelos do Sudeste os respondentes apontam também ausência de variedade, qualidade, quantidade e continuidade de abastecimento de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção (Tabela 3).

Houve menção de dificuldades significativas na gestão da atenção de recuperação e reabilitação, sobretudo pela falta de articulação com os serviços dos demais níveis da atenção (66,4% no caso dos serviços próprios, 75,2% dos conveniados). Os respondentes mencionaram também o não acompanhamento dos serviços pelos gestores municipais, realidade apontada por 81,4% dos serviços conveniados e 31,0% dos serviços próprios.

Na Tabela 4 observa-se a elevada proporção de utilização de protocolos e rotinas de atendimento às vítimas de acidentes e violências (Tabela 4), nas diferentes regiões, independentemente do tamanho da população. Nas capitais, houve menor frequência de relatos de protocolos e rotinas para os casos de agressão em idosos (66,7% cada).

A maioria dos municípios relatou oferta de atendimento de recuperação e reabilitação para os seguintes públicos (Tabela 5): crianças, adolescentes, adultos, idosos e mulheres. Todas as capitais oferecem atendimento especializado às vítimas de acidentes, com exceção para o grupo de idosos (83,3%). A maioria das regiões mostra que a maior oferta de atendimento se encontra

nas cidades de maior porte. No caso dos acidentes, o Sudeste mostra patamares elevados de oferta de atendimento, tanto em cidades maiores como menores. Para as violências, as menores frequências estão na região Norte e nos municípios de menor porte.

Os encaminhamentos mais descritos por 92% dos serviços respondentes são: para a rede de saúde e assistência social e para o conselho tutelar (Tabela 5). O Ministério Público também é muito mencionado (82,7%). Os serviços menos citados são: Delegacia da Pessoa com Deficiência, Centro de Referência Especializado fora do setor saúde, Centro de Referência dos Direitos Humanos, e Conselho de Direitos da Pessoa LGBTI. Constata-se, de forma geral, elevada frequência de encaminhamentos dos casos de acidentes e violências nas diversas regiões e em cidades de distintos portes populacionais para os serviços do SUS (Tabela 5).

## Discussão

Destaca-se o fato de um número significativo de gestores considerar a implementação da diretriz de estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação como regular, indicando a necessidade de maior atenção para esse nível de cuidado. Os principais problemas apontados são a falta ou escassez de infraestrutura para o atendimento e a insuficiência de recursos tecnológicos para recuperação das vítimas de acidentes e violências, dentre as quais se destacam lacunas significativas em relação à

**Tabela 3.** Distribuição percentual com que os municípios dispensam órteses, próteses, medicamentos, insumos e equipamentos às vítimas de acidentes/violência na atenção de Recuperação/Reabilitação.

Ações	Realização de ações de Recuperação/Reabilitação				N
	A maior parte ou quase sempre (%)	Cerca de metade (%)	Quase nunca ou às vezes (%)	O município não fornece (%)	
<b>Municípios</b>					
Variedade da oferta de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	12,9	12,9	25,7	48,5	101
Qualidade do material de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	21,6	12,7	14,7	51,0	102
Quantidade disponível de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	14,9	9,9	27,7	47,5	101
Continuidade de abastecimento de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	14,7	10,8	23,5	51,0	102
Variedade da oferta de medicamentos	46,5	20,8	20,8	11,9	101
Continuidade de abastecimento de medicamentos	50,0	21,6	16,7	11,8	102
Variedade da oferta de insumos básicos	38,2	17,6	23,5	20,6	102
Continuidade de abastecimento de insumos básicos	39,2	14,7	25,5	20,6	102
Variedade da oferta de equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	25,5	18,6	26,5	29,4	102
Manutenção dos Equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	27,7	9,9	29,7	32,7	101
<b>Capitais</b>					
Variedade da oferta de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Qualidade do material de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Quantidade disponível de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	0,0	50,0	50,0	6
Continuidade de abastecimento de órteses, próteses e meio auxiliares de locomoção	0,0	16,7	33,3	50,0	6
Variedade da oferta de medicamentos	0,0	66,7	33,3	0,0	6
Continuidade de abastecimento de medicamentos	0,0	66,7	33,3	0,0	6
Variedade da oferta de insumos básicos	16,7	16,7	33,3	33,3	6
Continuidade de abastecimento de insumos básicos	16,7	33,3	16,7	33,3	6
Variedade da oferta de equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	16,7	16,7	50,0	16,7	6
Manutenção dos Equipamentos para apoio de Recuperação/Reabilitação	16,7	16,7	16,7	50,0	6

Fonte: Autores.

medicina nuclear e à urodinâmica, o que não condiz com as diretrizes gerais do Ministério da Saúde<sup>7,8,10</sup> da PNRMAV<sup>11</sup> e da OMS<sup>12,13</sup>.

