


# Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: na periferia da governança de São Paulo


Implementation of the Care Network for People with Disabilities: in the periphery of the São Paulo, Brazil, governance

**Heloise Adhmann Ferreira<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0001-6338-5962>


E-mail: [adhmannheloisa@usp.br](mailto:adhmannheloisa@usp.br)

**Paulo Mota<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-3507-3958>

E-mail: [paulohsmota@gmail.com](mailto:paulohsmota@gmail.com)

**Aylene Bousquat<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0003-2701-1570>

E-mail: [aylenebousquat@usp.br](mailto:aylenebousquat@usp.br)

<sup>a</sup>Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.

## Resumo

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) para expandir o acesso aos serviços às pessoas com deficiência (PCD). Uma vez que seu funcionamento depende de mecanismos robustos de cooperação e pactuação entre os entes federados, este artigo analisa a dinâmica da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de São Paulo na condução da implementação da RCPD. Realizou-se uma análise documental das atas da CIB-SP de 2011 a 2019. O referencial teórico se pautou na análise de políticas públicas, utilizando abordagem multidimensional a partir das dimensões política, estrutura e organização. Na dimensão política, as pautas centrais são referentes à responsabilidade dos entes federados e demandas originárias do Ministério da Saúde e Ministério Público. A dimensão estrutura ocorre prioritariamente por pautas protocolares de informes de credenciamento/descredenciamento. Já na dimensão organização, foram classificadas como centrais: avaliação dos serviços; necessidades populacionais; oferta, fluxos, regulação assistencial e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares. Conclui-se que, quando não induzida por atores externos, a discussão é protocolar, reduzida aos informes de credenciamento de ações e serviços e adquire centralidade com demandas de órgãos externos e com o surgimento de novos problemas de saúde pública.

**Palavras-chave:** Políticas de Saúde; Pessoa com Deficiência; Redes de Atenção à Saúde; Serviços de Saúde.

## Correspondência

Paulo Mota

Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo, SP, Brasil. CEP 01246-904.

## Abstract

The Care Network for People with Disabilities (RCPD) was implemented in the Brazilian National Health System (SUS) to expand the access to services to people with disabilities (PWD). Since its functioning depends on robust cooperation and pact mechanisms between federated states, this article analyzes the dynamic of the Bipartite Inter-manager Commission (CIB) of São Paulo in implementing RCPD. Document analysis of the records of the CIB-SP from 2011 to 2019 was carried out. The theoretical referential was based on the analysis of public policies, using a multidimensional approach from the political, structural, and organizational dimensions. In the political dimension, the main rulings relate to the responsibilities of federated states and demands from the Ministry of Health and Public Ministry. The structural dimension comprises mainly protocol rulings regarding accreditation/de-accreditation. In the organizational dimension, at last, were classified as central: service evaluation; populational needs; offer, flow, regulation of assistance and dispensing of orthotics, prostheses, and auxiliary means. In conclusion, when it is not conducted by external actors, the discussion follows protocol, being reduced to accreditation informs of actions and services and gains centrality with demands from external organs and the emergence of new public health problems.

**Keywords:** Health Policies; People with Disabilities; Healthcare Networks; Health Services.

## Introdução

O acesso universal, equânime e integral à saúde, ainda que estabelecido pela Constituição Federal de 1988, continua sendo um desafio para a população brasileira, principalmente para as pessoas com deficiências (PCD). Esta parcela da população enfrenta cotidianamente barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais ao tentar acessar o sistema de saúde, além de conviver com preconceitos (Secretaria de Direitos Humanos, 2013).

Dados referentes ao último censo, realizado em 2010, que posteriormente foram revisados em 2018, identificaram que 12,5 milhões de brasileiros - 6,7% da população (IBGE, 2018) - tem grande ou total dificuldade para enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus ou apresentam deficiência mental ou intelectual. A magnitude desses números evidencia a importância de estudos sobre o tema.

Uma proposta para responder a estas dificuldades e melhorar o cuidado oferecido à essa população foi a criação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este desenho organizativo se dá no seio do segundo ciclo de regionalização do sistema de saúde brasileiro - compreendido entre 2000 e os dias atuais (Viana et al., 2018) -, fortemente pautado pela constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Neste processo, foram propostas cinco redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Ministério da Saúde, 2014). Esta última foi instituída pela Portaria nº 793/2012 do Ministério da Saúde e é responsável pelos serviços de reabilitação integrada e articulada nos variados pontos de atenção (Brasil, 2012a).

Dentre os diversos mecanismos centrais para a governança e organização do sistema de saúde, dado o modelo de federalismo trino brasileiro, destacam-se as comissões intergestores, que se configuram como espaços de pactuação dos deveres de gestão entre os diversos entes. Estas comissões são: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR).

Partindo do princípio da regionalização e descentralização que o SUS propõe para melhor qualidade de gestão, a CIB é um espaço de negociação e pactuação intergovernamental com vistas à integração dos diferentes sistemas municipais de saúde sob coordenação do governo estadual, fato este que já foi identificado em vasta literatura (Leão; Dallari, 2016; Santos; Giovanella, 2014; Santos; Bem, 2016; Silveira Filho et al., 2016). Trata-se de um espaço de gênese democrática de direitos em que as normas integram o ordenamento jurídico e cumprem sua função de instrumentalização normativa do SUS (Leão; Dallari, 2016).

Para a implementação da RCPD, a CIB é um espaço de governança central, especialmente, para a pactuação do desenho regional e do plano de ação, compondo um espaço de interlocução de gestores, sendo um requisito central em sua constituição a representatividade do estado e dos municípios, levando em conta seu porte e sua distribuição regional (Silveira Filho et al., 2016). Ainda existem poucas pesquisas no país abordando a temática de PCD no SUS e, por isso, pode-se afirmar que a RCPD é, dentre as redes criadas, uma das menos estudadas. Os temas mais comumente abordados são: a oferta de serviços (Dias; Friche; Lemos, 2019; Dubow; Garcia; Krug, 2018; Pereira; Machado, 2016); a educação permanente (Krug et al., 2021); a distribuição geográfica dos serviços (Santos; Friche; Lemos, 2021); as concepções da deficiência (Mota, 2020; Soleman; Bousquat, 2021). Por outro lado, as análises sobre os mecanismos de governança e gestão, centrais para acompanhar a implementação de qualquer política pública, são ainda raros.

Com o intuito de contribuir para a superação desta lacuna, este artigo tem como objetivo analisar a dinâmica de funcionamento da CIB do estado de São Paulo na condução da implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

## Método

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratório-descritiva,

do tipo documental, que se baseou nas atas das reuniões da CIB de São Paulo, tomando por foco a implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

O referencial teórico se pauta na análise de políticas públicas (Moran; Rein; Goodin, 2008), utilizando-se a abordagem multidimensional desenvolvida por Viana et al. (2017) para analisar especificamente o processo de regionalização brasileiro. O esquema analítico se constrói a partir das dimensões política, estrutura e organização, consideradas como capazes de explicar boa parte de tal processo.

A pesquisa incluiu as atas referentes ao período compreendido entre janeiro de 2011 - ano anterior à publicação da portaria ministerial que institui a RCPD, a fim de compreender a dinâmica prévia existente - e dezembro de 2019. Os documentos selecionados são oficiais, produzidos e disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Governo de São Paulo no seu sítio eletrônico.<sup>1</sup>

Inicialmente, foi realizado um primeiro contato com o material coletado por meio da “ordenação dos dados”, momento em que foram identificadas as citações à RCPD em todas as atas. Os termos utilizados para a busca foram “deficiência”, “deficiente” e “reabilitação”.

Vale ressaltar que foram analisadas somente as atas nas quais foi identificada uma relação entre tais termos e a RCDP, com exclusão das análises dos trechos em que os termos “deficiência” e “deficiente” foram utilizados para adjetivar substantivos referentes à insuficiência de recursos financeiros, profissionais e de infraestrutura, e não a um indivíduo ou grupo.

Em seguida, procedeu-se à “classificação do material”, etapa em que as atas foram lidas por dois pesquisadores. Os trechos relevantes e ideias centrais (núcleos de sentido) foram selecionados e agrupados dentro das seguintes categorias analíticas (Viana et al., 2018): (1) **Política**, na qual procurou-se identificar os conflitos, pactuações e as influências externas para os fluxos decisórios; (2) **Organização**, na qual ocorreu a identificação dos

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/busca-portal.php>>. Acesso em: 31 out. 2022.

critérios de conformação da RCPD por meio do plano de ação, da adequação dos serviços, do planejamento e da organização das ações prioritárias, da integração intersetorial e do enfrentamento a epidemia de Zika (ZIKV), bem como da gestão, da integração sistêmica entre serviços, da regulação, dos instrumentos de monitoramento e avaliação e do acesso da população aos pontos de atenção à saúde; (3) **Estrutura**, que agrupou trechos e ideias por meio de ações de credenciamento e descredenciamento de serviços e financiamento, além das formas de readequação do espaço físico das unidades e de seu entorno.

Uma segunda forma de caracterização analítica ocorreu por meio da chamada “densidade da discussão”, ou seja, se o tema era objeto de discussões aprofundadas - denominadas de discussões centrais - ou apenas aparecia na forma de informes, credenciamentos, solicitações, habilitações e aprovações, sem discussão explícita em ata - discussões protocolares -, a forma de apresentação elucidaria a existência de centralidade ou não da RCPD na CIB nas três dimensões analíticas.

Por fim, foi realizada uma análise referente à representação nas discussões, por meio do grau - quantidade de vezes em que engajou na discussão -, entre os indivíduos envolvidos na discussão.

Trata-se de um método de análise de redes sociais comumente utilizado no campo das ciências sociais e, neste trabalho, utilizado para demonstrar as relações de engajamento nas discussões. Para tal, os participantes das reuniões da CIB foram identificados, por meio da leitura das atas, quanto à sua posição como representante institucional, o número de vezes em que participou da discussão e qual outro representante tomou a palavra. Foi utilizado o software Gephi 0.9.2.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, tendo sido aprovada por meio do Parecer nº 3.441.243.

## Resultados e discussão

Durante o período delimitado, ocorreram 99 reuniões da CIB, nas quais 72 (72,2%) abordaram temas relacionados à RCPD. As atas que tratam do tema em análise se distribuem cronologicamente da seguinte forma: 2011: oito atas; 2012: sete atas; 2013: oito atas; 2014: sete atas; 2015: oito atas; 2016: 10 atas; 2017: oito atas; 2018: 10 atas; 2019: seis atas. Nas atas analisadas foram encontradas 100 discussões referentes à RCPD. A Tabela 1 apresenta, de forma resumida, os pontos discutidos nas reuniões CIB no período estudado.