Verifica-se ainda que a maior parte dos serviços de recuperação e reabilitação dos mu-

nicipios participantes deste estudo é de gestão municipal, em consonância com o princípio de descentralização da assistência em saúde, o que pode promover maior acesso e atendimento humanizado. É principalmente às unidades bási-

**Tabela 4.** Distribuição percentual da utilização de protocolos e rotinas de atendimentos às vítimas de acidentes e violências pelos municípios respondentes na atenção de Recuperação/Reabilitação.

Meios utilizados no atendimento	Sim (%)	N
<b>Municípios</b>		
Protocolo/rotina para atendimento aos acidentes	90,9	33
Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência	94,1	34
Protocolo/rotina para atendimento a crianças e adolescentes em situação violência sexual	97,1	34
Protocolo/rotina para atendimento a mulheres em situação de violência sexual	97,1	34
Protocolo/rotina para atendimento a mulheres em situação de outras violências	94,1	34
Protocolo/rotina para atenção aos casos de agressão	79,4	34
Protocolo/rotina para atenção às tentativas de suicídio e/ou automutilação	91,2	34
Protocolo/rotina para atendimento à idosos em situação de violência	85,3	34
Outros	8,3	24
<b>Capitais</b>		
Protocolo/rotina para atendimento aos acidentes	100,0	3
Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência	100,0	3
Protocolo/rotina para atendimento a crianças e adolescentes em situação violência sexual	100,0	3
Protocolo/rotina para atendimento a mulheres em situação de violência sexual	100,0	3
Protocolo/rotina para atendimento a mulheres em situação de outras violências	100,0	3
Protocolo/rotina para atenção aos casos de agressão	66,7	3
Protocolo/rotina para atenção às tentativas de suicídio e/ou automutilação	100,0	3
Protocolo/rotina para atendimento à idosos em situação de violência	66,7	3
Outros	0,0	1

Fonte: Autores.

cas, aos centros e unidades de saúde da família que as pessoas recorrem e recebem os primeiros socorros e encaminhamentos.

No entanto o cuidado, frequentemente não se resolve nesse nível, e há limitada oferta de serviços especializados que são previstos para contribuir que as pessoas possam retomar sua vida de uma forma ou de outra, sem se tornarem dependentes. Há, inclusive, serviços desativados ao longo das últimas décadas, decorrente das mudanças na forma e quantidade de repasse financeiro do Ministério da Saúde<sup>17,18</sup>. Mesmo o crescimento que possa ter ocorrido em áreas específicas como a da formação profissional, parece não atender às necessidades crescentes de recuperação e reabilitação, como mencionado por Gomes et al.<sup>19</sup>, sobretudo pelas elevadas taxas de acidentes e violência e pela pouca articulação do sistema com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência<sup>20</sup>, esse último, público-alvo privilegiado das ações de recuperação e reabilitação e, também, alvo de variadas formas de violência. Há ainda uma inegável invisibilidade das questões sociais que afetam a saúde no SUS, possivelmente, pela hegemonia naturalizada do modelo biomédico.

Dificuldades na atenção a pessoas com deficiência ou lesionadas são comuns a vários países, especialmente, nos que estão em estágio de desenvolvimento. Em geral, os serviços focam em melhorar a funcionalidade do indivíduo, mas, nem sempre, têm cuidados específicos com seu bem-estar geral, assim como quase nunca identificam abusos recorrentes que merecem atenção e uma rede de proteção<sup>4,6,21</sup>.

No Brasil, merece destaque: a flagrante distribuição regional desigual dos serviços de recuperação e reabilitação, sendo a situação mais delicada na região Norte e mais organizada na região Sudeste, repetindo a desigualdade socioeconômica no aporte de serviços<sup>15,22</sup>. Um total de 27,9% dos municípios investigados não possui atendimento adequado aos casos de lesões por acidentes e violências e 43,8% reclamam da falta de infraestrutura, da insuficiência de recursos tecnológicos e materiais e humanos o que é referendado pela literatura<sup>4,5</sup>.