**Tabela 01 – Temas de discussão na CIB-SP sobre a RCPD, por ano, dimensão de análise e demandante. São Paulo, 2011-2019.**

Ano	Dimensão (% vezes que está na pauta)	Assunto/tema	Demandante
	Política (27,3)	Resposta ao MP sobre a dispensação de OPM no Estado	GTAE/CPS
		Integração saúde com Rede Lucy Montoro	COSEMS
2011	Organização (27,3)	Avaliação da “rede de serviços de assistência ao portador de deficiência”	GTAE/CPS
		Indicação de processos a serem considerados para a organização da rede (necessidades, oferta, fluxos, fila de espera, mecanismos de contrarreferência)	GTAE/CPS
		Atribuições dos gestores municipal, estadual e federal para o custeio e dispensação de OPM	GTAE/CPS
	Estrutura (45,5)	Aprovação de projetos	GTAE/CPS
		Habilitação de serviços	GTAE/CPS

continua...

**Tabela 1 – Continuação**

Ano	Dimensão (% vezes que está na pauta)	Assunto/tema	Demandante
2012	Política (28,6)	Portaria de Instalação da RCPD	MS - GTAE/CPS
		Formação dos Grupo Conductor RCPD	GTAE/CPS
	Organização (14,3)	Diagnóstico rede para construção dos Planos Regionais da RCPD	GTAE/CPS
	Estrutura (57,1)	Habilitação de serviços odontológicos à RCPD	GTAE/CPS
2013	Política (7,1)	TAC visando pactuar que a APS preste assistência a alunos matriculados no sistema de ensino de forma articulada entre saúde e educação	AB/CRS - COSEMS
	Organização (42,9)	Aprovação do primeiro plano de ação regional da RCPD e habilitação de oficinas ortopédicas.	GTAE/CPS
		Priorização de regiões de saúde para implementação da RCPD	MS - GTAE/CPS
Estrutura (50,0)	Habilitação de CER		
2014	Política (18,2)	Estratégias de implantação do Programa Estadual de Prevenção e Combate à Violência contra a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS/SP.	SEDPCD
		Formação do Grupo Conductor RCPD	GTAE/CPS
	Organização (45,5)	Aprovação de plano de ação regional da RCPD e habilitação de oficinas ortopédicas.	GTAE/CPS
		Atribuições dos gestores municipal, estadual e federal para o custeio e dispensação de OPM	COSEMS
	Estrutura (36,4)	Dispensação de OPM	COSEMS
2015	Organização (23,1)	Habilitação de CER e Oficinas Ortopédicas	GTAE/CPS
		Aprovação de plano de ação regional da RCPD e habilitação de oficinas ortopédicas.	GTAE/CPS
		Atribuições dos gestores municipal, estadual e federal para o custeio e dispensação de OPM	GTAE/CPS
	Estrutura (76,9)	Habilitação de CER, CEO e Oficinas Ortopédicas	GTAE/CPS
		Definição de prioridades para dispensação de recurso monetário para as Redes Temáticas	CRS
		Liberação de verba para atenção especializada em deficiência auditiva	CPS
		Liberação de verba para atenção odontológica	CPS
2016	Política (30,8)	Solicitação de verba para aquisição de materiais e equipamentos para CER	CPS
		Instituição Grupo Técnico TEA	GTAE/CPS
	Organização (7,7)	Priorização de serviços a serem habilitados	GTAE/CPS
		Aprovação de plano de ação regional da RCPD	GTAE/CPS
2016	Estrutura (61,5)	Atribuições dos gestores municipal, estadual e federal para o custeio e dispensação de OPM	COSEMS
		Habilitação de CER, CEO e Oficinas Ortopédicas	GTAE/CPS
		Credenciamento de serviços de hospitais universitários à Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva	GTAE/CPS

continua...

**Tabela 1 – Continuação**

Ano	Dimensão (% vezes que está na pauta)	Assunto/tema	Demandante
2017	Política (37,5)	Conflitos pela Liberação de recursos financeiros	GTAE/CPS
	Organização (35,7)	Atribuições dos gestores municipal, estadual e federal para o custeio e dispensação de OPM para pacientes ostomizados	GTAE/CPS - COSEMS
		Priorização de serviços a serem habilitados	GTAE/CPS
	Estrutura (50,0)	Habilitação de CER e Oficinas Ortopédicas Itinerante	GTAE/CPS
2018	Política (14,3)	Atendimento de ação civil pública para implante de AASI	GTAE/CPS
		Formulação de um ofício informando ao NEDIPED sobre a ilegalidade da esterilização forçada em pessoas com deficiência.	GTAE/CPS
	Organização (35,7)	Aprovação de plano de ação regional da RCPD	GTAE/CPS
		Recadastramento de idosos e pessoas com deficiência no CadÚnico	GTAE/CPS
		Apresentado plano estratégico elaborado pelo comitê gestor estadual bipartite, dentro das síndromes congênitas pelo vírus Zika e STORCH.	GTAE/CPS
	Estrutura (50,0)	Informes sobre Estratégia de Expansão e Ampliação do Acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS	GTAE/CPS
		Alteração de valores de procedimentos relacionados à reabilitação intelectual	GTAE/CPS
2019	Política (22,2)	Competências Rede Lucy Montoro	COSEMS
	Organização (22,2)	Aprovação de plano de ação regional da RCPD	GTAE/CPS
		Priorização de serviços a serem habilitados	GTAE/CPS
	Estrutura (55,6)	Habilitação de CER	GTAE/CPS
		Financiamento serviços reabilitação intelectual	COSEMS