É importante a relevância da atuação das unidades básicas, centros e unidades de saúde da família, mencionada como porta de entrada e para encaminhamentos pela quase totalidade dos respondentes. Contudo, centros especiali-

**Tabela 5.** Distribuição percentual com que os municípios e capitais realizam atendimento especializado às vítimas de acidentes e violências por grupos específicos e encaminhamentos realizados na atenção de Recuperação/Reabilitação.

		Grupos específicos	Sim (%)	N
<b>Municípios</b>				
Atendimento às vítimas de acidentes	Crianças		73,2	97
	Adolescentes		76,5	98
	Adultos		78,6	98
	Idosos		77,3	97
	Mulheres		76,5	98
	Outros		18,7	75
Atendimento às vítimas de violências	Crianças		77,6	98
	Adolescentes		77,6	98
	Adultos		76,5	98
	Idosos		76,5	98
	Mulheres		77,3	97
	Outros		15,3	72
Encaminhamento de casos de acidentes e violências	Rede de saúde		97,0	100
	Rede de assistência social		94,0	100
	Rede de educação		76,0	96
	Rede de atendimento à mulher		52,0	98
	Conselho Tutelar		92,0	100
	Conselho do Idoso		72,4	98
	Delegacia de Atendimento ao Idoso		35,4	99
	Centro de Referência dos Direitos Humanos		28,1	96
	Ministério Público		82,7	98
	Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		36,4	99
	Delegacia de Atendimento à Mulher		46,9	98
	Outras Delegacias		73,5	98
	Justiça da Infância e da Juventude		64,6	99
	Defensoria Pública		75,8	99
	Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente		79,6	98
	Delegacia da Pessoa com Deficiência		21,2	99
Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência		44,4	99	
Conselho de Direitos da Pessoa LGBTI+		28,3	99	
IML - Instituto Médico Legal		55,6	99	
Centro de Referência Especializado fora da saúde		24,2	99	

continua

zados, hospitais e atendimento domiciliar são considerados ausentes por parcela significativa dos municípios. Também os entrevistados se referem a lacunas de profissionais, especialmente, musicoterapeutas, médicos fisiatras, neurologistas e terapeutas ocupacionais<sup>19</sup>.

Há ainda limitações severas e persistentes na dispensação de órteses, próteses, medicamentos, insumos, equipamentos e descontinuidade no abastecimento de medicamentos e insumos básicos e meios auxiliares de locomoção<sup>6,23</sup>. Nas capitais brasileiras a situação é mais sentida e mencionada, por causa da elevada demanda.

A realização de atendimento especializado foca em grupos específicos de crianças, adolescentes, adultos, idosos e mulheres. Outros grupos foram mencionados de forma pontual: população LGBTQIA+, homens, recém-nascidos e indígenas. Constata-se que esses últimos são também menos atendidos em outros níveis da atenção<sup>15</sup>.

A acessibilidade aos serviços de reabilitação é maior para as vítimas de acidentes do que para os traumatizados por violências, frente às quais, faltam protocolos e rotinas já estabelecidos. É o caso das agressões ou negligências

**Tabela 5.** Distribuição percentual com que os municípios e capitais realizam atendimento especializado às vítimas de acidentes e violências por grupos específicos e encaminhamentos realizados na atenção de Recuperação/Reabilitação.

		Grupos específicos	Sim (%)	N
<b>Capitais</b>				
Atendimento às vítimas de acidentes	Crianças		100,0	6
	Adolescentes		100,0	6
	Adultos		100,0	6
	Idosos		83,3	6
	Mulheres		100,0	6
	Outros		50,0	4
Atendimento às vítimas de violências	Crianças		100,0	6
	Adolescentes		100,0	6
	Adultos		100,0	6
	Idosos		83,3	6
	Mulheres		100,0	6
	Outros		50,0	2
Encaminhamento de casos de acidentes e violências	Rede de saúde		100,0	6
	Rede de assistência social		100,0	6
	Rede de educação		100,0	5
	Rede de atendimento à mulher		100,0	6
	Conselho Tutelar		83,3	6
	Conselho do Idoso		60,0	5
	Delegacia de Atendimento ao Idoso		66,7	6
	Centro de Referência dos Direitos Humanos		33,3	6
	Ministério Público		83,3	6
	Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		100,0	6
	Delegacia de Atendimento à Mulher		100,0	6
	Outras Delegacias		83,3	6
	Justiça da Infância e da Juventude		83,3	6
	Defensoria Pública		66,7	6
	Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente		80,0	5
	Delegacia da Pessoa com Deficiência		33,3	6
Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência		66,7	6	
Conselho de Direitos da Pessoa LGBTI+		66,7	6	
IML - Instituto Médico Legal		66,7	6	
Centro de Referência Especializado fora da saúde		33,3	6	