Fonte: Elaboração própria

Legenda: APS - Atenção Primária à Saúde; CPS - Coordenadoria de Planejamento de Saúde; CRS - Coordenadoria de Regiões de Saúde; GTAE - Grupo Técnico de Atenção Especializada; MP - Ministério Público; OPM - Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; MS - Ministério da Saúde; NEDIPED - Núcleo dos Direitos do Idoso e da Pessoa com Deficiência da Defensoria Pública do Estado de São Paulo; RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; SEDPCD - Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência; SMS - Secretaria Municipal de Saúde; TAC - Termo de Ajuste e Conduta; TEA - Transtorno de Espectro Autista.

Ainda que ocorram em menor número, as pautas relacionadas ao tema da PCD têm maior centralidade na dimensão política dentro da CIB-SP, pois este é um espaço de tomada de decisão. Uma CIB na qual predomina um caráter cooperativo e interativo pode espelhar o potencial em processar conflitos do sistema federativo, fomentando parcerias entre estados e municípios. Em contrapartida, nos casos de relações muito conflitivas ou restritas, a capacidade de atuação das CIB é limitada (Machado et al., 2014).

Anteriormente à implementação da RCPD, em fevereiro de 2011, no primeiro informe sobre a avaliação de serviços de reabilitação física

e ações desenvolvidas, houve uma fala sobre a não eficácia da atenção à saúde do deficiente no estado de São Paulo. Foi salientado que havia a necessidade de integração entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES) e a Secretaria dos Direitos do Deficiente Físico, uma vez que esta última é responsável pelos serviços da Rede Lucy Montoro - rede de serviços de reabilitação da Secretaria de Estado de Direitos à Pessoa com Deficiência.

A representante do COSEMS coloca que a rede de serviços de reabilitação é absolutamente deficiente no Estado, salienta a importância de integrar junto à rede Lucy Montoro; programa

do deficiente físico que, [...] discutiu-se a integração dos programas entre as duas Secretarias de Estado da Saúde e dos Direitos do Deficiente Físico. (Comissão Intergestores Bipartite [CIB], 2011)

No entanto, a temática de integração entre as secretarias não se desenvolve e ressurgiu apenas em 2019. Sabe-se que a integração entre serviços sob responsabilidades de órgãos distintos não é uma tarefa simples. Mota (2020) observou desentendimentos no processo de integração entre serviços públicos municipais, estaduais e filantrópicos na RCPD de São José do Rio Preto (SP). Resultado semelhante surge em um estudo realizado no Rio de Janeiro que demonstra a dificuldade de integração entre serviços municipais e estaduais com a rede de serviços gerida pelo governo federal (Lima et al., 2010).

Com a implementação da Portaria nº 793/2012, que valida a RCPD em nível nacional (Brasil, 2012a), as discussões voltadas para a compreensão dos processos a serem considerados para a organização da rede - necessidades, oferta, fluxos, filas de espera e mecanismos de contrarreferência - são continuamente diminuídas. Em contraposição, ocorre um esforço estadual para readequar aos novos regimentos ministeriais todo o trabalho previamente desenvolvido pela SES e outros órgãos responsáveis pela saúde das pessoas com deficiência. Na reunião de 24 de maio de 2020, foram instituídos oficialmente os representantes do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, cuja função é realizar a implementação de diretrizes clínicas e protocolos para atenção à PcD e acompanhar as ações de atenção à saúde definidas para cada componente da RCPD. Ademais, implementa-se a Portaria GM/MS nº 842/2012, a fim de aumentar os recursos econômicos destinados à população com deficiência (Brasil, 2012b).

A partir de 2013, o Ministério da Saúde (MS) passa a cobrar o estado de São Paulo para que se adeque à RCPD. Ocorrem importantes conversas entre as instâncias tripartite e bipartite sobre aspectos de organização e estrutura. No entanto, não há menção sobre a instância regional CIR; a fala dos gestores

municipais se dá preponderantemente por meio de representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

[...] discutiu sobre as dificuldades que são encontradas para efetivar a Rede. Disse que, de acordo com o MS, centros que pedem habilitação de serviços não serão habilitados isoladamente, pois faz-se necessário de organização para a construção da Rede e dos Planos de Ações de todo o Estado. (CIB, 2013)

O predomínio de conflitos é transversal em todo o período estudado e ocorre, sobretudo, em função de disputas entre os entes federados acerca das responsabilidades de cada um deles. Nota-se, portanto, que o pacto federativo existente é frágil no tocante à RCPD. Formas de operacionalização dispostas nas normativas que constituem a rede deixam pouco claro as atribuições de cada ente, principalmente no que se refere ao financiamento de ações e serviços.

A fragilidade e incipiência são bem expressas nas discussões sobre a distribuição de órteses, próteses e materiais especiais (OPM). Existe uma constante tensão entre o estado e o governo federal, debruçada na definição de responsabilidades, sobretudo financeiras, para a dispensação destes materiais para a população. Na reunião de 13 de fevereiro de 2014, houve discussão entre estado e municípios sobre a Portaria nº 842. Foi apontado que por mais que ocorra ampliação do financiamento da rede, não há contemplação do custeio dos OPM, parte não só essencial, mas também necessária para o cuidado, uma vez que “[...] há muitos indivíduos aguardando dispensação destes materiais” (CIB, 2013).

O aporte financeiro do Ministério da Saúde para a dispensação de OPM caracteriza 2015, envolvendo, neste momento, um prestador filantrópico contratado pelo município de São Paulo. Assim como o MS, o município coloca como condição para a liberação de verba a verificação das filas de espera para os materiais. Somente após a verificação a verba seria distribuída de modo que conseguisse suprir as necessidades. No entanto,

[...] infelizmente a lista de espera não reflete a realidade, a demanda existente [...] a partir da reunião com os departamentos regionais haverá a possibilidade de identificar filas em outros locais e reavaliar o quantitativo [...] Já houve o comprometimento perante o Ministério de agilizar essa ação, e uma vez iniciada a execução, será possível negociar um prazo maior e tentar mudar, se houver, o saldo em relação a cadeiras para outros tipos de OPM, pois há muita fila [...]. (CIB, 2015)

Fato é que, no período analisado, o assunto se mantém sem um encaminhamento de resolução do problema de dispensação de OPM. O tema recorrentemente retorna, mas as resoluções são pontuais e não sistêmicas.

Interferências externas ao órgão de saúde estadual, apesar de pouco frequentes, são centrais para o levantamento de questões aprofundadas, como a iniciativa de constituição de uma rede estadual de atenção à pessoa com deficiência que aconteceu em 2011 - antes da implementação da Portaria nº 793/12 do Ministério da Saúde - após pressão externa realizada pelo Ministério Público Estadual (MP).

Conflitos entre os entes municipais, estaduais e o MP se estendem focalizando em ações que visavam a ampliação do acesso aos serviços de saúde e o compartilhamento de ações intersetoriais em conjunto com a pasta da educação.

O MP de São Paulo é um ator central para o andamento das discussões e pactuações ocorridas na CIB - sob o ponto de vista do cuidado à pessoa com deficiência -, pois este é um processo que traz alterações nas relações sociais e institucionais, com desafios para a gestão e para a prestação de serviços, representando o exercício da cidadania plena e a adequação da expressão jurídica às crescentes exigências sociais (Vianna; Burgos, 2005). Ainda assim, o MP apresenta uma atuação voltada para os resultados e não para os meios pelos quais estes resultados seriam atingidos, criando uma lacuna entre suas demandas e a efetiva adoção pela gestão e pelos prestadores de serviços (Ventura et al., 2010).

Ainda que em menor número, temas emergem de forma protocolar dentro da dimensão política e são centrados em informes sobre a mudanças na

composição do Grupo Condutor Estadual da RCPD, na criação de grupos técnicos - Grupo Técnico Bipartite e Transtorno do Espectro Autista (TEA), em junho de 2016 - e em solicitações de prorrogação de prazo para revisão de deliberações da própria CIB. Estes tópicos são pautados por meio de informes do Grupo Condutor da RCPD.

Observa-se que, embora a dimensão estrutura seja aquela em maior número nos anos analisados - abordada em 51 reuniões -, sua ocorrência é baseada em informes de credenciamento/descredenciamento ou habilitação de serviços. Trata-se de uma forma de apresentação em que as solicitações são aprovadas, na maioria das vezes, como *ad referendum*, sem discussões registradas nas atas. É apresentado, também, que os credenciamentos são efetuados utilizando como base os planos de ação regionais da RCPD. Solicitações de habilitação são predominantes para serviços de reabilitação, como os Centros de Especialidades em Reabilitação (CER), oficinas ortopédicas e a habilitação de serviços de modalidade única - aqueles que ofertam o tratamento a somente um tipo de deficiência. Não é visto pela CIB como um tema central a organização dos serviços em rede de atenção como deveria ocorrer segundo o seguinte trecho: “[...] De acordo com o MS, centros que pedem habilitação de serviços não serão habilitados isoladamente, pois faz-se necessário de organização para a construção da Rede e dos Planos de Ações de todo o Estado” (CIB, 2013).

Dentro da dimensão estrutura, o tema que assume centralidade e suscita discussões é o do financiamento das ações e serviços. Isto ocorre, especialmente, após a exigência do MS para que a CIB comece a ordenar em prioridade os serviços que devem ser habilitados. No Ofício Circular nº 15/2015 SGEP/MS, de 22 de maio de 2015, em decorrência do cenário econômico e político que começa a ser constituído no ano vigente do ofício, esta prioridade deveria ser estabelecida por meio de três principais critérios: (1) vazio existencial na área de abrangência do plano; (2) discussão na CIR para que a priorização seja feita de acordo com o número de pessoas com deficiência; (3) cobertura territorial populacional de cada serviço conforme o plano de ação. Diferentemente das conversas referentes ao credenciamento, esta subdimensão comporta



maiores discussões e disputas entre os presentes nas reuniões. Seguindo esta proposta, a RCPD foi tida como de baixa prioridade em relação às demais redes temáticas prioritárias do MS.

Urgência e Emergência tiveram 19 indicações, Rede Cegonha (12 indicações), Rede de Atenção Psicossocial ficou em terceiro lugar, seguido da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e oncologia por último. Ao final da reunião de diretoria do COSEMS, foi proposto outro ranking, que acabou sendo considerado mais adequado, mantendo Urgência e Emergência como primeiro colocado, seguido pela Rede Cegonha, mas colocando Oncologia em terceiro lugar, seguido pela Rede de Atenção Psicossocial, a Alta Complexidade de cardiologia em quinto, a Rede da Pessoa com Deficiência em sexto, laboratório de prótese dentária em sétimo, Olha Brasil oitavo, terapia nutricional em nono. (CIB, 2015)

Em relação à dimensão de organização, 20,7% das pautas foram classificadas como centrais, sendo caracterizadas por discussões referentes ao processo de avaliação dos serviços que atendem à PCD, à adequação da rede às necessidades populacionais, aos fluxos de encaminhamento, aos mecanismos formais de contrarreferência e à oferta de todos os serviços disponibilizados em um sistema de regulação assistencial e organização da dispensação de OPM. Tais discussões, no entanto, foram priorizadas no período anterior à implementação da RCPD pelo Ministério da Saúde em 2012, quando havia maior grau de liberdade das ações estaduais.

Este fato demonstra a importância do MS para a consolidação de disputas, visto que se trata do principal formulador de políticas e de normativas, sobremaneira como definidor de incentivos financeiros. A atuação do MS na indução e formalização das políticas com perfil mais vertical e centralizado parece restringir o papel da CIB, como foi identificado em outras políticas (Mello et al., 2017; Moreira; Ribeiro; Ouverney, 2017).

A CIB trabalhou constantemente para manter o diálogo entre os municípios e o estado, a fim de que os processos de aceitação, adequação e organização

ocorressem dentro dos regimentos da portaria ministerial, visando, principalmente, a adequação dos serviços que o estado de São Paulo já ofertava para pessoas com deficiência. Em 2013, houve uma solicitação por parte do Ministério da Saúde para que todas as regiões de saúde apresentassem os chamados “Planos de Ação”, nos quais deveriam constar os objetivos dos gastos do recurso disponibilizado e quais os resultados poderiam ser esperados a partir do incentivo da rede. O processo de construção dos planos de ação regionais para a implementação da RCPD é moroso - até 2019, uma região de saúde do estado de São Paulo ainda não tinha o plano de ação escrito -, assim como o desenvolvimento das prioridades elencadas pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo finalizado apenas em 2017.

Ainda segundo o MS, a RCPD deveria incorporar os serviços de atenção primária à saúde e, para tanto, era explícito o objetivo de pactuar com os municípios a garantia de que as respectivas unidades básicas de saúde (UBS) acolheriam e prestariam atenção, principalmente, aos alunos com deficiência matriculados no sistema de ensino, em consonância com o SUS.

Ações para o fortalecimento da rede de PCD ganham protagonismo quando há necessidade de resposta para problemas que ganham visibilidade na mídia ou epidemias, como foi o caso da epidemia de Zika. Foi somente a partir desta emergência sanitária e da disponibilidade de recursos financeiros específicos que passaram a ser discutidas estratégias de fortalecimento de cuidado e de estimulação precoce de crianças com suspeita ou confirmação de síndromes congênitas. O Grupo Condutor lista cinco objetivos específicos para esse caso:

[...] garantir a notificação e investigação dos casos suspeitos de crianças com síndromes congênitas, qualificar os dados inseridos no sistema de informação, [...] qualificar a rede para realizar ações de estimulação precoce e reabilitação dos casos confirmados de síndrome congênita, garantir o acompanhamento das crianças e realizar articulação com as Secretarias de Educação e Assistência Social nas esferas de governo estadual e municipal. (CIB, 2018)

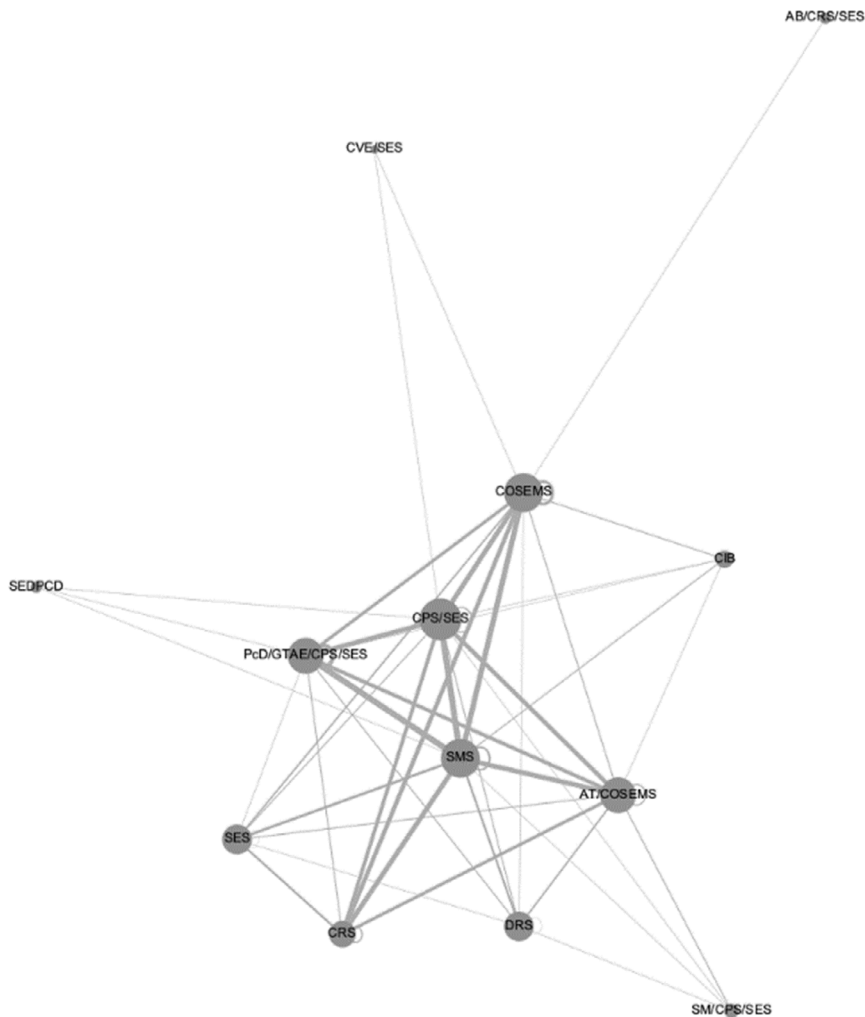
Quando as questões não são induzidas pelo MS, as discussões referentes à rede em questão tornam-se protocolares, reduzidas apenas a informes referentes ao encaminhamento ou à adequação dos Planos de Ação ao Grupo Condutor e às decisões tomadas por este grupo.

Esta forma de funcionamento para as discussões relativas à RCPD vai ao encontro das apontadas por Lima (2001) acerca dos primórdios da institucionalização da CIB no Rio de Janeiro, em 1994. A autora afirma que o julgamento e a aprovação de processos de habilitação, bem como

a transferência de recursos financeiros federais, tomavam a maior parte das discussões.

O processo de tomada de decisão no âmbito da CIB pode ser influenciado por diversos aspectos, dentre os quais: informações prévias, capacidade técnica, interesses próprios, perfil, experiência prévia, fatores políticos, planejamento, capacidade de articulação e capacidade de convencimento dos atores envolvidos. Provocam-se distintos anseios em relação à participação efetiva dos membros nas decisões (Santos; Bem, 2016).

**Figura 1 – Intensidade dos temas discutidos na CIB**



Legenda: CPS/SES - Coordenadoria de Planejamento de Saúde/SES; PcD/GTAE/CPS/SES - Área da PcD do Grupo Técnico de Atenção Especializada da CPS/SES; AT/ COSEMS - Técnico COSEMS; COSEMS - Presidente COSEMS; SM - Área de Saúde Mental da CPS/SES; DRS - Representante de Regional de Saúde; SES - Representante da Secretaria Estadual de Saúde; CRS - Representante da HYPERLINK "https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/coordenadorias/coordenadoria-de-regioes-de-saude-crs"Coordenadoria de Regiões de Saúde da SES; AB/CRS/SES - Atenção Básica da CRS da SES; CIB - Secretário Executivo da CIB; SEDPCD - Representante da Secretaria estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência; CVE/CCD/SES - Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES

A Figura 1 apresenta uma rede esquemática na qual é possível visualizar a intensidade (arestas) com que as representações (pontas) participam das discussões referentes à RCPD dentro da CIB. Neste contexto, fica evidente a centralidade da discussão entre a Área da PCD do Grupo Técnico de Atenção Especializada da Coordenadoria de Planejamento de Saúde/SES (PCD/GTEA/CPS/SES) - representantes dos assuntos relacionados à PCD dentro da estrutura da SES-SP - e os municípios - na figura, sobretudo, de representantes do Cosems. Ainda que existam importantes espaços para a saúde da PCD, representantes da Atenção Básica, Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica e até mesmo da Secretaria Estadual de Direitos à Pessoa com Deficiência são pouco atuantes nas discussões. Esta situação é similar à da organização dos serviços da RCPD, na qual serviços de reabilitação são preponderantes nas ações e os demais componentes da rede parecem se ausentar de suas funções (Dubow; Garcia; Krug, 2018; Mota, 2020).

Machado et al. (2014), em estudo das CIB de 24 estados brasileiros, dispõem a comissão de São Paulo como de classificação “avançada”, relacionando a maturidade e solidez dessa instância a um espaço de negociação e decisão intergovernamental sobre a política de saúde, o que se expressa pela existência de regras, regularidade, participação e dinamismo nas plenárias. No entanto, nossa investigação indica que quando o assunto é a RCPD, a solidez perde espaço dentro de uma temática que é periférica e caracteriza-se por intervenções pontuais e esporádicas que, na maioria das vezes, são induzidas por iniciativas do MS.

Desde sua concepção, a CIB tem uma vocação tecnocrática, bem como um caráter deliberativo alinhado às diretrizes do SUS e que se reflete nas normas que dela emanam (Lima et al., 2010). No entanto, mesmo em um período no qual o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde está em voga, ações essenciais para o estabelecimento da RCPD, como a pactuação entre os entes federados e serviços, o diagnóstico da rede e avaliação dos serviços, são apresentadas esporadicamente e concentradas em poucos atores.

Este processo pode gerar assimetrias entre os municípios e entre os demais entes federativos, sendo este um elemento que tende a dificultar ou impedir a implementação de políticas públicas de forma solidária e cooperativa (Mota, 2020). Aqueles que têm mais informações e influência podem orientar suas ações de forma mais assertiva, o que lhes garante vantagem no momento da implementação e da organização de uma política pública (Machado, 2009).

## Considerações finais

Ao focar a análise nas atas da CIB, este estudo somente pôde captar as discussões formais pautadas dentro deste espaço decisório, não sendo do escopo deste trabalho tratar de discussões realizadas em outros espaços formais, como o Grupo Condutor Estadual da RCPD, ou em espaços informais. Observou-se que ocorreu, entre 2011 e 2019, engajamento restrito às pautas da RCPD com participação do setor responsável pela RCPD na Secretaria Estadual de Saúde e de representantes dos municípios. Os demais setores se ausentaram das discussões. Quando não induzida por agentes externos, a RCPD é tratada de forma protocolar, reduzida apenas a informes ou aprovações de credenciamento de ações e serviços. Ademais, ela adquire centralidade de maneira relativa ao surgimento de demandas oriundas de órgãos externos, tais como o Ministério da Saúde e o Ministério Público, e ao surgimento de novos problemas de saúde pública, tal qual ocorre com a epidemia de Zika vírus.

## Referências

- BRASIL. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012a. Seção 1, p. 94-95. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2022.
- BRASIL. Portaria n. 842, de 2 de maio de 2012. Altera a Portaria nº 2.198/GM/MS, de 17 de setembro de 2009. *Diário Oficial da*

- União, Brasília, DF, 3 maio 2012b. Seção 1, p. 30. Disponível em: <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto842\\_02\\_05\\_2012.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prto842_02_05_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2022.
- CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Estado de São Paulo. *Pauta nº 198*. São Paulo: Ministério da Saúde, 17 fev. 2011. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1195>> Acesse em: 24 abr. 2023
- CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Estado de São Paulo. *Pauta nº 224*. São Paulo: Ministério da Saúde, 18 jul. 2013. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1195>> Acesse em: 24 abr. 2023
- CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Estado de São Paulo. *Pauta nº 244*. São Paulo: Ministério da Saúde, 21 maio 2015. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1294>> Acesse em: 24 abr. 2023
- CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Estado de São Paulo. *Pauta nº 245*. São Paulo: Ministério da Saúde, 25 jun. 2015. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1296>> Acesse em: 24 abr. 2023
- CIB - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. Estado de São Paulo. *Pauta nº 283*. São Paulo: Ministério da Saúde, 18 out. 2018. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1370>> Acesse em: 24 abr. 2023
- DIAS, T. E. C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *CoDAS*, São Paulo, v. 31, n. 5, e20180102, 2019. DOI: 10.1590/2317-1782/20192018102
- DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a rede de cuidados à pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811709
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Nota técnica 01/2018*: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2022.
- KRUG, S. B. F. et al. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310131, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310131
- LEÃO, T. M.; DALLARI, S. G. O poder normativo das comissões intergestores bipartite e a efetividade de suas normas. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 38-53, 2016. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v17i1p38-53
- LIMA, L. D. de. A comissão intergestores bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 199-252, 2001. DOI: 10.1590/S0103-73312001000100005
- LIMA, N. T., et al. *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MACHADO, C. V. et al. Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005200
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009. DOI: 10.1590/S0102-69092009000300008
- MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26522016
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF, 2014.
- MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. (Ed.). *The Oxford handbook of public policy*. New York: Oxford University Press, 2008.
- MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVÉNEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas comissões intergestores bipartites. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.03742017

MOTA, P. H. dos S. *Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado*. 2020. 233 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

MOTA, P. H. S., BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 847-860, 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113021

PEREIRA, J. S., MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000300016

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048005045

SANTOS, M. F. N.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. *CoDAS*, São Paulo, v. 33, n. 1, e20190184, 2021. DOI: 10.1590/2317-1782/20202019184

SANTOS, M. N. C. dos; BEM, I. P. de. A atuação das comissões intergestores bipartite de Minas Gerais e Rio de Janeiro frente às necessidades de saúde (2012-2013). *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, DF, v. 5, n. 4, p. 112-122, 2016. DOI: 10.17566/ciads.v5i4.281

SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. *Viver sem limite: plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência*. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2013.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da comissão intergestores regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único

de Saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000300008

SOLEMAN, C., BOUSQUAT, A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, e00206620, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00206620

VENTURA, M. et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIANA, A. L. et al. Region and networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 17, n. 1, p. 7-16, 2017. DOI: 10.1590/1806-9304201700S100002

VIANA, A. L. et al. Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018

VIANNA, L. W.; BURGOS, M. B. Entre princípios e regras: cinco estudos de caso de ação civil pública. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 777-843, 2005. DOI: 10.1590/S0011-52582005000400003

---

## Contribuição dos autores

Heloisa Adhmann Ferreira: coleta de dados, análise dos dados, e redação. Paulo Mota: análise dos dados, redação, e revisão do artigo. Aylene Bousquat: análise dos dados, redação, revisão do artigo, e coordenação da pesquisa.

Este artigo recebeu financiamento MS-SCTIE-DECIT/CNPQ no 442801/2018-1. A autora Ferreira foi bolsista de iniciação científica CNPq. A autora Bousquat é bolsista de produtividade do CNPq.

Recebido: 14/03/2022

Aprovado: 11/05/2022