Fonte: Autores.

conta as pessoas idosas, bastante impactadas, o que se reflete no alto número de internações<sup>24</sup>. Nesse particular, Ribeiro e Bater<sup>24</sup> destacam os contextos muito desiguais, assim como a qualidade dos serviços disponíveis. A única questão de violência com protocolo bem estabelecido e atendimento imediato é a agressão sexual, cujos serviços (ainda que precários) se encontram em todos os municípios estudados, embora, ainda seja precária a articulação por parte dos serviços de recuperação e reabilitação com a rede de atendimento dos acidentes e violências. Pois os comprometimentos não são apenas físicos, mas

também mentais, o torna a demanda mais complexa.

Comparando os resultados obtidos nesta pesquisa com a que ocorreu em 2006<sup>15</sup>, tem-se que naquele ano constatou-se a necessidade de avanços consideráveis para que a PNRMAV fosse efetivamente implementada nas cinco capitais investigadas no que se refere à atenção de recuperação e reabilitação dos pacientes vítimas de violência. As autoras questionaram a inadequada informação de gestores e profissionais de saúde sobre seus papéis em relação às pessoas sequeladas, com deficiência e familia-

res. As debilidades da estrutura física da rede de atenção foram expostas, destacando-se o fraco acompanhamento pós-hospitalar, deficiência no transporte dos pacientes sequelados, descontinuidade na distribuição de medicamentos e no treinamento para uso de órteses e próteses. Também foi apontada a pequena rede nesse nível de atenção, totalmente inadequada para a dimensão do problema na população. As autoras mencionaram ainda a escassez de profissionais qualificados e a longa, demorada e dolorosa fila de espera para receber órteses, próteses e cadeiras de roda. Falta de apoio financeiro adequado para esse nível de atenção foi apontada, assim como a necessidade estabelecer protocolos para atendimento e registros adequados.

Dados da presente pesquisa, 16 anos depois, mostram avanços em alguns pontos como: existência de normativas e aumento de serviços descentralizados para os municípios, aumento e diversidade de profissionais em boa parte das unidades participantes da pesquisa. Todavia, permanecem questões muito problemáticas como subfinanciamento do setor saúde como um todo e desse nível de atenção em particular<sup>18</sup>, agravado nos anos recentes pelo corte de verbas do setor saúde e advento da pandemia de COVID-19, fragilidades de infraestrutura e de formas de contratação de recursos humanos, e problemas de dispensação de órteses e próteses.

Algumas fragilidades apontadas neste estudo encontram respaldo na literatura. Estudo de revisão bibliográfica realizado por Caetano et al.<sup>17</sup>, com foco na recuperação e reabilitação de pessoas com deficiência, indica que a oferta desses serviços públicos depende de aspectos institucionais como existência de aparato legal, definição de repasses orçamentários e condições estruturais. Os autores relatam a importância desse nível de atenção estar ancorado em decretos e portarias federais que prevejam a disponibilidade de equipamentos e de repasses financeiros. Eles consideram que tais serviços vêm crescendo de forma incremental e lenta desde 1989. Porém, é só a partir de 2012 que se evidenciam algumas alterações de caráter estrutural, como é o caso da legislação que prevê a criação da rede de recuperação e reabilitação orientada para as pessoas com deficiência. Segundo os autores, “esse aparato institucional é um indicativo de avanço e estruturação dos equipamentos de recuperação e reabilitação na saúde, e atua como mecanismo indutor para que estados e municípios, no contexto de descentralização e regionalização da política de saúde, se responsabilizem pela implementação da rede

de recuperação e reabilitação”<sup>17</sup> (p.201). No entanto, os autores ressaltam a mudança na forma de repasse de recursos para a saúde em 2017 (Portaria MS/GM nº 3.992/2017) no contexto de restrição financeira e orçamentária, o que enfraqueceu o Ministério da Saúde, tornando-o, de ordenador de políticas estruturantes do SUS, simples repassador de recursos aos estados e municípios, incrementando os espaços de conflito e de barganha no nível local<sup>17</sup>.

Gomes et al.<sup>19</sup> são autores que também se preocuparam com a estrutura do setor de recuperação e reabilitação, avaliando a distribuição de profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2007 e 2019. Encontraram tendência temporal crescente na oferta potencial das três categorias profissionais no Brasil e em todas as regiões, mas com desaceleração desse crescimento a partir de 2010. Observaram ainda diferenciais entre as profissões e as regiões do país. Chamaram atenção para um quadro de desigualdade de oferta de trabalhadores da saúde, em que a região Norte – como constatado neste estudo – é a mais frágil e a Sudeste a mais rica em profissionais de recuperação e reabilitação. Os autores apontam a necessidade de ampliação do acesso aos serviços desse nível de atenção no país, frente ao envelhecimento populacional, ao crescimento da proporção de pessoas com deficiência e à crescente demanda decorrente da síndrome pós-COVID-19 ou COVID-19 longa.

Com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, mais categorias profissionais passaram a integrar as equipes da atenção primária como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros<sup>25</sup>. A partir de então, a atenção primária pode contar com esses profissionais na orientação e coordenação do cuidado e melhorou o acesso de pessoas em situação de acidentes e violências à reabilitação. Um estudo conduzido por Silva et al.<sup>26</sup> acerca da reabilitação fonoaudiológica e continuidade do cuidado na Atenção Primária em Saúde para vítimas de acidentes de motocicleta aponta como principais obstáculos ao acesso, a distância dos serviços e o tempo de espera para o início do tratamento. Destacam também a baixa frequência de visitas domiciliares, ação que constitui um diferencial desse nível de atenção. Vale mencionar, que a maior parte dos municípios brasileiros é de pequeno porte o que significa que contam, frequentemente, somente com serviços da atenção primária, apontando para a necessidade de fortalecimento dos que atuam no nível de recuperação

e reabilitação, porque as deficiências, os traumas e as lesões ocorrem em todas as localidades.

Outros trabalhos ressaltam as dificuldades do nível de recuperação e reabilitação com as ações de referência e contrarreferência<sup>26,27</sup>. Chamam atenção para a falta de articulação desse setor com os outros, seja pelo baixo número de profissionais especializados nessas questões, o que assoberba os poucos com muito trabalho<sup>19,28</sup>, pelo reduzido número de serviços, pela falta de equipe multidisciplinar e de aporte tecnológico, pela deficiente articulação intra e intersetorial, pelo pouco investimento nas vítimas e suas famílias, dentre outros aspectos<sup>23,29</sup>.

Como principal limitação a este trabalho relata-se a baixa adesão dos gestores municipais à pesquisa, que por compromissos do edital, foi realizada no decorrer da pandemia COVID-19. Esse momento sugou a energia dos profissionais e a atuação dos serviços de saúde, e é de se entender que no meio de suas excessivas e angustiantes tarefas, responder a um questionário de pesquisa fosse algo posposto a qualquer atividade essencial. Entende-se, no entanto também que, a extensividade e a discriminação das informações oferecidas pela pesquisa permitem ter um panorama ainda que incompleto, capaz de apontar caminhos, avanços, problemas e soluções que ajudem a melhorar a universalização da PNRMAV, em especial nas suas diretrizes sobre recuperação e reabilitação, um nível fundamental para os usuários do SUS.

## Conclusão

Na década de 1980, com a criação do SUS, a reabilitação passou para a administração do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, assumiu

um caráter descentralizado. Seus serviços foram primeiramente ofertados em regiões urbanas e concentrados em áreas mais favorecidas economicamente, com baixa cobertura assistencial e organizados por tipo de deficiência<sup>30</sup>.

Nos últimos anos, considerando-se os serviços de saúde como responsabilidade de gestão dos municípios, constatou-se na pesquisa que deu origem a este artigo, que as secretarias municipais de saúde começaram a assumir, não sem dificuldades, a construção de ações para o atendimento integral em saúde, o que inclui a assistência em reabilitação. A expansão da cobertura das equipes de saúde da família (ESF), a criação dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF) e a construção dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) vêm contribuindo para a descentralização desses atendimentos, o que é primordial para garantia do acesso, em tempo oportuno, às vítimas de violências e acidentes aos serviços de reabilitação.

Apesar de todos os avanços aqui enumerados, os dados apresentados evidenciam que a análise da implementação da atenção à saúde em recuperação e reabilitação no país mostra inúmeras fragilidades nas diferentes regiões e municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional. Constata-se que o país ainda está distante da oferta de serviços com proposta de universalidade, integralidade e equidade e que a PNRMAV continua insuficientemente implementada, mesmo após duas décadas de sua publicação. É muito importante, para o bem da população, que esse nível de cuidado seja devidamente estabelecido, com protocolos e rotinas, equipamentos, profissionais especializados, e serviços que levem em conta as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

## Colaboradores

Todas as autoras participaram igualmente em todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

1. Morgan R, Asiimwe L, Ager AL, Haq Z, Thumba L, Shcherbinina D. Rehabilitation services must include support for sexual and gender-based violence survivors in Ukraine and other war- and conflict-affected countries. *J Public Health Policy Plan Health Policy* 2023; 38(3):417-419.
2. Pastor-Moreno G, García-Cuellar MM, Ruiz-Pérez I, Montiel J. The prevalence of intimate partner violence against women with disabilities: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2022; 45(1):1-8.
3. Assis SG, Deslandes SF, Minayo MCS. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. In: Minayo MCS, Assis SG, editoras. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira no campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 271-296.
4. Khan F, Amatya B, Hoffman K. Systematic review of multidisciplinary rehabilitation in patients with multiple trauma. *BJS Open* 2012; 99(Supl. 1):88-96.
5. Krug E, Cieza A. Strengthening health systems to provide rehabilitation services. *Can J Occup Ther* 2017;84(2):72-75.
6. Marriel NSM, Deslandes SF, Minayo MCS. Análise da Implementação do Atendimento em Recuperação/Reabilitação. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 171-192.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SUS de todos: rede para a pessoa com deficiência atende todo o país* [Internet]. 2022 [acessado 2024 jun 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/setembro/sus-de-todos-rede-para-a-pessoa-com-deficiencia-atende-todo-o-pais>.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica são pontos de atenção à pessoa com deficiência no SUS*. 2022 [acessado 2024 jun 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/centro-especializado-em-reabilitacao-e-oficina-ortopedica-sao-pontos-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-no-sus>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida*. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Guia de atenção à reabilitação da pessoa idosa* [Internet]. 2021 [acessado 2024 jun 13]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_reabilitacao_pessoa_idosa.pdf).
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: MS; 2001.
12. World Health Organization (WHO). *Rehabilitation 2030: a call for action: the need to scale up rehabilitation*. Geneva: WHO; 2017.
13. World Health Organization (WHO). *Rehabilitation 2030: A call for action: Concept note*. Geneva: WHO; 2017.

14. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão*. Genebra: OMS; 2013.
15. Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
16. Worthen BR, Fitzpatrick J, Sanders JR. *Avaliação de programas: Concepções e Prática*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
17. Caetano LA, Sampaio RF, Costa LA. A expansão dos serviços de Recuperação/Reabilitação no SUS. *Rev Ter Ocup* 2018; 29(3):195-203.
18. Mendes JMR, Marques RM, Oliveira PAB, Ferreira MRJ, Devit AH. O SUS em desconstrução: o primeiro ano da gestão Jair Bolsonaro. In: Prates JC, Marques TM, Orth T, organizadoras. *Alterações político-econômicas contemporâneas na América Latina: o caso do Brasil, Cuba e Chile*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas; 2021. p. 145-159.
19. Gomes SM, Miranda GMD, Sousa FOS, Nascimento CMB, Lima MLLT, Silva VL, Vilela MBR. Recuperação/Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2023; 28(2):373-383.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: MS; 2008.
21. Kumar SG, Roy G, Kar SS. Disability and Rehabilitation Services in India: Issues and Challenges. *J Family Med Prim Care* 2012; 70(1):69-73.
22. Tomasiello DB, Bazzo J, Parga J, Servo LM, Pereira RHM. *Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras*. Brasília, Rio de Janeiro: Ipea; 2023.
23. Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Lima MLLT, Barreira SK. Análise diagnóstica dos serviços de Recuperação/Reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1817-1824.
24. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2729-2740.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: diretrizes do NASF*. Brasília: MS; 2009.
26. Silva MGP, Silva VL, Nascimento CMB, Vilela MBR, Lima MLLT. Acesso à reabilitação fonoaudiológica e a continuidade do cuidado pela Atenção Primária em Saúde para vítimas de acidente de motocicleta. *Codas* 2020; 32(1):e20170097.
27. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os 1033 serviços de Recuperação/Reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis* 2016; 26(3):1033-1051.
28. World Health Organization (WHO). *Guide for rehabilitation workforce evaluation: project officer handbook*. Geneva: WHO; 2023.
29. Lima MLLT, Lima MLC, Deslandes SF, Souza ER, Barreira AK. Assistência em Recuperação/Reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):33-42.
30. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(1):43-48.

---

Artigo apresentado em 05/09/2024

Aprovado em 20/09/2024

Versão final apresentada em 25/09/2024

---

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva