



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA - UEPB
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - PPGSP

ALEX PRATES LORENZO

**O PROCESSO DE TRABALHO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO: um olhar para a fisioterapia**

CAMPINA GRANDE - PB

2022

ALEX PRATES LORENZO

**O PROCESSO DE TRABALHO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO: um olhar para a fisioterapia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE - PB

2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L869p Lorenzo, Alex Prates.
O processo de trabalho do Centro Especializado em Reabilitação [manuscrito] : um olhar para a fisioterapia / Alex Prates Lorenzo. - 2022.
122 p. : il. colorido.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.
"Orientação : Profa. Dra. Inacia Satiro Xavier de França, Departamento de Enfermagem - CCBS."

1. Pessoa com deficiência. 2. Saúde da pessoa com deficiência. 3. Fisioterapia. 4. Reabilitação. I. Título
21. ed. CDD 362.4

ALEX PRATES LORENZO

O PROCESSO DE TRABALHO DO CENTRO ESPECIALIZADO

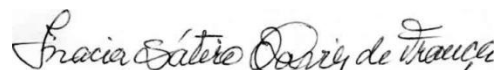
EM REABILITAÇÃO: um olhar para a fisioterapia

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 22/11/2022

BANCA EXAMINADORA



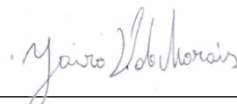
Prof^a. Dr^a. Inacia Sátiro Xavier de França (Orientadora)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alexsandro Silva Coura (Membro Interno)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Jairo Domingos de Moraes (Membro Externo)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Levanto os meus olhos para os montes e
pergunto: De onde me vem o socorro?
O meu socorro vem do Senhor que fez
os céus e a terra.
(Salmo 121:1-2)

AGRADECIMENTOS

Sou grato a Deus pelo dom da vida e por minha salvação em Cristo;

Agradeço a minha amada esposa Suellen, por todo o companheirismo e paciência nesta etapa da minha vida. Esse sonho se realiza graças a você;

Aos meus pais Jorge e Lenita por todo o incentivo em toda a minha formação de caráter e formação acadêmica, sem vocês eu não teria chegado até aqui, literalmente;

A minha orientadora Prof.^aInacia Sátiro por ter aceitado esse desafio de ser minha orientadora, por seu empenho e dedicação na minha caminhada do mestrado;

Aos meus colegas de turma, pois sempre onde havia um turbilhão, a amizade de vocês tornou essa caminhada mais leve.

Aos profissionais e gestores que atuam nos Centros Especializados em Reabilitação que proporcionaram uma reavaliação da minha forma de enxergar a fisioterapia.

Muito obrigado!

RESUMO

Introdução: Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A fim de implementar e efetivar o cuidado a esse segmento populacional a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) pela Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012, coloca Centro Especializado em Reabilitação (CER) enquanto ponto assistência de atenção ambulatorial primordial. Os CER constituem-se em serviços de referência regulados, que funcionem segundo em base territorial e que fornecem atenção especializada às pessoas com deficiência sendo assim o lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências cujo olhar do fisioterapeuta é de suma importância para esse processo de cuidado.

Objetivo: Analisar a atuação dos Fisioterapeutas lotados nos Centros Especializados em Reabilitação do Estado da Paraíba a fim de elucidar o cuidado ofertado à população de pessoas com deficiência.

Metodologia: Esse é um estudo de campo de caráter transversal com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a junho de 2022. A primeira etapa ocorreu por um questionário estruturado cujos dados foram submetidos à estatística descritiva com a finalidade de caracterizar a amostra. Na segunda etapa os sujeitos foram entrevistados, as falas gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo pelo método de Bardin e pelo software IRAMUTEQ versão 0.7 a partir da análise de Classificação Hierárquica Descendente em quatro categorias: Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER; Fluxo e Prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER e Processo de Trabalho em Saúde. Como critério de inclusão no estudo o fisioterapeuta deveria atuar a pelo menos 6 meses no CER. A exclusão se deu pela ausência do profissional no momento da coleta dos dados.

Resultados: Ao todo, participaram 23 fisioterapeutas lotados em três CER de duas regiões de saúde distintas do Estado da Paraíba. Observou uma predominância de fisioterapeutas do sexo feminino, com título de especialista, faixa de idade entre 30-49 anos, com vínculo empregatício fragilizado por contrato de prestação de serviço e carga horária de 30 horas semanais. Para a categoria fluxo, verificaram-se facilidades de acesso pela avaliação global e fluxograma pré-determinado; para a prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) este é uma área de atuação fundamental dos fisioterapeutas; os serviços relegam as discussões de casos para a informalidade e o processo de trabalho está centralizado no “Trabalho Morto” com tecnologias duras e leves duras e o não uso do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Conclusão: O CER tem se mostrado um serviço de saúde potente para a produção do cuidado às pessoas com deficiência, porém ajustes no modelo de gestão e de organização do processo de trabalho são necessários para a efetivação do cuidado. Nesse contexto, o profissional fisioterapeuta tem contribuído de forma significativa para a efetivação do cuidado junto à população com deficiência.

Palavras Chave: Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Saúde da Pessoa com Deficiência; Fisioterapia, Trabalho; Acesso a Tecnologias em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: A person with a disability is one who has a long-term impairment of a physical, mental, intellectual or sensory nature, which, in interaction with one or more barriers, may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others. In order to implement and carry out care for this population segment, the Care Network for Persons with Disabilities (RCPCD) by Ordinance GM/MS 793 of April 24, 2012, places the Specialized Rehabilitation Center (CER) as an outpatient care point paramount. The CERs are regulated reference services, which operate on a territorial basis and provide specialized care to people with disabilities, thus being the reference place for care and protection for users, family members and companions in the processes of auditory, physical, mental rehabilitation. intellectual, visual, ostomies and multiple disabilities whose view of the physiotherapist is of paramount importance for this care process.

Objective: To analyze the performance of physiotherapists working in Specialized Rehabilitation Centers in the State of Paraíba in order to elucidate the care offered to the population of people with disabilities.

Methodology: This is a cross-sectional field study with a qualitative approach. Data collection took place between February and June 2022. The first step was through a structured questionnaire whose data were submitted to descriptive statistics in order to characterize the sample. In the second stage, the subjects were interviewed, the speeches were recorded, transcribed and submitted to content analysis using the Bardin method and the IRAMUTEQ software version 0.7 based on the Descending Hierarchical Classification analysis in four categories: Flow and access to the physical rehabilitation service offered by the CER; Flow and Prescription of Orthoses, Prostheses and Mobility Aids; Multiprofessionality, Interdisciplinarity and Collaborative Practice in the CER and Work Process in Health. As a criterion for inclusion in the study, the physiotherapist should have worked at the CER for at least 6 months. Exclusion was due to the absence of the professional at the time of data collection.

Results: In all, 23 physiotherapists from three CERs from two different health regions in the State of Paraíba participated. There was a predominance of female physiotherapists, with a specialist title, aged between 30-49 years, with an employment relationship weakened by a service provision contract and a workload of 30 hours per week. For the flow category, access facilities were verified by the global assessment and predetermined flowchart; for the prescription of Orthoses, Prostheses and Mobility Aids (OPM) this is a fundamental area of activity for physiotherapists; services relegate case discussions to informality and the work process is centered on “Dead Work” with hard and soft hard technologies and the non-use of the Singular Therapeutic Project (PTS).

Conclusion: The CER has proven to be a powerful health service for providing care to people with disabilities, but adjustments in the management model and organization of the work process are necessary for effective care. In this context, the professional physiotherapist has contributed significantly to the effectiveness of care for the disabled population.

KeyWords: Health Care Evaluation Mechanisms; Health of the Disabled, PhysicalTherapy; Work, Access to Health Technologies

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Dados gerais relativos a população de pessoas com deficiência.....	16
Figura 2: Linha do tempo de legislações no campo da saúde para as pessoas com deficiência.....	26
Figura 3: Nuvem de Palavras do Dendograma das classes obtidas a partir da análise do corpus.....	55
Figura 4: Dendograma das classes obtidas a partir da análise do corpus.....	56
Figura 5: Fluxograma Norteador - Acolhimento e atendimento no Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica.....	59
Figura 6: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia na FUNAD.....	61
Figura 7: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia no CER IV - Campina Grande.....	63
Figura 8: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia no CRMIPCD – João Pessoa.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Proporção percentual dos tipos de deficiência no Brasil segundo os dados do Censo 2010.....	16
Gráfico 2: Distribuição da população com deficiência por região no Brasil segundo os dados do Censo 2010.....	17
Gráfico 3: Revisão dos dados de pessoas com deficiência no Brasil aplicado a linha de corte do grupo de Washington.....	19
Gráfico 4: Relação de gênero entre os fisioterapeutas entrevistados.....	49
Gráfico 5 - Áreas dos cursos de especialização.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da população com deficiência por Estado brasileiro segundo os dados do Censo 2010.....	17
Tabela 2: Lista dos CER participantes do estudo.....	40
Tabela 3: Conceitos utilizados para a elaboração do roteiro de entrevista.....	43
Tabela 4: Características dos dados quantitativos.....	46
Tabela 5: Faixa etária dos fisioterapeutas.....	50
Tabela 6: Dados da formação profissional.....	51
Tabela 7: Perfil de atuação no CER.....	53

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AACD - Associação de Assistência  Criança com Deficiência

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CER IV CG - Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande

CRMIPCD - Centro de Referência Municipal de Inclusão da Pessoa com Deficiência

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

FISIO - Fisioterapeuta

FONO - Fonoaudiólogo

FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência

GMFM - Escala Gross Motor Function Measure

ICIDH - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações

IES - Instituição de Ensino Superior

NEURO - Neurologista

OPM - rtese, Prótese e Dispositivo Auxiliares de Locomoção

PCD - Pessoa com Deficiência

PNSPD - Polítca Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

RAS - Rede de Atenção  Saúde

RCPCD - Rede de Cuidados  Pessoa com Deficiência

SUS - Sistema nico de Saúde

TA - Tecnologias Assistivas

TO - Terapeuta Ocupacional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1. Pessoa com Deficiência.....	15
2.2. Políticas e Programas de Assistência à Saúde para a Pessoa com Deficiência.....	20
2.3. Rede de Assistência Saúde à Pessoa com deficiência.....	27
2.4. Centro Especializado em Reabilitação.....	29
2.5. Atuação do Profissional Fisioterapeuta.....	31
2.6. Processo de Trabalho em Saúde.....	33
3. OBJETIVOS.....	37
3.1. Objetivo Geral.....	37
3.2. Objetivos Específicos.....	37
4. METODOLOGIA.....	38
4.1. Local de Pesquisa.....	40
4.2. Participantes da Pesquisa.....	41
4.3. Pesquisa Qualitativa.....	42
4.4. Pesquisa Quantitativa.....	45
4.5. Aspectos Éticos.....	48
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1. Caracterização da Amostra.....	49
5.2. Análise do IRAMUTEQ.....	54
5.3. Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER.....	57
5.4. Fluxo e Prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	71
5.5. Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER.....	83
5.6. Processo de Trabalho em Saúde.....	91
6. CONCLUSÕES.....	102
REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	112
APÊNDICE B - Questionário de Caracterização da Amostra.....	115
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética.....	119
ANEXO B– Análise IRAMUTEQ.....	122

1. INTRODUÇÃO

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (PCD) conceitua esse segmento populacional como aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

As deficiências são classificadas de acordo com a estrutura e função do corpo que são alteradas. Desse modo, pode-se ter a deficiência motora, visual, auditiva e intelectual, como também a combinação de dois ou mais tipos de deficiência. Cada uma destas possui especificidades no tratamento e nos dispositivos que auxiliam na recuperação/habilitação da função, dando ao sujeito uma participação social mais efetiva (BRASIL, 2020).

Afim de implementar e efetivar o cuidado a esse segmento populacional a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) pela Portaria GM/MS 793 de 24 de Abril de 2012, a qual estabelece em seu escopo diretrizes e objetivos, como direito de acesso e de qualidade dos serviços, com oferta de cuidados integrais e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, promoção de estratégias e mecanismo de educação permanente, bem como expansão de oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) (BRASIL, 2020).

Para tanto, nos três níveis de atenção à saúde são estabelecidos serviços específicos com fluxos integrados e planos de ações particulares. No que diz respeito à atenção especializada, no tocante a reabilitação foram criados os Centros Especializados em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2012).

Os CER constituem-se em serviço de referência regulado, que funcionem segundo em base territorial e que forneçam atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo, sendo assim o lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências (BRASIL, 2020).

A reabilitação e o acesso aos serviços não devem ser pauta somente dos sistemas de saúde. É fundamental que parcerias dos serviços de reabilitação envolvam todos os usuários, visto que esta demanda se dá em diversas etapas da vida, em momentos específicos ou contínuos, por doenças e agravos variados. Mesmo que a continuidade do cuidado seja prioritariamente da saúde, a reabilitação é um investimento em capital humano que contribui para a promoção da saúde e qualidade de vida, bem como para o desenvolvimento econômico e social (GOULART; ANDERLE, 2020).

Ainda, é fundamental refletirmos sobre a atuação dos profissionais que ofertam reabilitação e estão em contato direto com a população atendida. Estes devem repensar o fazer clínico, observando e utilizando tecnologias leves disruptivas, como frequência de atendimento, encaminhamentos, matriciamentos, orientações de atividades com auto monitoramento domiciliar, visando à autonomia dos usuários.

A avaliação dos serviços de saúde se mostra pertinente, pois são estruturas organizacionais complexas extremamente diversificadas, constituídas por profissionais e tecnologias organizadas para a atenção à saúde da comunidade e o seu impacto sobre os problemas de saúde de populações específicas (NOVAES, 2000).

Tanaka e Tamaki (2012) argumentam que a avaliação dos serviços de saúde contribui para uma maior “eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados)”.

Com o aprimoramento desses objetivos, os serviços de saúde serão capazes de melhorar as tomadas de decisão para a gestão, reorganizar a assistência às pessoas com deficiência e tornar o serviço mais efetivo. Assim é necessário produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna e que traga melhorias aos grupos assistidos. Ela tem que ser viável em termos técnicos e de gestão e ter a capacidade de produzir os efeitos esperados para as decisões tomadas, assim, tem que ser pragmática em termos de fazer escolhas viáveis e sobre as quais se tenha governabilidade (TANAKA E TAMAKI, 2012).

Nesse sentido, justifica-se a relevância deste estudo por promover o processo de avaliação dos CER que tem como premissa o atendimento as pessoas com deficiência. Estas apresentam limitações para a realização de atividades da vida diária e restrições de participação social. Evoca-se, portanto, os aspectos limitantes da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais (BRASIL, 2020).

Assim, os termos deficiência e atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma alteração de uma estrutura do corpo ou função corporal, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade. Considerando que as dificuldades ou limitações apresentadas pelas pessoas com deficiência são específicas e produzem necessidades de avaliação e intervenção diferenciadas, a atuação de uma equipe multiprofissional é de fundamental importância (BRASIL, 2020).

É nesse contexto de produção de cuidado focalizado na reabilitação/habilitação que ganha destaque, dentro da equipe multiprofissional o fisioterapeuta. Apesar dos diversos enfoques ao longo da consolidação da profissão, a fisioterapia manteve forte a tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas (HADDAD, 2006).

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade.

Este trabalho busca responder a seguinte problemática: como se desenvolve o processo de trabalho dos Fisioterapeutas nos Centros Especializados em Reabilitação no Estado da Paraíba que atuam na reabilitação física?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Pessoa com Deficiência

A Lei Brasileira considera pessoa com deficiência aquela que tem “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2019a, p 9). Nesse sentido as deficiências podem acometer diferentes estruturas do corpo humano limitando de forma temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua de diferentes funções do corpo humano, o que limita sua interação e participação social.

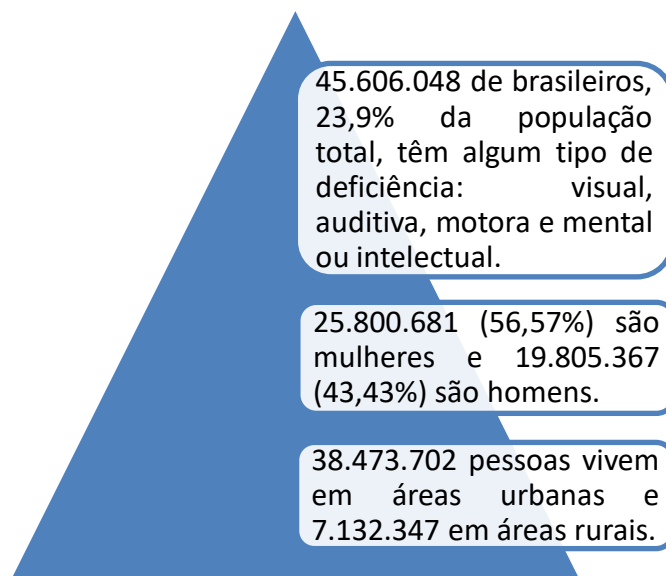
A avaliação da deficiência deverá ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação (BRASIL, 2019a).

As deficiências são classificadas de acordo com a estrutura e função do corpo que são alteradas. Desse modo, podem ter a deficiência motora, visual, auditiva e intelectual, como também a combinação de dois ou mais tipos de deficiência. Cada uma destas possui especificidades no tratamento e nos dispositivos que auxiliam na recuperação/habilitação da função, dando ao sujeito uma participação social mais efetiva.

No último Censo Demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE buscou-se captar da população o quantitativo de pessoas com deficiência no país. Esse levantamento usou como base os parâmetros da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Desse modo o IBGE (BRASIL, 2018, p 2) consolidou a “compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em consonância com a concepção da Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006”.

Em linhas gerais, os dados levantados pelo Censo revelam os seguintes dados da população com deficiência, conforme descritos na figura 1:

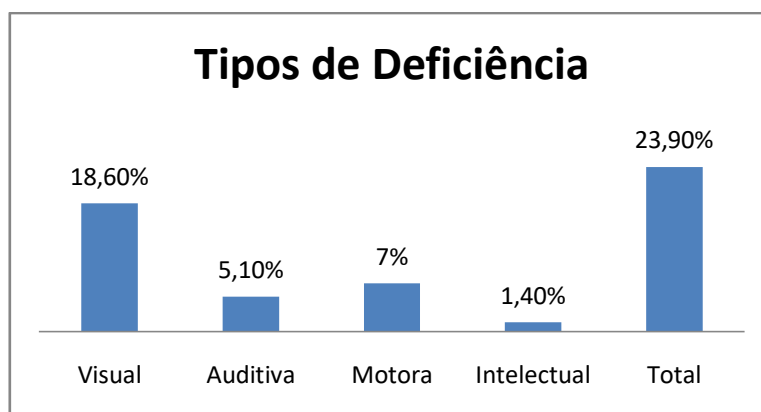
Figura 1: Dados gerais relativos à população de pessoas com deficiência



Fonte: Adaptado, Brasil 2012b.

No que diz respeito aos tipos de deficiência, o gráfico 1 apresenta o percentual de deficiência visual, auditiva, motora e intelectual

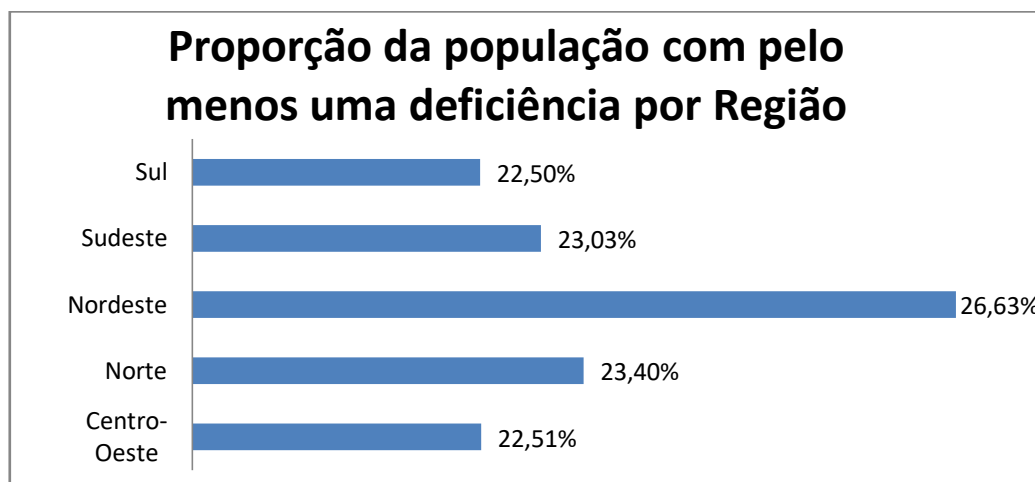
Gráfico 1: Proporção percentual dos tipos de deficiência no Brasil segundo os dados do Censo 2010



Fonte: Adaptado, Brasil 2012b.

A distribuição da população de pessoas com deficiência se apresenta da seguinte forma:

Gráfico 2: Distribuição da população com deficiência por região no Brasil segundo os dados do Censo 2010



Fonte: Adaptado, Brasil 2012b.

Diante desses dados, observa-se que a região nordeste desponta como aquela que possui maior quantitativo de pessoas com pelo menos uma deficiência das levantadas pelo último Censo Demográfico, ficando bem acima da média nacional.

Ao analisar os dados por Estados temos:

Tabela 1: Distribuição da população com deficiência por Estado brasileiro segundo os dados do Censo 2010

Estado	População	Percentual
Acre	165 823	22,61%
Alagoas	859 515	27,54%
Amapá	158 749	23,71%
Amazonas	791 162	22,71%
Bahia	3 558 895	25,39%
Ceará	2 340 150	27,69%
Distrito Federal	574 275	22,34%
Espírito Santo	824 095	23,45%
Goiás	1 393 540	23,21%
Maranhão	1 641 404	24,97%
Mato Grosso	669 010	22,04%
Mato Grosso do Sul	526 672	21,51%
Minas Gerais	4 432 456	22,62%
Pará	1 791 299	23,63%
Paraíba	1 045 631	27,76%
Paraná	2 283 022	21,86%
Pernambuco	2 426 106	27,58%
Piauí	860 430	27,59%
Rio de Janeiro	3 900 870	24,40%

Rio Grande do Norte	882 681	27,86%
Rio Grande do Sul	2 549 691	23,84%
Rondônia	345 411	22,11%
Roraima	95 774	21,26%
Santa Catarina	1 331 445	21,31%
São Paulo	9 349 553	22,66%
Sergipe	518 901	25,09%
Tocantins	307 350	22,22%
Brasil	45 623 910	23,92%

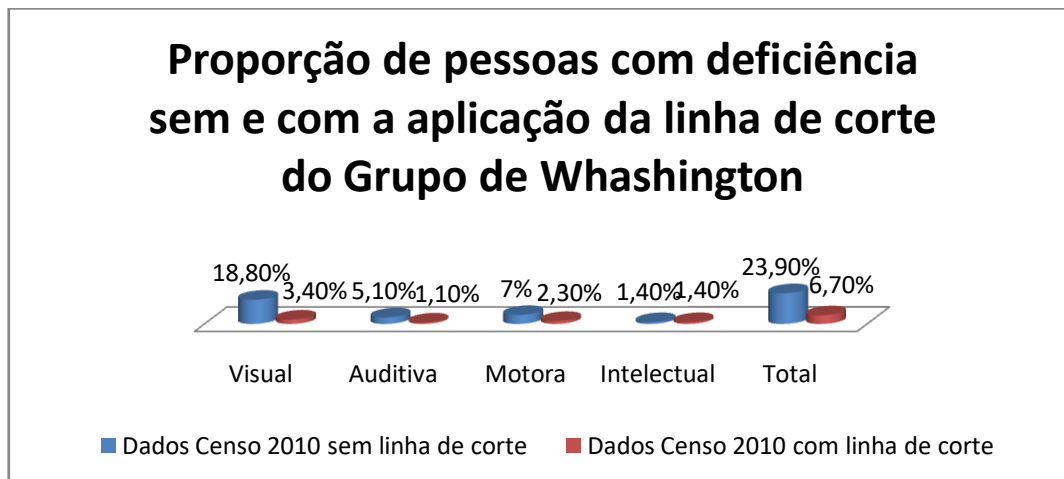
Fonte: Adaptado, Brasil 2012b.

Ao observarmos a tabela, vemos que a Paraíba ocupa o segundo lugar nos Estados que mais possuem pessoas com pelo menos um tipo de deficiência, ficando atrás apenas do Estado do Rio Grande do Norte. O percentual encontra-se bem elevado ao ser comparado com a média nacional.

Com o objetivo de incorporar as boas práticas internacionais e para garantir a comparabilidade entre os países que produzem dados censitários sobre pessoas com deficiência, foi realizada uma releitura dos dados incorporando a linha de corte sugerida pelo Grupo de Washington, que considera pessoa com deficiência os indivíduos que responderem ter muita dificuldade em uma ou mais questões, o que é caracterizado como pessoa com deficiência severa no censo de 2010. Assim, houve uma redução significativa na proporção de pessoa com deficiência de 23,9% para 6,7% da população total ou 12.748.663 pessoas (BRASIL, 2018). A linha de corte não se aplica à deficiência intelectual, pois a opção de resposta para este quesito não seguiu o modelo sugerido pelo Grupo de Washington, restringindo-se às opções “sim” e “não”.

Assim, um quadro comparativo entre o levantamento censitário e a nova linha de corte, temos:

Gráfico 3: Revisão dos dados de pessoas com deficiência no Brasil aplicado a linha de corte do grupo de Washington



Fonte: Adaptado, Brasil 2012b.

Diante deste panorama epidemiológico, é preciso desenvolver ações que atendam as demandas e necessidades das pessoas com deficiência. O cuidado em saúde junto a essas pessoas demanda ações integradas e articuladas que englobem aspectos específicos dos distúrbios das estruturas e funções corporais alcançando e permeando outras dimensões das necessidades de saúde, bem como de outros níveis de necessidades e demandas que os sujeitos apresentem (SANTOS, 2017).

Othero e Ayres (2012) apresentam algumas demandas e necessidades diretamente ligadas as pessoas com deficiência, como acesso e acessibilidade; apoio psicossocial para elaboração das perdas e mudanças decorrentes da deficiência e sua irreversibilidade; aspectos gerais de saúde para além da deficiência; autonomia e independência; dispensação de equipamentos e dispositivos de tecnologia assistiva; ações preventivas; diagnóstico precoces; reconhecimento, garantia e efetivação dos direitos; e criação de vínculo com serviços e profissionais de saúde para ser cuidado, ouvido, orientado, valorizado em uma relação de confiança mútua e dialógica.

As necessidades aparecem como aquilo que precisa ser satisfeito e que, para toda necessidade, há um processo de trabalho correspondente, cujo produto potencialmente a satisfaz (SANTOS, 2017). Desse modo, as demandas de saúde irão produzir reflexões sobre as políticas, programas e serviços de saúde que os embasam. Portanto, é preponderante a integração dos atributos das práticas dos profissionais de saúde, buscando sempre a maior qualidade da assistência; a organização, fluxos e funcionamento dos serviços de saúde; e respostas governamentais por meio de políticas,

programas que garantam os direitos das pessoas com deficiência e atendam as diferentes demandas e necessidades.

2.2. Políticas e Programas de Assistência à Saúde para a Pessoa com Deficiência

A redemocratização da política brasileira trouxe consigo a promulgação da Constituição Federativa do Brasil que se torna o marco legal para a política de atenção as pessoas com deficiência. O artigo terceiro em seu inciso quarto versa que é objetivo fundamental da República Brasileira “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988). Esse fato garante que pessoas com deficiência têm o direito constitucional de serem tratadas sem discriminação.

Este documento federativo em seu vigésimo terceiro artigo no inciso segundo versa que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1988). Isso posto, as ações em saúde a este segmento populacional tornam-se política de Estado. Contudo, a efetivação dessas ações, que outrora eram pulverizadas, com a criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde (VALENTIM, 2020).

A partir deste instrumento federativo, outros instrumentos legais foram sendo criados para efetivar os direitos das pessoas com deficiência. Em 24 de outubro de 1989 foi sancionada a Lei 7.853 que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

No tocante a saúde, esta Lei normatiza sobre a promoção de ações preventivas; o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados; adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social (BRASIL, 1989; VALENTIM, 2020).

Após essa Lei, temos a promulgação da Lei 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (CAMPOS; SOUZA; MENDES; 2015).

Mediante a percepção da mudança do conceito de saúde, bem como da funcionalidade humana e como esses termos interagem com a participação social das pessoas com deficiência com o ambiente, demandou da Organização Mundial da Saúde uma revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (ICIDH). Nesse sentido, em 2001 foi aprovada na 54ª Assembleia Mundial de Saúde a revisão da ICIDH que recebeu o título de Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (SANTOS, 2017).

A CIF busca alinhar os modelos médico e social da saúde, utilizando-se assim o modelo biopsicossocial, para retratar aspectos da funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, incorporando aspectos relativos ao ambiente como determinantes da funcionalidade e incapacidade. Desse modo, o ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais, a deficiência, disponibilidades de políticas públicas e serviços de saúde e as relações interpessoais como facilitadores e/ou barreiras para o processo funcionalidade-incapacidade (SANTOS, 2017).

A CIF tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada como um sistema de descrição da saúde e de estados relacionados à saúde. Ela define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados à saúde, tais como educação e trabalho. Os domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: Funções e Estruturas do Corpo, e Atividades e Participação (SANTOS, 2017).

No ano de 2002 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência que estabelece as diretrizes que orientaram a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltadas às pessoas com deficiência, a partir das seguintes premissas: promoção da qualidade de vida; prevenção de deficiências; atenção integral à saúde; melhoria dos mecanismos de informação; organização; capacitação dos Recursos humanos; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência (BRASIL, 2002; VALENTIM, 2020).

A presente política visa à inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS. Caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o

processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

Na PNSPD, a assistência às pessoas com deficiência deve ser pautada no pressuposto de que, além da necessidade de atenção à saúde inerente a sua condição, esses sujeitos podem ter associados outros problemas e agravos à saúde, necessitando assim de outras assistências além daquelas ligadas à sua deficiência. Essas diretrizes devem ser implementadas solidariamente nas três esferas de gestão, incluindo também as parcerias interinstitucionais. A PNSPD é, portanto, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização de muitos atores sociais e institucionais (CARVALHO, 2019; VALENTIM 2020)

Em 2010, pela portaria 2.344 a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República trouxe uma importante mudança na designação das pessoas com deficiência, trazendo a mudança do termo “portador de deficiência” para “pessoa com deficiência”. O avanço conceitual é fruto da luta por direitos, pois reconhece que deficiência é um fenômeno orgânico decorrente de estruturas e funções biológicas alteradas e não se refere ao sujeito enquanto ser social (SANTOS, 2017). Nesse sentido a pessoa não porta a deficiência, podendo deixar de portá-la por sua escolha ou mediante ações e intervenções de saúde. Outro termo também deixado em desuso, “portador de necessidades especiais”, pois entende-se que diferentes pessoas, em diferentes momentos do ciclo de vida humano podem apresentar necessidades específicas para desempenhar as atividades de vida diária e efetivar sua participação social dentro do contexto sociocultural, não sendo assim uma exclusividade das pessoas com deficiência.

O governo federal, em 2011, criou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite publicado em Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011, que tem como principal objetivo a promoção, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos Direitos das Pessoas com Deficiência, dentro dos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência a partir da colaboração de 15 ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011; DUTRA *et al*, 2022).

As ações do Plano Viver sem Limites estão divididas em quatro eixos prioritários: Atenção à Saúde; Acesso à Educação; Inclusão Social; e Acessibilidade. O Ministério da Saúde é um dos atores centrais desse Plano, mas as ações são

compartilhadas por todos os entes federativos e integradas aos diversos setores institucionais. Mais do que realizar ações incrementais em relação àquilo que é praticado para a saúde das pessoas com deficiência, a criação desse plano se tornou estruturante essa agenda no SUS, por meio da criação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, na condição de rede prioritária de saúde (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Como desdobramento do Plano Viver sem Limite, no que se refere à Atenção de Saúde foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) pela Portaria GM/MS 793 de 24 de Abril de 2012, a qual estabelece em seu escopo diretrizes e objetivos, como direito de acesso e de qualidade dos serviços, com oferta de cuidados integrais e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, promoção de estratégias e mecanismo de educação permanente, bem como expansão de oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (DUTRA *et al.*, 2022).

Há uma revisão e readequação das Redes de Atenção à Saúde pela Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Essas mudanças não trouxeram grandes alterações no que compete a RCPCD.

No ano de 2015 foi promulgada a Lei 13.146 que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência destinada a “assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, 2019a, p 8).

Em seu segundo capítulo, denominado Do Direito a Habilitação e a Reabilitação, fica assegurado que estes dois elementos são direito das pessoas com deficiência. Esse processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da plena autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2019a).

O termo “Habilitar” é tornar algo ou alguém hábil, no sentido da destreza/inteligência para a realização de determinada função. O termo Reabilitação é amplamente utilizado no campo da saúde referente aos processos de cuidado que envolve medidas de prevenção da perda funcional, redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação funcional; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual (BRASIL, 2013).

O uso do prefixo “re” tem sido bastante debatido. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era (BRASIL, 2013). A partir do momento que o indivíduo está diante de uma incapacidade, seja esta inata ou adquirida; momentânea ou progressiva, as suas experiências, relações, condições históricas, fisiológicas, econômicas, sociais, culturais estão em constantes mudanças. Desse modo, voltar ao que se era anteriormente pode ser uma problemática.

Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” seria limitado.

Nesse sentido a reabilitação é um conjunto de medidas que ajudam as pessoas com deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação social em sua máxima funcionalidade. Esse processo tem duração limitada e como objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, intelectual e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar e controlar a sua própria vida (CARDOSO *org*, 2019).

Em seu terceiro capítulo, Do Direito a Saúde, os serviços de saúde devem ser ofertados em uma rede de serviços articulados, com atuação interssetorial, nos diferentes níveis de complexidade, buscando diagnóstico e intervenção precoce, baseada em avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades de cada pessoa e na adoção de medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões. (BRASIL, 2019a)

Nesse sentido, nos programas e serviços de habilitação e de reabilitação para a pessoa com deficiência, são garantidos:

I – Organização, serviços, métodos, técnicas e recursos para atender às características de cada pessoa com deficiência;

II – Acessibilidade em todos os ambientes e serviços;

III – tecnologia assistiva, tecnologia de reabilitação, materiais e equipamentos adequados e apoio técnico profissional, de acordo com as especificidades de cada pessoa com deficiência;

IV – Capacitação continuada de todos os profissionais que participem dos programas e serviços. (BRASIL, 2019a, p 16)

Assim, é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário; atendimento segundo normas éticas e técnicas; garantia de recursos e tecnologias assistivas que propiciam maior funcionalidade e participação social; a educação permanente e continuada dos profissionais que assistem a esse segmento populacional e a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas.

Por meio da portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. O modelo de saúde no Brasil esteve organizado por ações curativas; centrada no cuidado médico e hospitalocêntrico; polarizada nos grandes centros urbanos e com cardápio de serviços organizado por oferta de serviços. A fim de superar esse modo de operar o sistema de saúde, um novo modelo, a partir do Pacto pela Saúde, é construído para a organização dos serviços de saúde busca superar a fragmentação dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a; DUTRA *et al*, 2022).

A Rede de Atenção à Saúde pode ser definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012a, p 1).

O objetivo da RAS então é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2012a).

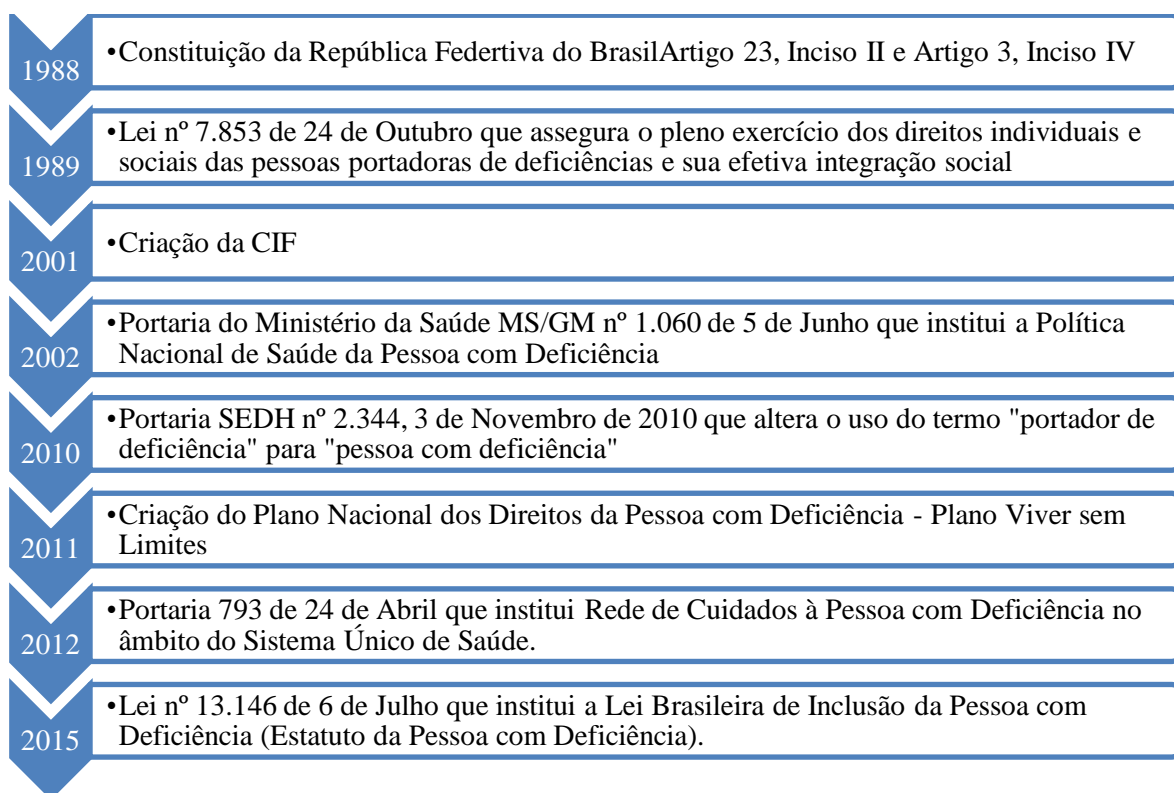
Desse modo a RAS são redes integradas de serviços de saúde, clinicamente integrados que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (BRASIL, 2012a).

Somado a isso a RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, que é a ordenadora do cuidado, centralizado nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado

multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos dos diferentes pontos da Atenção à Saúde.

As redes estabelecidas na portaria nº 4.279 dividem-se em: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14 (BRASIL, 2017)

Figura 2: Linha do tempo de legislações no campo da saúde para as pessoas com deficiência



Fonte: Autoria Própria, 2022.

2.3. Rede de Assistência Saúde à Pessoa com Deficiência

Como visto, o Ministério da Saúde é um dos atores centrais do Plano Viver Sem Limites. Além de realizar ações incrementais em relação àquilo que é praticado na saúde das pessoas com deficiência, tornou estruturante essa agenda no SUS, por meio da criação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, na condição de rede prioritária de saúde (CAMPOS; SOUZA; MENDES; 2015).

O processo de formulação e implementação dessa Rede começa em 2012, com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Assim como os demais serviços de saúde, antes da atual política, o cuidado à saúde da pessoa com deficiência estava fragmentado e restrito a equipamentos de reabilitação na Atenção Especializada, o que é insuficiente para as demandas de saúde da pessoa com deficiência.

O cuidado ampliado em saúde requer um olhar multidimensional para as necessidades do usuário e deve ser desenvolvido por meio de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que produza ações mais efetivas nos serviços de saúde, gerando troca de experiências e novos conhecimentos. Dessa forma, o modelo assistencial e as configurações dos serviços na rede exercem expressiva influência na resolutividade, eficiência e integralidade do cuidado (BOM, 2020).

Desse modo, a RCPD por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS, tem como diretrizes:

- I - Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- II - Promoção da equidade;
- III - promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações interssetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

X - Promoção de estratégias de educação permanente;

XI - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e

XII- Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2017, p 2)

Diante dessas diretrizes, o estabelecimento da RCPD visa ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência com o SUS; promover a vinculação, garantir a articulação e a integração das pessoas com deficiência com todos os pontos da rede, a fim de qualificar o cuidado, fortalecer o acolhimento e a participação social.

Somado a esses benefícios desse novo modelo de assistência observa-se ampliação do cuidado e do cardápio de ofertas; desenvolvimento de ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliação da oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção e do acesso a serviços de reabilitação; reinserção das pessoas com deficiência na participação social e assim garantir os direitos das pessoas com deficiência (OLIVEIRA, 2016).

Para que essas medidas sejam implementadas, se faz necessário promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; desenvolver ações interssetoriais de promoção à saúde e prevenção de agravos; regular e organizar as demandas e ampliar e fortalecer os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, a RCPD se organiza nos três níveis de Atenção à Saúde, sendo estes, a Atenção Básica, contando com as Unidades Básicas de Saúde, Atenção

Odontológica e Núcleo de Apoio a Saúde da Família, quando houver; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, nos quais estão inseridos os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, os Centros Especializados em Reabilitação e Centros de Especialidades Odontológicas; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Os serviços devem ser articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários. (BRASIL, 2017)

2.4. Centro Especializado em Reabilitação

Como visto anteriormente, a RCPD, no âmbito da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação; e Centros de Especialidades Odontológicas (BRASIL, 2012a).

Esses pontos da Rede que estiverem habilitados para Reabilitação Física poderão contar com uma Oficina Ortopédica. Esta constitui-se em um serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologias Assistivas (BRASIL, 2012a).

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que tem como propósito realizar o diagnóstico, o tratamento, a concessão, a adaptação e a manutenção de tecnologia assistiva, sejam estes oferecidos pelo Serviço de Reabilitação Física ou pelas Oficinas Ortopédicas, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. O CER é organizado de acordo com os serviços de Reabilitação habilitados, sendo assim, CER II composto por dois serviços de reabilitação habilitados; CER III composto por três serviços de reabilitação habilitados e CER IV composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados. Os serviços de Reabilitação habilitados incluem as deficiências auditivas, motoras; visuais e intelectuais (BRASIL, 2012a; VALENTIM, 2020).

O atendimento desenvolvido no CER deve ser realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, através de Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família; somada a ações multiprofissionais desempenhada pela interprofissionalidade e interdisciplinaridade (MACHADO, 2018).

O CER assim como os demais pontos da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências tem seu funcionamento norteado pelos seguintes aspectos:

- I - Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo;
- II - Estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências;
- III - Produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- IV - Garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;
- V - Melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;
- VI - Estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;
- VII - Realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

VIII - Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;

IX - Articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a, p6)

Nesse sentido, o CER se revela como um serviço de referência para as pessoas com deficiência, haja vista a complexidade das demandas de saúde requerida por este segmento social. Desse modo este serviço visa habilitar e reabilitar as pessoas com deficiência por meio de ações e mecanismos articulados que avaliem as potencialidades e fragilidades do sujeito (incluindo aspectos relativos às condições de saúde, economia, social, educacional, ambiental e tantos outros aspectos que se revelarem pertinentes a construção de uma caracterização do indivíduo); planejamento de metas e ações programadas compartilhamento de responsabilidades entre usuário-profissional-família; o desenvolvimento de trabalho multiprofissional, interdisciplinar e articulado com os outros pontos de RCPD de modo a melhorar a funcionalidade, inclusão social e ampliar o acesso a tecnologias assistivas.

2.5. Atuação do Profissional Fisioterapeuta

A Fisioterapia é uma ciência tão antiga quanto o homem. Surgiu com as primeiras tentativas dos ancestrais de diminuir uma dor esfregando o local dolorido e evoluiu ao longo do tempo com a sofisticação, principalmente, das técnicas de exercícios terapêuticos (HADDAD, 2006).

A Fisioterapia enquanto profissão nasceu em meados do século XX, quando as duas guerras mundiais causaram um grande número de lesões e ferimentos graves que necessitavam de uma abordagem de reabilitação para reinserir as pessoas com deficiência adquirida no contexto social. Inicialmente executada por voluntários nos campos de batalha, os profissionais que a desempenhavam souberam agregar novas descobertas e técnicas às suas práticas, sofisticando e desenvolvendo uma ciência

própria e um campo específico de atuação, independente das outras áreas da saúde (HADDAD, 2006).

No Brasil, a Fisioterapia iniciou-se dentro da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1929. Em 1951 foi criado o primeiro curso para formação de fisioterapeutas, na época denominados técnicos, com duração de um ano (HADDAD, 2006).

Em 1959 foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), que se filiou a WCPT (World Confederation for Physical Therapy), cujo objetivo era buscar o amparo técnico-científico e sociocultural para o desenvolvimento da profissão. Somente no dia 13 de outubro de 1969, a profissão adquiriu seus direitos, por meio do Decreto Lei nº 938/69, no qual a Fisioterapia foi reconhecida como um curso de nível superior e profissão regulamentada (HADDAD, 2006).

Como visto o cuidado em saúde para as pessoas com deficiência requer a avaliação criteriosa, prescrição adequada, treinamento assertivo e acompanhamento continuado de OPM por profissionais qualificados. (BRASIL, 2019b). Dentre os profissionais habilitados para essa prescrição no SUS, ganha destaque o Fisioterapeuta, que por meio da Portaria SAS/MS nº 661 de 2 de dezembro de 2010 teve seu direito reconhecido para prescrição de órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico regulamentado pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAB.

A Tecnologia Assistiva é um termo utilizado para identificar todos os recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiência. Enquanto estratégia de saúde e resposta social à deficiência, a reabilitação tem nas Tecnologias Assistivas, um importante adjuvante para a valorização, integração, inclusão e promoção dos direitos das pessoas com deficiência. No universo das TA, as OPM ocupam papel de destaque no âmbito da saúde. Assim, o acesso qualificado e oportuno às OPM impacta sobremaneira a qualidade e resolutividade das ações de reabilitação, sendo sua resolução encarada como prioritária pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019b).

Conceitualmente, órtese é todo dispositivo aplicado externamente ao segmento corpóreo tem a finalidade de proporcionar o melhor realinhamento possível, buscando sempre a posição funcional, a fim de proporcionar a melhora funcional, seja as alterações funcionais temporárias ou permanentes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2019b).

As próteses são aparelhos que substituem total ou parcialmente membros ou órgãos do corpo para a execução de suas funções. Essas podem ser interna ou

implantada, relacionada ao ato cirúrgico; externa ou não implantada, não cirúrgica e estética, quando mantém a forma do segmento corporal (BRASIL, 2019b).

Os meios auxiliares de locomoção proporcionam a mobilidade pessoal independente ou por auxílio externo, ampliando as funções físicas, fornecendo apoio suplementar durante o deslocamento, através da marcha ou não (BRASIL, 2002; BRASIL, 2019b).

Dessa forma, a concessão de uma OPM deve ser pensada como um dos processos da construção do cuidado em saúde, sendo, portanto, papel de todos os pontos de atenção da RCPD, o qual deve compor um programa estruturado de reabilitação e o Projeto Terapêutico Singular. Ressalta-se que a escolha da OPM, deve se pautar nas necessidades individuais do usuário e em um processo sistemático de avaliação e acompanhamento, provido por uma equipe multiprofissional especializada (BRASIL, 2019a).

O cenário típico para a concessão da OPM são os componentes da Atenção Especializada, mas não são o início e nem o fim deste processo. A Atenção Básica, enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção, possui uma série de ações estratégicas no campo do cuidado em saúde à pessoa com deficiência, como exemplo o conhecimento da realidade em que vivem e o levantamento das barreiras que dificultam o cotidiano (CARDOSO, 2019).

A equipe da Atenção Especializada não tem todas as condições necessárias para conhecer a fundo o ambiente e as barreiras enfrentadas pelo usuário, mas pode ter nas equipes de Atenção Básica uma referência para discutir estes aspectos. Da mesma forma, a Atenção Especializada pode oferecer, através de apoio matricial, suporte com informações relevantes sobre os diversos casos atendidos naquele território. Esse fato demonstra a necessidade de integração da RAS (CARDOSO, 2019).

Nesse sentido, o profissional fisioterapeuta, que tem seu foco de atuação a biomecânica humana para a reabilitação/habilitação da funcionalidade. Entender o seu processo de trabalho dentro dos CER é fundamental para compreender o processo de cuidado oferecido as pessoas com deficiências.

2.6. Processo de Trabalho em Saúde

O desenvolvimento e a gestão do processo de trabalho em saúde são temas que tem merecido atenção dos gestores e das instituições de ensino e pesquisa em

decorrência da sua complexidade e do impacto proporcionada na vida comunitária. O trabalho em saúde é carregado de subjetividade tendo sua essência promovida pelo relacionamento entre o profissional de saúde e o sujeito que busca amparo no serviço de saúde. Nesse sentido, a formação desses profissionais exige competências específicas para atender tanto as demandas dos gestores/serviços de saúde quanto dos usuários do sistema (MACHADO e XIMENES, 2018).

Nesse sentido, diferentes abordagens e perspectivas sobre o processo de trabalho em saúde têm sido desenvolvidas na literatura, principalmente no tocante a qualidade desse trabalho, que é materializada nos modos concretos e subjetivos de como se realizam as ações, políticas e programas de saúde; a maneira como esse trabalho se desenvolve na atuação dos profissionais e na recepção e protagonismo dos usuários (CARRAPATO; CASTANHEIRA e PLACIDELI, 2018).

Assim a operação do trabalho em saúde, no tocante a qualidade, perpassa a realização de procedimentos biomédicos, sendo necessário levar em consideração as singularidades e autonomia de cada sujeito, seja trabalhador ou usuário, as potencialidades de cada serviço de saúde, a construção de saber em saúde decorrente do intercâmbio gestores-profissionais-comunidade. Nesse sentido, a matéria base do trabalho em saúde é o encontro.

No que se refere ao trabalho vivo, este que é produzido e consumido no exato momento de sua produção, no campo da saúde este é operado no encontro entre profissional de saúde e o usuário. Este é desenvolvido pelo uso de tecnologias leves (falas, escutas, acolhimentos, vínculos, responsabilizações produzidas nos encontros), leves-duras (conhecimento técnico de cada ocupação profissional e o modo de organização do processo de trabalho) e duras (máquinas, instrumentos, protocolos). Já o trabalho morto é o trabalho pregresso, engessado e que não produz nenhum produto, pois este já foi consumido (FRANCO e MERHY, 2012).

Um conceito inferido pela correlação destes dois tipos de trabalho é a Composição Técnica do Trabalho. Diante disto, Franco e Merhy (2012, p. 156) relatam:

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, isto é, está sob sua hegemonia, vai refletir em processos de trabalho com menores graus de liberdade, operando um cuidado mais capturado por lógicas estruturadas de desenvolvimento do trabalho, quais sejam, as normas de funcionamento das equipes de saúde, medidas rigidamente vinculadas aos protocolos, e todo arsenal que de regulação do trabalho. Ao contrário se houver predominância do Trabalho Vivo, em ato, o

trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo exercer melhor a criatividade necessária ao cuidado em saúde, fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto mais possibilidade de conduzir o trabalho por diretrizes como o Acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos, que são diretrizes que para se efetivarem na rede de serviços, como mudanças estruturais na produção do cuidado, são dependentes das tecnologias leves. Se isto não ocorre o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes.

Desse modo, ao analisar o processo de trabalho desenvolvido pelos fisioterapeutas que atuam nos CER, será de fundamental importância analisar a Composição Técnica do Trabalho, identificando os tipos de trabalho e as relações construídas entre profissionais e usuários, enfocando na qualidade da assistência prestada.

Além disso, a saúde mundial tem sido forçada a lidar com novos desafios em um ritmo acelerado, sem necessariamente ter vencido alguns antigos. Os sistemas de saúde ainda se deparam com uma tendência à fragmentação e, conseqüentemente, a apresentar soluções incapazes de atender integralmente às necessidades de saúde presentes neste contexto dinâmico (BISPO, ROSSIT, 2021).

Apesar de ser um tema em discussão relativamente antigo, o tema prática interprofissional passa a percepção de ser algo novo pelo fato de ainda ser uma via não-hegemônica e ainda enfrenta questionamentos quanto à sua pertinência e seus resultados. Por outro lado, na atualidade, têm se reconhecido que investir em uma força de trabalho forjada em ambientes interprofissionais e colaborativos é uma das melhores formas de enfrentar esses complexos desafios de saúde (CECCIM, *et al*, 2020).

Para se alcançar a implementação de uma prática colaborativa/interprofissional nos serviços de saúde deve se partir da formação da mão de obra em um contexto de prática interprofissional. Ceccim *et al* (2020) relatam que a Educação interprofissional contribui à melhor formação para as práticas profissionais, compreensão do papel das diferentes profissões e apreensão de métodos de escuta/interpretação constante do rol de habilidades de diferentes profissões, além de construir horizontalidade e honesto respeito à pluralidade de profissões no fazer atencioso em saúde. Assim é uma etapa de vital para a composição e atuação da força de trabalho em saúde, assumindo que estas possuem um compromisso indissociável com uma prática colaborativa e centrada nas necessidades de saúde locais

Nesse mesmo caminho, a prática interprofissional congrega as ações colaborativas que devem estar previstas no trabalho em equipe, no trabalho

compartilhado, nas trocas em ato no trabalho vivo e nas circunstâncias cooperativas e protegidas em busca da melhor conduta em cada caso, consideradas particularidades, singularidades e multiplicidades em saúde individual, coletiva e comunitária (CECCIM, *et al*, 2020).

Sendo assim, a efetiva prática colaborativa qualifica práticas clínicas, otimiza serviços, fortalece os sistemas e incita melhorias de resultados na saúde. Essa afirmação da prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes vivências e experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores, comunidades, visando uma assistência integral e de qualidade. É nesse contexto que o Instrutivo de Reabilitação estabelece como prática interprofissional realizar acolhimento multiprofissional de usuários; construir e reavaliar periodicamente o PTS e realizar e participar de reuniões periódicas de equipe para estudos e discussões de casos (BRASIL, 2020).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a atuação dos Fisioterapeutas lotados nos Centros Especializados em Reabilitação e o cuidado ofertado à população de pessoas com deficiência no Estado da Paraíba.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os fisioterapeutas que atuam nos CER, no que se refere às características gerais de sua formação profissional e de seu trabalho;
- Construir o fluxograma de acesso dos pacientes ao atendimento fisioterapêutico oferecido pelos CER;
- Descrever o processo de trabalho dos fisioterapeutas dos CER, no tocante a rotina do serviço, planejamento de ações e avaliação do serviço oferecido;
- Analisar o processo prescrição de órteses, prótese e dispositivos auxiliares de locomoção pelos fisioterapeutas dos CER;
- Compreender os encontros interprofissional e multidisciplinar nos quais os fisioterapeutas dos CER participam.

4. METODOLOGIA

Esse é um estudo de campo de caráter transversal com abordagem metodológica qualitativa. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2022. O processo de trabalho em saúde é caracterizado, conforme já discutido, por sua complexidade, resultante dos componentes de sua finalidade, de seu objeto, das tecnologias e dos sujeitos que o executam. Ao se articular e se materializar nos atos produtores de cuidado, eles devem satisfazer a uma gama de necessidades socialmente construídas, expressas pelas necessidades de saúde da população. Nesse sentido para compreender esse componente, optou-se pela soma dos métodos quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos estudados serviram apenas para caracterizar os participantes da etapa qualitativa.

Proetty (2017) afirma que os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem, e contribuem para o entendimento e a quantificação dos aspectos lógicos e essenciais de um fato ou fenômeno estudado. Ambos são procedimentos de cunho racional, intuitivo e descritivo que auxiliam os pesquisadores em seus estudos científicos e profissionais. Nesse sentido, os métodos qualitativos e quantitativos permitem a reflexão dos caminhos a serem seguidos nos estudos científicos, pois auxiliam para entender, desvendar, qualificar e quantificar os fenômenos e fatos em tela.

Os conhecimentos científicos são obtidos por procedimentos metodológicos que permitem a busca, análise, interpretação e entendimento dos fatos e fenômenos que, em alguns casos, poderão ser observados, definidos, manipulados, experimentados, controlados, recompostos e entendidos. As pesquisas qualitativas e quantitativas contribuem para o desenvolvimento da ciência e o aumento do saber do homem (PITANGA, 2020).

A opção pela perspectiva qualitativa ou quantitativa reflete a própria formação ou maneira como o pesquisador percebe o objeto e/ou o sujeito e sinaliza afetamentos históricos e ideológicos que formam o pesquisador. Na abordagem quantitativa, a ênfase é na análise, pelo exame dos componentes separadamente, enquanto a qualitativa visa compreender o significado de uma experiência dos participantes, em um ambiente específico, bem como o modo como os componentes se mesclam para formar o todo (MUSSI, *et al*, 2019).

A pesquisa qualitativa é a modalidade de pesquisa na qual os dados são coletados por meio de interações sociais e analisados subjetivamente pelo pesquisador (PROETTY, 2017). A pesquisa qualitativa visa ao direcionamento para o desenvolvimento de estudos que buscam respostas que possibilitam entender, descrever e interpretar fatos. Ela permite ao pesquisador manter contato direto e interativo com o objeto de estudo.

As abordagens qualitativas de pesquisa focam sua atenção na indução, nos mecanismos subjacentes aos comportamentos e as interpretações destes pelos próprios sujeitos, valorizando a diversidade. Estudos com essa abordagem objetivam o aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno. Nessa perspectiva, a pesquisa qualitativa permite dar voz às pessoas, em vez de tratá-las como objetos (MUSSI *et al*, 2019; PITANGA 2020).

A pesquisa qualitativa permite por seus métodos estudar as especialidades de cada sociedade visto que seu foco é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar. Assim, a pesquisa qualitativa nos permite enveredar por situações que os números muitas vezes não conseguem responder. Mais ainda, a investigação qualitativa é alicerçada na inseparabilidade dos fenômenos e seu contexto, pois, as opiniões, percepções e significados serão mais bem compreendidos com maior profundidade a partir da contextualização (MUSSI, *et al*, 2019).

Em resumo, Proetty (2017) aponta como características desse método: permitir a percepção do fenômeno estudado; poder observar as seqüências, os testemunhos com coletas de dados em entrevistas para entender o contexto; possibilitar a determinação de padrões, selecioná-los e classificá-los; descobrir, compreender, descrever, interpretar e partilhar novos conhecimentos; a anotação, a observação e o levantamento de dados por meio de questionários, entrevistas e formulários são essenciais para a obtenção de informações; descrever os significados da descoberta; utilizar método dialético/indutivo; ter como elementos básicos para as análises as palavras e ideias que formam o raciocínio teórico a que se pretende comprovar; tem caráter organicista, pois o todo é mais do que as partes e deve ser compreendido e o resultado depende da análise do contexto do fato/objeto estudado.

Em contrapartida, a pesquisa quantitativa segue com rigor de estudo a um plano previamente estabelecido, com hipóteses e variáveis definidas pelo estudioso. Nessa

modalidade de pesquisa as variáveis predeterminadas são mensuradas e expressas numericamente. Os resultados também são analisados com o uso preponderante de métodos quantitativos, como a estatística (PROETTY, 2017).

Esse método tem grande influência do Positivismo, um movimento que enfatiza a ciência e o método científico como única fonte de conhecimento, estabelecendo forte distinção entre fatos e valores. Insiste na existência de uma ordem natural com leis que a sociedade deve seguir. Além disso, a realidade não pode ser conhecida em sua totalidade; portanto, apenas se estudam dados individuais (MUSSI, *et al.* 2019).

A pesquisa quantitativa pretende e permite a determinação de indicadores e tendências presentes na realidade, ou seja, dados representativos e objetivos. Seu eixo central é a materialização físico-numérica no momento da explicação, com uma desvalorização da subjetividade e da individualidade.

Proetty (2017) apresenta de forma resumida as características desse método de pesquisa científica: é objetivo; testa teorias; permite a percepção de forma quantificada do fenômeno estudado; permite selecionar população e amostras e identificar suas propriedades; o pesquisador consegue medir, correlacionar e estabelecer estatísticas/escalas; reduz (delimita) e controla os dados (variáveis) e delimita-os de forma precisa; utiliza-se do método dedutivo para conclusão e aborda análises estatísticas; o pesquisador mantém distância do processo de estudo (do objeto); pode formular hipóteses e testá-las; estabelece relações e causas do fato estudado e utiliza-se de instrumentos específicos de coleta de dados de forma numérica.

4.1. Local da Pesquisa

Esse estudo foi desenvolvido em três CER do estado da Paraíba, a saber:

Tabela 2: Lista dos CER participantes do estudo

Nome	Tipo	Município	Habilitação	Gestão	Referência
Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	CER IV	João Pessoa	Portaria 778 de 09/05/2013	Estadual	1 ^a Macrorregião de saúde
Centro de Referência Municipal de Inclusão da Pessoa	CER II Física e Intelectual	João Pessoa	Portaria GM 3.077 de 28/12/2016	Municipal	Município João Pessoa

com Deficiência - CRMIPCD					
Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande - CER IV CG	CER IV	Campina Grande	Portaria GM 2.918 de 26/12/2016	Municipal	2 ^a Macrorregião de saúde

Fonte: Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, SES/PB, 2022

O Estado da Paraíba possui 13 CER habilitados junto ao Ministério da Saúde, distribuídos em todas as macrorregiões de saúde. A escolha desses Centros aconteceu de forma intencional. A intencionalidade da escolha dos locais é justificada pelo fato de que a realização das etapas da pesquisa não tem como objetivo central gerar dados que possam ser generalizáveis, mas aprofundar os conhecimentos sobre os fenômenos a partir da percepção de determinados sujeitos inseridos numa dada realidade.

4.2. Participantes da Pesquisa

Ao total foram selecionados 23 Fisioterapeutas que atuam nos CER selecionados, sendo 10 da FUNAD; 09 do CER de Campina Grande e 04 do CRMIPCD. Foi realizado o contato com a coordenação dos CER estudados e feito o convite para os fisioterapeutas participarem da pesquisa.

O critério de inclusão nessa pesquisa foi ser Fisioterapeuta devidamente inscrito no órgão do conselho de classe e trabalhar a pelo menos seis meses no CER. O critério de exclusão se deu pela ausência do serviço no dia da avaliação, seja por férias, licença médica ou qualquer outro afastamento.

A FUNAD possui em seu quadro funcional 27 fisioterapeutas atuando na assistência aos usuários na Coordenadoria de Atendimento à Pessoa com Deficiência Física - CODAFI. Destes 5 se recusaram a participar do estudo e 3 estavam afastados de suas funções por motivos de saúde, compondo 19 fisioterapeutas aptos a participarem da pesquisa. Foram selecionados 10 fisioterapeutas de forma intencional. Nos dias pré agendados para a coleta dos dados, os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa foram entrevistados e responderam o questionário.

O limite da amostra da FUNAD foi estabelecido pela técnica de saturação. Segundo Fontanella *et al* (2008, p. 20) a avaliação da amostra por saturação “é feita por

um processo contínuo de análise dos dados começando já no início do processo de coleta [...] essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece”.

Nesse sentido, buscou-se compor a amostra da pesquisa até o momento em que os dados coletados contemplavam os objetivos traçados pela pesquisa e as categorias de análise previamente estabelecidas foram exaustivamente saturadas até o momento em que não surgiu nenhum elemento novo.

O CER de Campina Grande possui 12 fisioterapeutas atuando na assistência aos usuários. Destes 1 estava em licença médica e 2 foram excluídas por atuarem no serviço a menos de 6 meses. Já o CRMIPCD do município de João Pessoa possui 4 fisioterapeutas e os 4 profissionais foram entrevistados.

4.3. Pesquisa Qualitativa

Para a condução do componente qualitativo deste estudo foi construído um roteiro de entrevista semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas pelo pesquisador principal e o produto resultante foi submetido a análise de conteúdo do método de Bardin. As entrevistas foram sendo transcritas logo após a gravação, com tempo médio 1 dia e o tempo médio da entrevista foi de 15 minutos.

De acordo com Brito (2016), as entrevistas se consolidaram como o instrumento principal para a coleta e levantamento dos dados no campo da saúde no tocante a utilização do método qualitativo. A partir dessa estratégia, os sujeitos da pesquisa falam dos significados que eles associam às suas experiências acerca do fenômeno estudado, e o pesquisador, a partir desses dados, descreve e interpreta determinada realidade.

As entrevistas têm um caráter assimétrico, configurando a pesquisa de acordo com as particularidades da estrutura do fenômeno, modulando-a a partir do que lhes acontece na realidade, e não, em uma situação previamente idealizada e investigada pelos instrumentos fechados. Elaborar criteriosamente o roteiro da entrevista, visando garantir que ele seja capaz de gerar dados substanciados, fundamentados e informados pelo referencial teórico é sobremaneira importante. Caso contrário, os dados poderão não favorecer uma análise que atenda aos objetivos propostos (BRITO, 2016).

Nesse sentido a elaboração do roteiro da entrevista, o pesquisador introduz o tema, e o entrevistado tem a liberdade para discorrer livremente sobre o assunto e a questão apresentada, visando explorar amplamente as percepções. O pesquisador pode

interferir no momento da entrevista para dirigir as respostas que lhe interessam, com perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha afastado do tema ou sentido dificuldades de entendê-lo (BONI; QUARESMA, 2005). Para o presente estudo, o roteiro das entrevistas foi elaborado com base nos conceitos apresentados na tabela abaixo seguindo pontos abordados no Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde.

Tabela 3: Conceitos utilizados para a elaboração do roteiro de entrevista

Conceito	Autor	Descrição
Composição Técnica Trabalho	MERHY, FRANCO (2003)	Composição Técnica do Trabalho é a razão entre Trabalho Morto (são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho progresso para sua elaboração) e Trabalho Vivo (é o trabalho em ato, campo obrigatório das tecnologias leves)
Prescrição OPM	BRASIL (2019b)	A concessão de uma OPM deve ser pensada como um processo da construção do cuidado, sendo, portanto, papel de todos os pontos da RCPCD, o qual deve compor um programa estruturado de reabilitação. Ressalta-se que a escolha da OPM, deve se pautar nas necessidades individuais do usuário e em um processo sistemático de avaliação e acompanhamento, provido por uma equipe multiprofissional especializada. A prescrição da OPM, a necessidade e a indicação do tipo mais adequado ao usuário devem considerar diversos aspectos individuais para que a OPM ofereça maior independência e funcionalidade ao usuário, observando-se os critérios éticos preconizados para o atendimento de pacientes em consonância com a política de humanização do SUS
Prática Interprofissional		Congrega as ações colaborativas que devem estar previstas no trabalho em equipe, no trabalho compartilhado, nas trocas em ato no trabalho vivo e nas circunstâncias cooperativas e protegidas em busca da melhor conduta em cada caso, consideradas particularidades, singularidades e multiplicidades em saúde individual, coletiva e comunitária. A

		efetiva prática colaborativa amplia e qualifica o acesso e a coordenação dos serviços de saúde; promove o uso adequado de recursos clínicos especializados; melhora as condições de saúde dos pacientes; amplia a segurança dos usuários em serviços de saúde; diminui rotatividade de profissionais e aumenta a satisfação com o trabalho.
Acesso	BRASIL (2013)	A garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado relaciona à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Para isso, pode-se dispor: estabelecimento da RAS; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação; avaliação dos serviços oferecidos; definição do perfil epidemiológico dos territórios; avaliação da estrutura e dos recursos disponíveis e dos processos de educação permanente das equipes de saúde

Fonte: Autoria própria, 2022.

Para a análise dos dados qualitativos o material produzido pela transcrição foi lido, analisado em exaustão e submetido ao método de análise de conteúdo. Bardin (2012, p. 42) define análise do conteúdo como:

Um conjunto de técnicas das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O termo análise de conteúdo tem permeado pelos mais diversos campos de pesquisa a fim de analisar o material qualitativo levantado, seja este verbal ou não verbal. É uma técnica de análise que requer do pesquisador um rigor metodológico para aplicação da técnica.

A condução do método segue três etapas. A primeira etapa, pré análise, é formulada para sistematizar as ideias iniciais do referencial teórico, estabelecer o material a ser analisado (corpus de análise), é realizada uma leitura superficial e

elaborados os indicadores para a interpretação dos dados coletados. A segunda etapa, exploração do material, que consiste na construção dos elementos de codificação, considerando os recortes do texto em unidades de registros, as normas para a contagem das frequências e a classificação e organização dos registros nas categorias estabelecidas. A terceira etapa, tratamento dos resultados e interpretações, consiste em captar os materiais captados e categorizados e realizar inferências e interpretações respaldadas no referencial teórico (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016).

A análise do conteúdo foi conduzida por um olhar interpretativo dos dados, por meio dos seguintes passos de análise (BARDIN, 2012):

- a) Leitura dos materiais;
- b) Identificação e comparação das ideias e dos sentidos de cada resposta;
- c) Definição dos núcleos de sentido (significados atribuídos pelos sujeitos);
- d) Criação de hipóteses interpretativas.

Desse modo, foram elencadas as seguintes categorias de análise:

1. Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER
2. Fluxo e prescrição de OPM
3. Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER
4. Processo de Trabalho em Saúde

As entrevistas também foram submetidas a análise subsidiada pelo software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), utilizado para desenvolver análises estatísticas textuais. A análise utilizada nessa pesquisa foi a Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

4.4. Pesquisa Quantitativa

Para a condução do componente quantitativo do objeto de estudo optou-se pela aplicação de um questionário estruturado, onde apenas os participantes da etapa qualitativa responderam as questões. Dessa forma, todos os participantes da etapa qualitativa responderam ao questionário que tinha objetivo caracterizar a amostra do estudo com perguntas referentes de características de identificação, de formação do

profissional e do mundo do trabalho, sendo 09 participantes do CER IV de Campina Grande; 10 participantes da FUNAD e 04 do CRMIPCD.

Para Brito (2016), o questionário desenvolve-se com uma relação fixa de perguntas e respostas com uma ordem e uma redação invariáveis e estabelecidas para todos os entrevistados de modo a possibilitar o tratamento quantitativo dos dados. Comumente é denominada de questionário ou de formulário, porém o emprego do termo questionário é mais apropriado quando se referir a procedimento auto administrado, enquanto o formulário se associa ao preenchimento do instrumento por meio da entrevista face a face.

O questionário auto aplicado, utilizado neste estudo, apresenta como vantagem o fato de sua aplicação ser mais ágil e por apresentar um caráter mais privativo, quando comparado às entrevistas, o que potencializa a validade das respostas. A elaboração do questionário obedeceu às recomendações apontadas pela literatura especializada. Foram redigidas questões claras, neutras e adequadas para a população-alvo do estudo, que possibilitavam a fácil leitura e interpretação.

Para a apresentação dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva (frequência e percentual) dos dados levantados pelo questionário, calculados pelo *Microsoft Excel*[®] 2010. A tabela abaixo apresenta o panorama dos dados quantitativos

Tabela 4: Características dos dados quantitativos

Variável	Tipologia	Categorização	Tratamento
<i>Sexo</i>	Qualitativa dicotômica	Masculino Feminino	Frequência e percentual
<i>Idade (anos)</i>	Quantitativa intervalar	20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos 60 ou mais anos	Frequência e percentual
<i>Instituição de formação</i>	Qualitativa dicotômica	Pública Privada	Frequência e percentual
<i>Tempo de formação (anos)</i>	Quantitativa intervalar	Até 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos 16 a 20 anos 21 a 25 anos 26 a 30 anos	Frequência e percentual
<i>Curso de especialização</i>	Quantitativa intervalar	1 curso 2 cursos	Frequência e percentual
<i>Área da especialização</i>	Qualitativa	Neurofuncional Fisioterapia Córdio	Frequência e percentual

		Pulmonar Traumatologia Ortopedia Terapia Intensiva Saúde da Família Gerontologia Dermatofuncional Recursos Cinesioterapêuticos Quiropraxia Pilates Obstetrícia Educação Inclusiva	
<i>Residência</i>	Qualitativa dicotômica	Sim Não	Frequência e percentual
<i>Curso de mestrado</i>	Qualitativa dicotômica	Sim Não	Frequência e percentual
<i>Curso de doutorado</i>	Qualitativa dicotômica	Sim Não	Frequência e percentual
<i>Tempo de trabalho</i>	Quantitativa intervalar	6 a 48 49 a 96 97 a 144 145 a 192 193 a 240 241 a 288 289 a 336 337 ou mais	Frequência e percentual
<i>Tipo de vínculo</i>	Qualitativa dicotômica	Estatutário Prestador de serviço	Frequência e percentual
<i>Trabalha em outro local</i>	Qualitativa dicotômica	Sim Não	Frequência e percentual
<i>Tipo do outro trabalho</i>	Qualitativa politômica	Público Privado Público/Privado	Frequência e percentual
<i>Carga horária semanal no CER</i>	Qualitativa dicotômica	20 hs 30 hs	Frequência e percentual
<i>Renda (salário mínimo)</i>	Quantitativa intervalar	1 2 3 4 5 6	Frequência e percentual
<i>Número de atendimentos (turno)</i>	Quantitativa intervalar	3 4 5 6 7	Frequência e percentual

Fonte: Autoria própria, 2022.

4.5. Aspectos Éticos

Esse estudo teve seus aspectos éticos em pesquisa estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba registrado CAAE: 55073621.7.0000.5187, nº do parecer: 5.482.184.

A aplicação do questionário e as entrevistas foram realizadas de modo presencial nos CER e respeitaram as normas estaduais e municipais estabelecidos para prevenção da pandemia de COVID-19 em vigor no momento da coleta de dados. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, receberam uma cópia com as informações da pesquisa e contato do pesquisador para tirar dúvida ou questionar quaisquer eventualidades.

Dessa forma, os riscos podem ser considerados mínimos para os participantes da pesquisa, tais como tomar tempo dos participantes para participar da entrevista prejudicando a assistência aos usuários ou responder questões sensíveis ao participante da pesquisa que possam evocar sentimentos nunca revelados.

A fim de minimizar esses e outros possíveis riscos inerentes a participação da pesquisa, as entrevistas foram realizados em horários pré agendados com os profissionais dos serviços a fim de não prejudicar a assistência; para minimizar desconfortos, foi garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras durante as entrevistas; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro. O pesquisador assumiu a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto.

Assim, tem-se como benefícios proporcionar uma avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação e o processo de trabalho dos Fisioterapeutas que atuam nesses serviços e assim identificar as fragilidades e potencialidades, propondo melhorias na organização e funcionamento desse serviço, a fim de melhorar a assistência à saúde das pessoas com deficiência.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

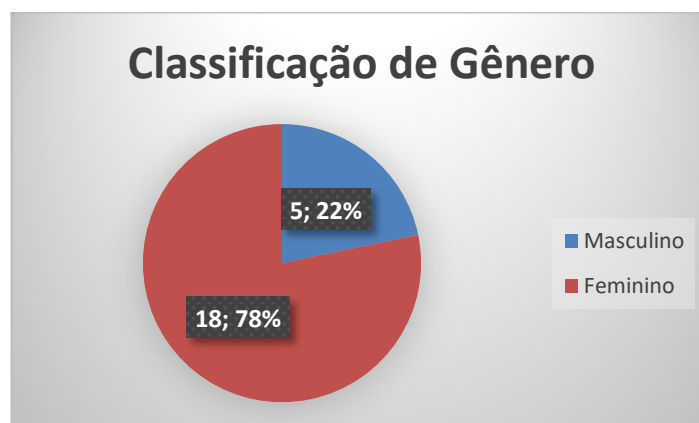
5.1. Caracterização da Amostra

A partir do questionário aplicado com os fisioterapeutas dos três CER pesquisados encontramos os seguintes dados:

O gráfico 4 apresenta a divisão entre gêneros, onde se observa uma predominância do gênero feminino. Os dados aqui encontrados corroboram com outras pesquisas desenvolvidas. Lima (2019) e Barbosa *et al* (2019) mencionam que a feminização da saúde está muito relacionada com a maior inserção das mulheres no ensino superior e no mercado de trabalho em geral, especialmente a partir da década de 1970. Além disso, a construção social do feminino ocorre sobre o relevante papel cuidador da mulher na sociedade, o que as direciona especialmente para profissões da área da saúde. Esses contextos suscitam reflexões para a sociedade e o Estado, no tocante a valorização da mulher, no âmbito de uma sociedade que possa ser estruturada com maior equilíbrio diante da inserção, desempenho e remuneração.

Segundo os dados do Censo da Educação Superior (2022), em 2020, entre os 20 maiores cursos em número de matrículas, verificou-se que 15 têm maior presença feminina e destes 8 eram da área da saúde. No que diz respeito a fisioterapia, 76,9% das matrículas foram realizadas por mulheres.

Gráfico 4: Relação de gênero entre os fisioterapeutas entrevistados



Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

No que diz respeito a faixa etária dos profissionais, a Tabela 5 demonstra predominância da faixa etária entre 40 a 49 anos. No estudo de Camargo (2021) que avaliou o perfil dos prescritores de cadeiras de rodas, observou que a maior faixa etária esteve entre 37 a 44 anos, representando 35 % dos participantes, seguido da faixa etária de 30 a 37 anos, com 33,3% do total. Ainda neste estudo, foi observado que 75% dos participantes eram do sexo feminino, corroborando com a feminização da saúde.

Tabela 5: Faixa etária dos fisioterapeutas

Característica	Amostra	
	N	%
Idade (anos)		
20-29	3	13,04%
30-39	8	34,78%
40-49	10	43,47%
50-59	2	8,69%
60 ou mais	0	0%
Total	23	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

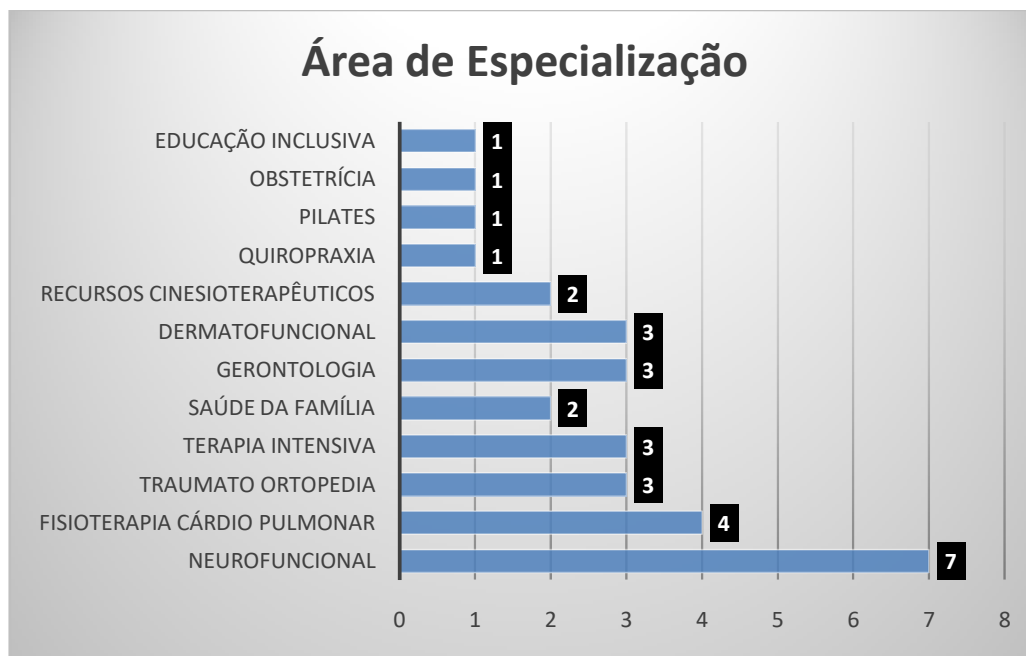
Na Tabela 6 observamos o perfil de formação dos fisioterapeutas. Observa-se uma predominância da formação em Instituições de Educação Superior na categoria administrativa privada, com 65,21% do total. Ainda segundo o Censo da Educação (2022) no Brasil há 2.457 IES, sendo 2.153 particulares e são ofertados 6.527 cursos na área da saúde nos quais 86,76% são oferecidos por IES privadas. Nesse sentido, a oferta de vagas para a formação de profissionais em IES privadas supera em muito às públicas, o que é observado nesse estudo.

Sobre o tempo de formação, observa-se uma distribuição de 6 a 20 anos. A fisioterapia é uma profissão recente, cuja regulamentação, enquanto profissão de nível superior aconteceu em 1969 com o decreto-lei 938. Siqueira (2019) ao estudar um CER no município de Maceió-AL, encontrou o tempo de formação dos profissionais de 10 a 38 anos, com tempo médio de 16,9 anos, o que corresponde aos dados encontrados.

Sobre às pós-graduação realizadas pelos profissionais, no que se refere aos cursos de especialização 95,65% do total realizaram ao menos um curso. No gráfico 5, está esquematizado as áreas de formação dos cursos realizados. No que se refere aos cursos de mestrado, apenas 1 profissional (4,35%) possuía a titulação, na área de saúde pública. Nenhum profissional realizou residência ou doutorado. Por se tratar de um

serviço assistencial, a procura por cursos que instrumentalize a prática profissional são mais requisitados. Esses dados diferem do apresentado por Siqueira (2019), onde 55% realizaram especialização e 45% tinham o título de mestre.

Gráfico 5: Áreas dos cursos de especialização



Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Sobre a formação complementar realizado nos últimos dois anos, percebe-se uma pequena participação em congressos (21,74%). Esse fato pode ser explicado pela pandemia do Covid-19 que limitou a realização de eventos que aglomerassem muitos participantes. Os cursos de qualificação com carga horária de até 100 horas foram realizados por pouco mais da metade dos participantes.

Tabela 6: Dados da formação complementar

Característica	Amostra	
	N	%
Instituição de formação		
<i>Pública</i>	8	34,79%
<i>Privada</i>	15	65,21%
Total	23	100%
Tempo de formação (anos)		
<i>Até 5</i>	2	8,70%
<i>6 a 10</i>	6	26,09%
<i>11 a 15</i>	5	21,74%
<i>16 a 20</i>	6	26,09%

<i>21 a 25</i>	2	8,70%
<i>26 a 30</i>	2	8,70%
Total	23	100%
Curso de especialização <i>lato sensu</i> concluído	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Não Realizou</i>	1	4,35%
<i>1 curso</i>	13	56,52%
<i>2 cursos</i>	9	39,13%
Total	23	100%
Participação em Congressos	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	5	21,74%
<i>Não</i>	18	78,26%
Total	23	100%
Cursos de Qualificação	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sim</i>	12	52,17%
<i>Não</i>	11	47,83%
Total	23	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

Os dados referentes ao perfil de atuação profissional dos participantes da pesquisa estão apresentados na Tabela 7. O maior percentual dos profissionais (39,13%) atuavam no serviço de 6 meses a 4 anos e o vínculo empregatício predominante é a prestação de serviço.

Machado e Neto (2018) destacam que após o surgimento do SUS, houve uma expansão dos serviços de saúde no Brasil com a marca da multiprofissionalidade. Acompanhando esse crescimento e geração de novos postos de trabalho há problemas estruturais persistentes, especialmente na gestão do trabalho, como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do vínculo de trabalho e terceirização dos serviços de saúde. Esses fatores geram insegurança no trabalhador proteção inadequada em caso de demissão e insegurança de renda, fruto da baixa remuneração e ausência de expectativa de melhorias salariais.

Girardi et al (2010) observaram que critérios de existência de proteção social (vínculo de trabalho - RJU ou CLT); cobertura legal (plenitude dos direitos trabalhistas e previdenciários) e vigência temporal indeterminada dos contratos (regras de terminação dos contratos/vínculos estatutariamente definidas) são características que definem um trabalho com contrato plenamente protegido do ponto de vista formal. Os

contratos de prestação de serviço com a administração pública criados em razão de excepcional interesse público, são em geral, contratos desprotegidos devido a fragilidade das relações de trabalho já descritas.

Nota-se nessa pesquisa que 73,91% dos trabalhadores estão enquadrados em vínculos de trabalho precarizado, o que é um fator preocupante para os trabalhadores que atuam nos CER.

No que se refere a renda, 65,21% dos entrevistados relataram receber entre 2 e 3 salários-mínimos (renda entre R\$ 2.424,00 e R\$ 3.636,00) e que 22 entrevistados (95,65%) atuam em outros serviços, seja este público (31,82%), privado (59,09%) ou público/privado (9,09%).

Segundo o DIEESE (2022), o salário-mínimo nominal em setembro de 2022 é de R\$ 1.212,00. Contudo, este mesmo departamento aponta que o salário-mínimo ideal para o mesmo período deveria ser de R\$ 6.306,97. Ao comparar a renda média dos profissionais entrevistados e o valor ideal, percebemos a necessidade que o trabalhador tem em ter mais de um vínculo profissional.

Ao analisar a carga horária despendida, a maioria dos profissionais 65,22% atuam 30 horas por semana no CER. Esse valor é o máximo estabelecido para a categoria profissional do fisioterapeuta segundo a Lei 8.856/94. Para a quantidade de atendimentos por turno, a maioria dos profissionais (73,92%) relatam atender entre 5 e 6 pacientes por turno de atendimento. A Resolução COFFITO nº 444 de 2014 estabelece que os profissionais fisioterapeutas que atuam serviços ambulatoriais especializados devem atender até 8 pacientes por turno e de forma individualizada. Essa resolução tem sido cumprida pelos trabalhadores do CER.

Tabela 7: Perfil de atuação no CER

Característica	Amostra	
Tempo de trabalho (meses)	N	%
6 a 48	9	39,13%
49 a 96	6	26,09%
97 a 144	3	13,04%
145 a 192	3	13,04%
193 a 240	1	4,35%
241 a 288	0	0%
289 a 336	0	0%
337 ou mais	1	4,35%
Total	23	100%

Tipo de vínculo	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Estatuário</i>	6	26,09%
<i>Prestador de Serviço</i>	17	73,91%
Total	23	100%
Trabalha em outro local	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	22	95,65%
Não	1	4,35%
Total	23	100%
Tipo do outro trabalho	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Público</i>	7	31,82%
<i>Privado</i>	13	59,09%
<i>Público/Privado</i>	2	9,09%
Total	22	100%
Carga horária semanal no CER	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>20 hs</i>	8	34,78%
<i>30 hs</i>	15	65,22%
Total	23	100%
Renda (salários mínimos)	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>1</i>	1	4,35%
<i>2</i>	7	30,43%
<i>3</i>	8	34,78%
<i>4</i>	2	8,70%
<i>5</i>	3	13,04%
<i>6</i>	2	8,70%
Total	23	100%
Número de atendimentos (turno)	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>3</i>	2	8,70%
<i>4</i>	3	13,04%
<i>5</i>	6	26,09%
<i>6</i>	11	47,83%
<i>7</i>	1	4,35%
Total	23	100%

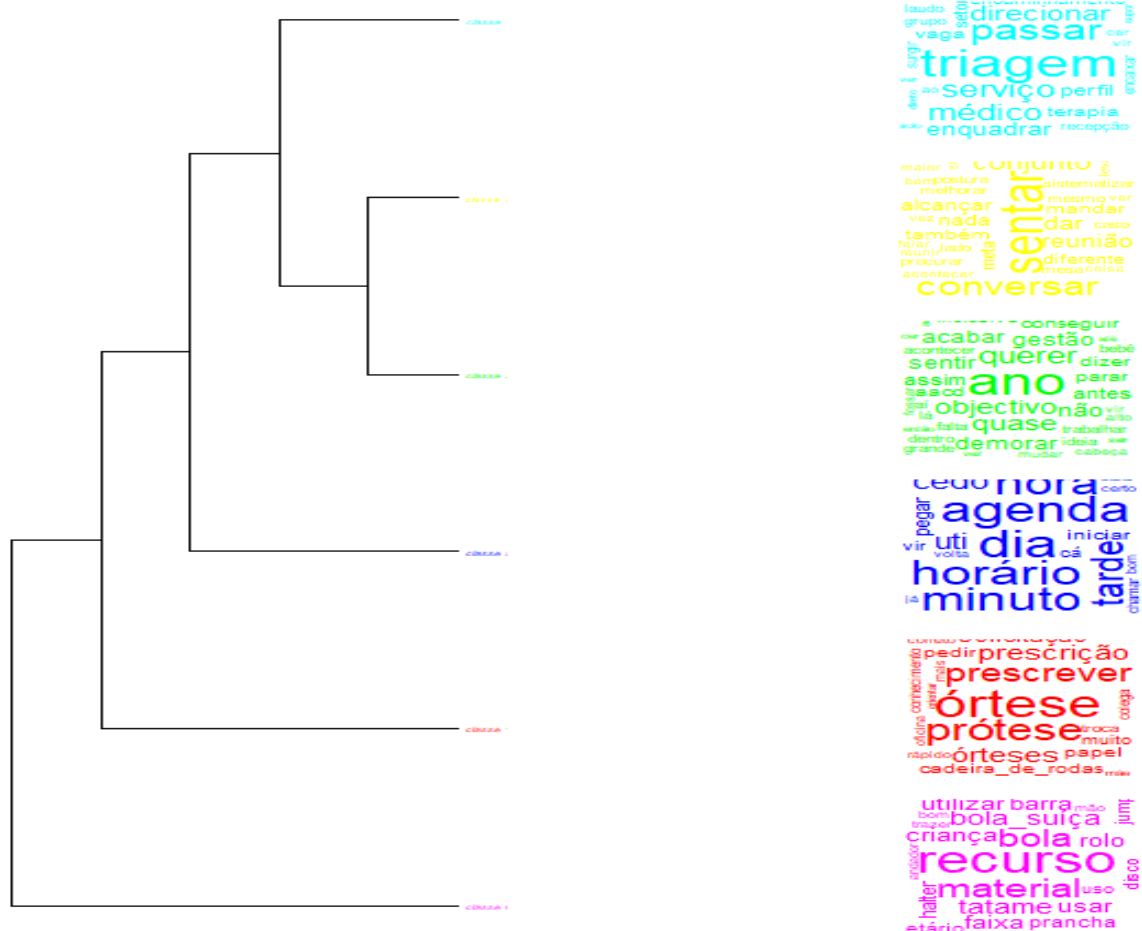
Fonte: Dados da Pesquisa, 2022.

5.2. Análise do IRAMUTEQ

O corpus textual, analisado a partir da CHD, foi dividido em 442 Segmentos de Texto (ST), relacionando 2199 palavras que ocorreram 17.978 vezes. A CHD reteve 81,00% do total de ST, gerando seis classes. Desta forma, a partir da análise da CHD por meio do corpus, o software esquematizou no formato de dendograma das classes.

A classes foram organizadas segundo as categorias pré-estabelecidas, sendo a classe 1 (17,6%) pertencente a categoria Fluxo e Prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção; a classe 2 (18,2%) a categoria Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER; a classe 3 (14,2%), as categorias Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER e Processo de Trabalho em Saúde; a classe 4 (20,4%) a categoria Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER e as classes 5 (13,7%) e 6 (15,9%) a categoria Processo de Trabalho em Saúde.

Figura 3: Nuvem de Palavras do Dendograma das classes obtidas a partir da análise do corpus



Fonte: Software IRAMUTEQ

Figura 4: Dendograma das classes obtidas a partir da análise do corpus



Fonte: Software IRAMUTEQ

5.3. Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER

No que diz respeito ao acesso e fluxo para o processo de habilitação/reabilitação a legislação pertinente para a estruturação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, bem como a normatizadora do funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação, revelam que uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado.

Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de diferentes pontos da rede de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado (BRASIL, 2020).

Somado a essas iniciativas é necessário ofertar cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; promover a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção, observando características específicas e indispensáveis à garantia da equidade, quais sejam: acessibilidade; manejo clínico adequado (medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual); garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes e promover a participação social (BRASIL, 2020).

Nessa pesquisa objetivou-se investigar o fluxo assistencial estabelecido nos CER para a reabilitação física, desde o encaminhamento da atenção básica até o contato com o profissional fisioterapeuta. A fim de cumprir com este objetivo, foram realizadas questões sobre o fluxo assistencial estabelecido em cada CER; as etapas percorridas pelos usuários; o tempo médio que este levava em cada uma dessas etapas e se o profissional entrevistado percebia fragilidades e a necessidade de mudanças no fluxo.

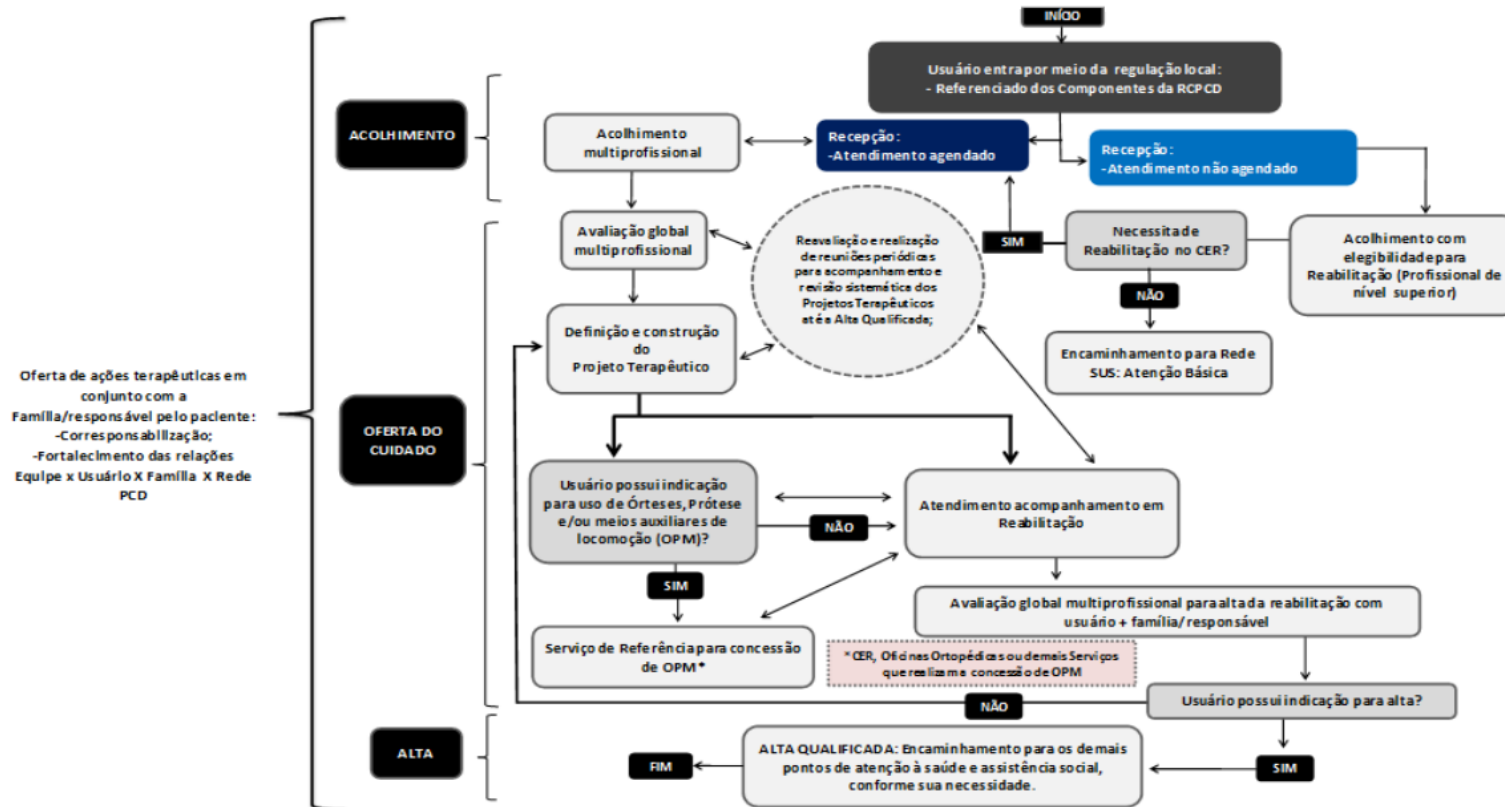
A partir das informações levantadas, foi possível construir um fluxograma analisador de cada CER. Este tem como objetivo investigar a produção do cuidado dentro das Redes de Serviços da Saúde e dentro dos próprios serviços de saúde. A ferramenta proposta por Franco e Merhy (2012) chamada de fluxograma analisador. O fluxograma consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho, publicizando-os,

cartografando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe para analisar o modelo assistencial (REIS; DAVID, 2010).

Os símbolos utilizados no fluxograma são padronizados. A representação gráfica dos símbolos básicos desde a entrada e saída no processo são as elipses; os momentos nos quais se realizam etapas importantes de trabalhos na cadeia produtiva, com consumo de recursos e produtos bem definidos, bem como as ações desenvolvidas, são representados por retângulos e a mediação entre estas etapas é representada pelos losangos que representam, os momentos de decisão em relação às opções disponíveis e as ações desenvolvidas no processo (REIS; DAVID, 2010)

O Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual - Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas (BRASIL, 2020) apresenta uma proposta de fluxograma para a organização da regulação interna dos CER. Este é dividido em três etapas: 1) acolhimento, que inclui a regulação para acesso ao serviço e o acolhimento multiprofissional; 2) oferta de cuidado, onde é feita a avaliação multiprofissional que é o ponto disparador para a construção do PTS e definição do atendimento em reabilitação e 3) alta, que preconiza a alta qualificada, onde o PTS é revisado e o processo de reabilitação no CER é finalizado e o usuário é encaminhado para outros pontos da RCPCD. Abaixo é demonstrado o fluxograma do Instrutivo de Reabilitação:

Figura 5: Fluxograma Norteador - Acolhimento e atendimento no Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica



Fonte: Brasil, 2020

A partir desse fluxograma, buscou-se construir o percurso que o usuário transita em cada um dos CER participantes desse estudo para ter acesso a reabilitação física prestada pelas equipes de fisioterapia.

Na FUNAD, as entrevistas permitiram a construção do fluxograma:

“Como qualquer outro serviço daqui, não é falando especificamente da fisioterapia, ele passa por uma triagem. Quando ele chega no CAD, que é o serviço de início, ele vai agendar os primeiros momentos, que agora no período da pandemia tem sido agendado até pelo WhatsApp. Depois desse serviço ele é encaminhado para o setor de triagem que é a CORDI e lá ele começa todo um processo que ele passa por várias especialidades, tem fisio, cardio, neuro, ortopedista, assistente social, psicólogo. Ele passa por cada um e daí eles fecham, enquanto equipe, um laudo. Desse laudo ele vai ser direcionado para os serviços que eles acham que o paciente está necessitando. A maioria deles vem para a fisioterapia”. (P8)

“Ele faz a triagem na CORDI, no setor de triagem e a CORDI direciona de acordo com a avaliação interdisciplinar de lá para qual setor o paciente deve ir. Ele chega aqui, a gente faz a avaliação”. (P3)

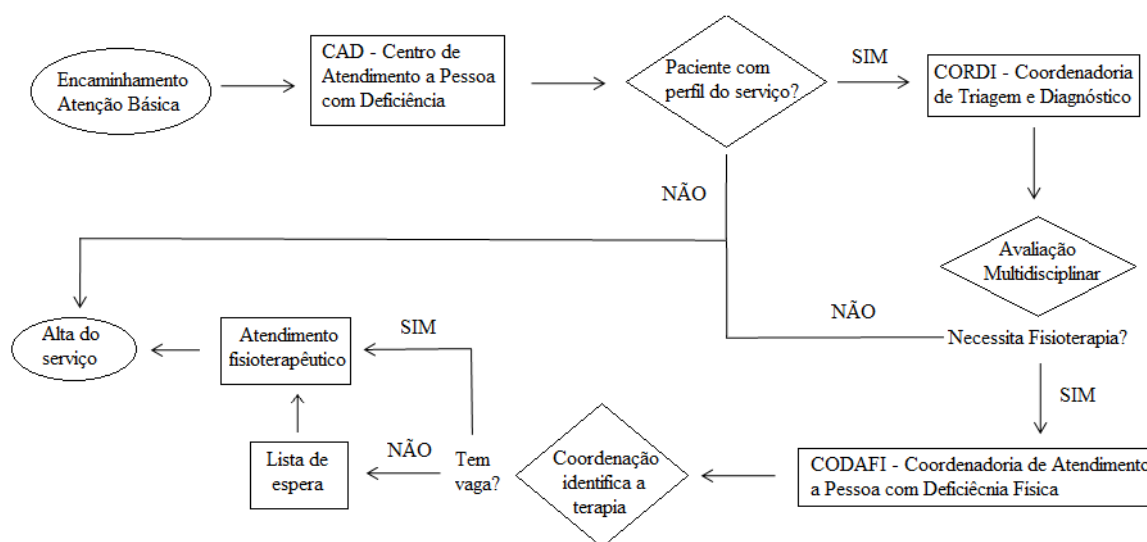
“Ele depois de passar pela triagem do serviço ele é encaminhado para o serviço da CODAFI e na CODAFI, a coordenação faz uma pré-triagem para saber qual a melhor terapia para atender esse paciente, porque aqui tem a pediasuit, tem a fisioterapia convencional e tem a hidroterapia, além de ver o perfil do reabilitador”. (P2)

“Ele chega, vai para a CORDI que é lá no térreo e lá na CORDI ele faz uma triagem. Ele passa pelos médicos, fisioterapeutas, eu acho que psicólogo também, assistente social, eu acho que todos ou a maioria das profissões que estão aqui. Psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, médico, ele passa por cada um e eles fazem uma avaliação e vê a patologia e tudo bem direitinho. Aí eles mandam aqui para a CODAFI e aqui a coordenação distribui entre os profissionais, quem tem o horário eles colocam para a gente e a gente faz a avaliação e cada um cuida do seu paciente, resumidamente é assim o caminho”. (P4)

“Os usuários são triados no setor embaixo da CORDI. Eles passam por uma avaliação lá embaixo; passa por um médico e pelo fisioterapeuta funcional lá

embaixo e aí eles veem a necessidade desse paciente precisar ou não. No caso a maioria das vezes os pacientes de estimulação precoce ou que precisa de alguma reabilitação assim que é vista essa necessidade no setor lá embaixo da CORDI eles são encaminhados para aqui, a CODAFI. Caso precise de reabilitação a nossa coordenadora segue com os agendamentos seja para a fisioterapia motora, seja para neurologia, para terapeuta ocupacional, psicologia ou fisioterapia respiratória que é o meu caso”. (P5)

Figura 6: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia na FUNAD



Fonte: Dados da pesquisa - entrevistas, 2022

Para o CER do município de Campina Grande, temos o fluxograma organizado da seguinte forma:

“Com o encaminhamento do médico e com todas as documentações, ele vem diretamente aqui no serviço e marca na recepção. Eu acredito que aqui em Campina Grande é o único serviço que trabalha assim. Geralmente eles pegam encaminhamento com o médico e vão para a Secretaria de Saúde para marcar, mas aqui é diferente, eles pegam encaminhamento e vem diretamente para o serviço e marca na recepção”. (P1)

Bem, com todas as documentações, ele marca na recepção uma pré-triagem. Ela é feita com enfermeiro e assistente social, a princípio. Com isso, é feita essa avaliação para ver se ele é um paciente desse serviço, para saber se ele se enquadra

nesse serviço. Se ele se enquadrar, ele vai para uma avaliação global, onde é visto por todos os profissionais. Passa pela avaliação com o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o psicopedagogo, o nutricionista, o fonoaudiólogo... eu posso estar esquecendo algum, mas são todos os profissionais das terapias que fazem parte dessa avaliação global. É feita a entrevista com o paciente, vê a história do paciente, da patologia e encaminha para todas as terapias que ele se enquadrar. Aí, nesse caso, ele vai para a lista de espera. Se não tiver paciente na espera, ele já vai direto para a terapia e é marcado avaliação com o fisioterapeuta de forma individual. (P1)

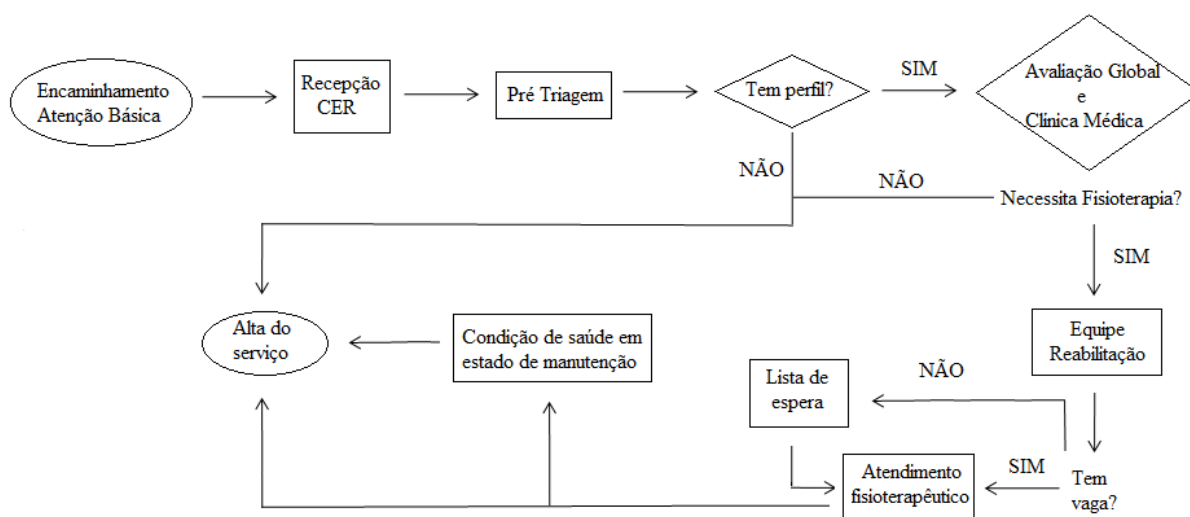
O paciente vem, traz os documentos e faz o cadastro. Ele é convocado para a pré-triagem, onde tem geralmente o assistente social e a enfermeira, e dali já vê se esse paciente pelo menos se encaixa no perfil de paciente neurológico. Se sim, ele é encaminhado tanto para avaliação global, quanto para as partes clínicas, que são os médicos. A partir da avaliação global, os médicos fazem a solicitação das terapias para os pacientes, se eles vão precisar ou não de fisioterapia ou outra terapia que existe aqui no serviço (P2)

Ele passa por todo um processo. Ele vai para a triagem, depois para o médico e para avaliação global. Da avaliação global ele é enviado para a fisioterapia. Aí tem a lista de espera. O normal é a gente ir nessa lista de espera, se você tem vagas, um horário disponível, e chamar o paciente que está em primeiro lugar dessa lista. Aí a gente chama aqui para o setor, faz a avaliação dele (P5)

O serviço tem uma triagem que a gente chama de global. Lá na frente, na recepção, eles são direcionados para essa triagem. E na global tem um profissional de cada setor, tem um fisio, terapeuta ocupacional, psicólogo, cada profissão que está disponível. Eles estão alocados no mesmo ambiente para fazer a avaliação desse paciente. Então lá na frente que os pacientes são direcionados, se eles precisam de um atendimento fisioterapêutico ou não. Eles são indicados a cada setor que eles vêm que tem necessidade. Então fica nessa lista de espera. A gente quando surge a vaga, quando dá alta ao paciente ou transfere um paciente para outro local, que surge vaga na nossa agenda eles colocam o pessoal da lista de espera, o paciente que estiver na vez na nossa agenda. E aí, ligam e marcam para a semana seguinte, para eles virem para cá. E quando eles vêm, eles vêm direto para o setor da fisioterapia. E aqui a gente faz a avaliação para concretizar se o paciente fica, se realmente é um paciente que se enquadra no serviço de reabilitação (P6)

Nesse sentido, o esquema do fluxograma pode ser representado da seguinte forma:

Figura 7: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia no CER IV - Campina Grande



Fonte: Dados da pesquisa - entrevistas, 2022

No que se refere ao CRMIPCD, temos:

“Aqui é um praticamente um serviço de porta aberta onde paciente precisa trazer um encaminhamento com laudo atestando a deficiência e ser menor de 18 anos. Ele passa por uma triagem e a gente verificando que ele vai precisar de um atendimento de fisioterapia, tendo vaga, ele já é inserido na grade de atendimentos. Então existem essas duas etapas, a primeira é a triagem e a segunda é vaga no atendimento [...] São os mesmos profissionais que atendem durante a semana que participam dessa triagem; não tem uma equipe específica para isso”. (P1)

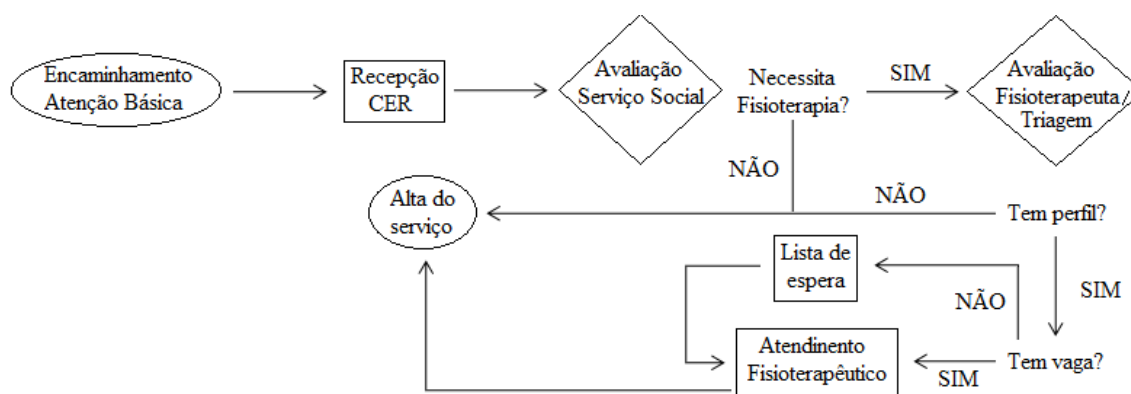
“Existe uma triagem que ela é mensal já do próprio serviço onde ele passa pelo médico e demais profissionais que veem a necessidade de fazer atendimento da Fisio. Nesse dia da triagem ele vai passando ele vai fazer na avaliação mediante nossa ficha de acordo com a necessidade de fisioterapia ou não. A gente admite e vai ser remanejado para algum colega que tem vaga. Essa é a estratégia do serviço que na sexta-feira pela manhã ele passa pelo médico e passa por todos os

profissionais e faz o laudo para ver qual é a patologia. Então vê as terapias que ele vai precisar para que ele possa ser atendido por aquela profissão porque às vezes o paciente não precisa de fono, não precisa de fisio e aí tem que ver todas as terapias que realmente ele precisa aqui no centro. Eu não sei as outras partes, eu sei que chega para mim aquele paciente para avaliar a parte da fisioterapia. Eu não sei as outras profissões, mas eu faço de forma individual a parte da fisioterapia”. (P3)

“Primeiro ele passa pelo serviço social onde faz toda aquela primeira ficha, aquele primeiro contato e depois ele vai ser distribuído para os profissionais. Cada profissional usa a ficha de avaliação para ver se o paciente se encaixa no perfil do serviço. Eu acho que precisaria de uma reformulação, porque a gente vê que tem um monte de casos que poderiam vir para a gente da fisioterapia e é passado despercebido. A gente já começou a notar isso, que vai para os outros profissionais, mas não pra fisio. Se fosse um pouco mais amarradinho seria melhor”. (P4)

Nesse sentido, o esquema do fluxograma pode ser representado da seguinte forma:

Figura 8: Fluxograma Analisador para acesso a Fisioterapia no CRMIPCD - João Pessoa



Fonte: Dados da pesquisa - entrevistas, 2022

Ao analisarmos os fluxos estabelecidos pelos serviços para o usuário ter acesso a reabilitação física oferecida pelos profissionais fisioterapeutas está próximo ao que é preconizado pelo Instrutivo do Ministério da Saúde no que diz respeito ao acolhimento.

Todos os serviços têm o acesso por demanda livre, ou seja, o usuário com o encaminhamento da Atenção Básica pode ir diretamente ao serviço e agendar a pré-

triagem. Essa forma de acesso difere do proposto pelo instrutivo, que deve ser feito pela regulação. Além disso, como visto no CRMIPCD a avaliação global ocorre de forma individualizada, cada profissional, de forma isolada, avalia o usuário e se achar necessário o admite no serviço de fisioterapia. Esse tipo de avaliação limita um olhar integral sobre o sujeito, incidindo em um cuidado fragmentado e fragilizado.

Clemente (2022) realizou uma avaliação de um CER no município de Caicó/RN a partir do Instrutivo em duas oficinas com os profissionais. Ao analisar o fluxograma percebeu que os usuários têm acesso do mesmo modo que o instrutivo, via regulação. Porém, uma das propostas de reformulação do fluxograma é de que pacientes elegíveis (que tem perfil para serem atendidos pelo CER) que não estivessem regulados pudessem ser admitidos pelo CER, facilitando dessa forma o acesso ao serviço.

Bom (2020) ao estudar o acesso de pessoas com deficiência a um centro especializado em reabilitação do extremo sul catarinense, observou que o tempo mediano que a Atenção Primária levou para agendar o acolhimento no CER foi de 3 dias (intervalo interquartil 2-10) e o tempo mediano entre o encaminhamento e o acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação foi de 25 dias (intervalo interquartil 15-30). Desse modo, o usuário leva em torno de 28 dias para ser encaminhado da Atenção Básica e realizar o acolhimento no CER. Quando o usuário tem a porta aberta para marcar o acolhimento, não precisando passar pelo sistema de regulação formal esta barreira é diminuída.

O funcionamento dos serviços por demanda espontânea é característica da Atenção Básica, onde o usuário apresenta uma demanda específica e procura uma unidade de saúde para ter sua necessidade atendida (FARIA, CAMPOS, 2012). A forma de organização dos CER estudados ser por demanda livre minimiza um problema apontado por Tesser e Neto (2017) que é a geração de filas de espera por consulta com especialistas, dificultando a coordenação do cuidado. Mas, como evitar um problema comum observado na Atenção Básica por demanda espontânea que é demanda excessiva?

O Instrutivo de Reabilitação e (2020) e Tesser e Neto (2017) apontam o matriciamento como alternativa para esse enfrentamento. O CER deve oferecer apoio matricial às equipes das Unidades Básicas de Saúde e aos NASF a fim de complementar aos mecanismos de referência e contra referência, protocolos, sendo um modo de organização de fluxos negociados e equitativos ao cuidado especializado.

Outro elemento que está presente no Instrutivo de Reabilitação (2020) e apontado por Faria e Campos (2012) é o acolhimento, que deve garantir a ampliação do acesso; permitir a humanização do atendimento, através da criação de espaços destinados à escuta; garantir atenção resolutiva por meio de escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores, e o uso de tecnologias adequadas, ampliando a efetividade das práticas de saúde.

Um ponto que surgiu durante as entrevistas pelos participantes da pesquisa foi o tempo de espera entre a avaliação multiprofissional/global e o início da reabilitação pela equipe de fisioterapia, conforme vemos:

“Quando é bebezinho eu sei que é mais rápido. Como eu não pego bebezinho, os meus pacientes são poucos maiores, a partir de 2 anos, aí é um pouco mais demorado. Mas assim quando é bebezinho quando termina a triagem eles já estão fazendo aqui, mas comigo é um pouco mais demorado, mas eu não sei exatamente os dias ou meses não”. (P2 - FUNAD)

“A gente tem uma lista de espera bastante grande. Eu não sei como é que está agora, porque é quando eu vim trabalhar aqui há quase 12 anos era uma lista imensa que foi realmente zerada. Teve uma época que essa lista foi zerada, mas agora eu não sei, pois devido à pandemia e uma série de coisas eu acredito que tenha uma lista grande. Com a pandemia a gente ficou sem atender então deve ter uma lista boa, eu não sei lhe dizer. Eu acredito de lá para cá da CORDI para a CODAFI não deve ser muito demorado porque lá é só a triagem. É aqui que ele é atendido mesmo. A coordenação tem que procurar um profissional que esteja com horário disponível e que também trate daquele tipo de patologia, porque tem paciente aqui, por exemplo, criança eu não atendo. Tem profissional aqui que só atende crianças, que não atendem adulto. Então aqui demora por isso”. (P4 - FUNAD)

“Eu não sei dizer em exato porque aqui a gente tenta colocar esses pacientes de estimulação precoce o mais rápido possível em atendimento. A gente sabe que precisa trabalhar naquela janela de zero a 3 anos. Então esses pacientes precisam chegar aqui o quanto antes. Então quando chega muito bebezinhos a coordenação tem esse cuidado de encaminhar o mais rápido possível para iniciar a estimulação, só que infelizmente é um setor público e você sabe a gente tem uma demanda muito grande de pacientes crônicos e a gente tem uma lista de espera também

muito grande. Mas aqui é assim quando nós fomos orientados a reabilitar e dar alta o mais precocemente possível e com qualidade para que a gente possa chamar essa lista de espera o mais rápido”. (P5 - FUNAD)

“Eles esperam muito. Tem paciente que espera 2 a 3 anos para ser atendido. Tem paciente que está sendo atendido e que não quer sair. Então assim, eu acho que a fisioterapia ela tem um tempo, você sabe que aquele paciente não vai sair daquilo, então se você conseguir o máximo com aquele paciente você poderia trocar, entendeu? Dar alta e chamar outro para eles não ficarem tanto na fila de espera” (P6 - FUNAD)

“Tem vários pacientes que vem para a global e passam anos sem conseguir entrar no serviço de forma efetiva. Fica mais na parte clínica, na parte médica, mas não chega nos outros cantos. E tem outros pacientes que vão para a global essa semana e quando é na semana seguinte já estão inseridos nas agendas dos profissionais. Então, há uma desorganização onde alguns pacientes são privilegiados e outros não. Eu não sei como é feito essa lista de espera, mas infelizmente, é assim que acontece”. (P4 - CER IV CG)

“Porque é o que a gente tem visto que tem muitos pacientes que estão perdidos na agenda. Paciente que já tem mais tempo que passaram por avaliação global e que não foram chamados e pacientes que entraram há pouco tempo e que entram. Isso ou por falta de comunicação da recepção com a fisioterapia ou às vezes a gente tenta ligar para aquele número que eles forneceram e a gente não consegue. Aí passa a vez e a gente acaba chamando um paciente mais recente. Aí depois daquele paciente que estava lá atrás diz: por que você não me chamou? Porque houve esse problema de comunicação. Aí acontece muito isso, deixa a desejar por essa causa porque era para a gente puxar lá de trás os pacientes que estão precisando e não acontece. Às vezes a gente acaba colocando o paciente mais recente”. (P5 - CER IV CG)

Conforme o Instrutivo de Reabilitação (2020) uma das prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário à atenção à saúde em tempo adequado. Para tanto a integração de diversos mecanismos devem propiciar a qualidade da assistência em tempo oportuno, a saber: linha de cuidado integral com a integração dos diferentes pontos da RAS; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento e definição de

fluxos assistenciais. Na medida em que alguns desses mecanismos operam de forma deficitária, a garantia do acesso no tempo adequado se torna prejudicada.

Bom (2020) apresenta que o tempo mediano entre o usuário ser acolhido no CER e iniciar a terapia é de 39 dias (intervalo interquartil 20-50). Desse modo, o tempo entre o usuário ser encaminhado pela atenção básica e conseguir ter a consulta no CER agendada (3 dias), a data do agendamento e o acolhimento (25 dias) e do acolhimento para iniciar as terapias (39 dias) dando um total de 67 dias de espera. O autor destaca que a demora em ser atendido é um dos principais motivos de insatisfação dos usuários com os serviços de saúde.

Bom (2020) observa que o tempo de espera por atendimento que pode ocorrer no CER pode sim ser um complicador para o acesso, haja vista que os usuários podem cronificar seu quadro de doença nesse período e, conseqüentemente, ter sua funcionalidade futura prejudicada. Tesser e Neto (2017) acrescentam que a retenção desnecessária de pacientes e, por conseguinte, a geração de filas de espera para especialistas, dificulta o vínculo com os diferentes pontos da RAS e a integralidade e coordenação do cuidado.

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

Diante do exposto fica evidente que, apesar dos avanços com as políticas de saúde voltadas para as pessoas com deficiência, o acesso aos serviços, assistência precária e recursos insuficientes ainda se constituem como problemas para esse público (CLEMENTE, 2022). Assim, as atuações articuladas e integradas entre os diferentes elementos da atenção em saúde devem produzir arranjos capazes de minimizar as filas de espera, como também de promover a melhora da condição de saúde das pessoas com deficiência, desenvolver a autonomia dos usuários em relação ao cuidado com si mesmos e servir como modelo positivo de articulação da RAS (FREIRE, *et. al*, 2020).

Ao analisar as falas dos profissionais percebemos que a forma de organização do fluxo está dividida em três perfis de paciente: 1) intervenção precoce, que congrega pacientes menores de 3 anos que possuem potencial de evolução do quadro da deficiência e 2) pacientes agudos, que envolvem principalmente patologias adquiridas

em estágio inicial da evolução do quadro de deficiência e possuem potencial alto de recuperação funcional e 3) pacientes crônicos, que possuem patologias em seu quadro com pouco ganho funcional. A ordem de chamada dos pacientes da fila de espera segue essa ordem, sendo assim, pacientes que estão em um quadro crônico tem pouco espaço para conseguir o atendimento, permanecendo mais tempo na espera da reabilitação (BRASIL, 2020).

Um nó crítico levantado por alguns profissionais está relacionado com o processo de triagem na avaliação global, onde pacientes que não se enquadram no perfil de atendimento do CER, que tem suas ações voltadas para reabilitação de pacientes com deficiência que tem possibilidades de evolução do quadro clínico de saúde são direcionados para o serviço de fisioterapia, como vemos:

“Assim, a gente vê que tem alguns pacientes usuários que sobem para aqui que não tem indicação. Então a avaliação lá de baixo deveria ser mais específica porque às vezes pacientes sobem para cá apenas para prescrever uma órtese, quando lá na triagem já poderia ter sido feito. Eu acho que a principal falha lá está no setor de triagem”. (P3 - FUNAD)

“Se funcionasse da forma como deveria funcionar seria ótimo, seria excelente. Porque que lá na pré-triagem mesmo, por exemplo, não é paciente de perfil. Para que então, encaminha para o serviço? Como nós somos um centro de reabilitação e não um centro de manutenção, então, tipo, se vê que é um paciente que, vamos supor, é um AVC de 8 a 10 anos. A gente sabe que é um paciente que está com a sequela instalada. A gente sabe que não é um paciente mais de manutenção, e não de reabilitação. Então, quando chega lá, na avaliação global e a gente visse que era um paciente de manutenção e não de reabilitação, já seria o ideal para não fazer o paciente passar por tudo para quando chegar aqui na fisioterapia a gente vê e, não, você não se enquadra nesse serviço. Então precisa realmente melhorar nessa questão. De informações aqui entre os profissionais nessas etapas”. (P3 - CER IV CG)

“Eles são indicados a cada setor que eles vêm que tem necessidade. E quando eles vêm, eles vêm direto para o setor da fisioterapia. E aqui a gente faz a avaliação para concretizar se o paciente fica, se realmente é um paciente que se enquadra no serviço de reabilitação ou se o paciente precisa de um outro serviço. Não que ele não vá precisar de fisioterapia, ele precisa de fisioterapia, mas, porém, não se

encaixa no setor de fisioterapia do CER, que é a reabilitação. Aí, esses pacientes que não se enquadram, que a gente avalia que eles não se enquadram, eles são direcionados para outros locais”. (P6 - CER IV CG)

“Ainda não está bem organizado. Precisaria de mais organização, porque chega muitos pacientes aqui que passam pela avaliação global que não se enquadram para o serviço daqui. Eles passam para a gente muitos pacientes que são pacientes de manutenção. Mas creio que isso aconteça porque aqui em Campina Grande não existe um centro de manutenção. Então, para que o paciente não fique totalmente sem atendimento, eles acabam passando despercebidos. Teria que ser melhor triado”. (P8 - CER IV CG)

Gomes (2020) destaca que o perfil de casos que devem ser encaminhados para o CER, bem como para os setores de reabilitação, mediante uma atuação local no território baseado em um perfil de saúde específico de usuários. Em seu estudo o perfil de população alvo foi formado por casos agudos (pós operatório imediato); crônicos agudizados (em até um ano de seguimento da patologia) e o acompanhamento para casos crônicos, em caráter de suporte em situações nas quais as UBSs não consigam realizar esse atendimento.

Foi observado por Gomes (2020) e Faria e Campos (2012) que o estabelecimento e organização de fluxos, mecanismos de regulação, clareza da população alvo e casos prioritários para uma intervenção mais oportuna, resolutiva e de qualidade, foram aspectos bastante abordados nos documentos, diretrizes, legislações, instruções e normativas da implantação da RCPCD e do CER ao longo do tempo.

Clemente (2022) destaca que as dúvidas relativas ao perfil de paciente atendidos pelo CER são uma realidade durante o processo de trabalho no serviço. Os questionamentos e caminhos parecem ainda não bem definidos e entendidos por todos os profissionais que compõem a equipe. Isso pode estar relacionado ainda com a falta de organização do processo de trabalho e falta de conhecimento quanto a essas ferramentas de gestão que propõe o Instrutivo de Reabilitação. Mefano (2014) relata, em seu estudo que, para que a RCPD cumpra o seu papel, torna-se necessária uma clara definição e conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, bem como dos fluxos entre os serviços.

5.4. Fluxo e Prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

A fim de entender como funciona esses processos de prescrição de OPM nos CER estudados, foram levantadas questões na entrevista com os profissionais sobre o fluxo prescrição e como é percebido o papel do fisioterapeuta nessa atribuição. Foi identificado que além do profissional realizar essa avaliação e prescrição a FUNAD e o CER IV de Campina Grande possuem profissionais fisioterapeutas específicos para essa atribuição, ficando a cargo do profissional realizar a prescrição ou encaminhar. Já o CRMIPCD os fisioterapeutas que realizam os atendimentos são os mesmos que prescrevem as OPM. Destaco as seguintes falas:

“Geralmente eu faço essa prescrição. Eu pego a solicitação do BPA, oriento em relação as xerox que precisam se for aqui da prefeitura local. Se for da prefeitura de outro município oriento procurar a secretaria de saúde. Geralmente eu preencho, a não ser que seja alguma coisa muito específica uma cadeira elétrica que precisa de mais burocracia é aí que eu encaminho para uma colega que é responsável só para isso. Eu acho muito importante porque a gente tem uma convivência com o paciente, a gente sabe que precisa de uma adaptação e a gente sabe se o paciente e a família eles vão aderir ou não ao uso. Então a gente tem esse convívio, conhece muitas limitações físicas e as condições sociais do paciente por causa desse conviver contínuo e a gente consegue prescrever”. (P2 - FUNAD)

“Se a gente quiser a gente pode fazer essa prescrição, mas aqui nós temos duas reabilitadoras que fazem, que são específicas para isso. Então a gente pede para o paciente marcar com a secretária para fazer essa avaliação com elas duas”. (P3 - FUNAD)

“Cada profissional fazia a requisição da órtese e dá prótese. Eu até fiz um curso há muito tempo atrás sobre isso e a gente fazia. De uns anos para cá, como muitos profissionais estavam sem tempo para estar atendendo e ainda ter que fazer a prescrição da órtese e da prótese, foi colocado duas pessoas, que são profissionais daqui, que elas têm um tempo um período que não atende para fazer isso”. (P4 - FUNAD)

“É muito importante essa avaliação porque a partir do momento que a gente avalia, a gente não confecciona em si, mas a gente diz que tipo de órtese é necessária para aquele paciente, qual ele deve usar e aqui no setor a gente tem profissionais especificamente para esse tipo de serviço. Quando a gente tem pacientes que precisam, eles passam por esse profissional especializado que tira as medidas da cadeira de rodas e eles fazem o encaminhamento mais direcionado, mais específico”. (P7 - FUNAD).

“Geralmente a rotina nossa agora é encaminhar para uma colega que prescreve. Quando eu vejo que o agendamento dela está muito longo eu mesma vou e já prescrevo porque a gente vai aprendendo. Eu busquei muito, estudei muito sobre tudo aquilo que o paciente precisava; inclusive dentro do próprio curso que a gente teve de capacitação há 3 anos, mas eu já vinha fazendo há muitos anos. Agora direcionou para uma única pessoa e aí você acaba se acomodando. Você fala: fulano está aqui só para fazer isso. A gente encaminha o paciente principalmente se for cadeira de rodas. Eu encaminho para a colega porque ela tem uma área muito ampla de adaptações e tudo mais. Mas quando é uma órtese ou algo desse tipo eu mesmo já prescrevo”. (P8 - FUNAD)

“Eu faço a solicitação, eles trazem todos os documentos e eu preencho o formulário. Dependendo se ele for daqui de João Pessoa, eles vão direto para o Cais de Jaguaribe para dar entrada. Se for de outro município eles precisam pedir autorização na Secretaria de saúde”. (P9 - FUNAD)

“Tem fisioterapeuta que consegue prescrever pela experiência. Mas eu ainda não tenho. Eu não tenho muita experiência em prótese. E a gente encaminha a órtese. A órtese a gente faz direitinho. Mas aí a prótese, eu encaminho para aquela fisioterapeuta que atende os pacientes amputados”. (P1 - CER IV CG)

“Depende muito de cada terapeuta. Tem alguns que terapeutas que tem o conhecimento e aí a gente faz a solicitação”. (P2 - CER IV CG)

“Eu avalio, vejo qual é o instrumento que ele precisa e faço a solicitação para eles irem junto à secretaria de saúde da cidade. [A atuação do fisioterapeuta] é imprescindível, não é? É muito importante porque nós que estamos ali no dia a dia do paciente e nós sabemos o que realmente ele precisa”. (P3 - CER IV CG)

“É de extrema importância, porque a gente trabalha com esses pacientes que são neurológicos e que precisam dessas órteses, porque se não, vai atrofiar ou vai reduzir a amplitude de movimento [...], é extremamente importante porque eles dependem dessa prescrição para ter uma melhoria na qualidade de vida e uma evolução do tratamento mesmo”. (P4 - CER IV CG)

“Os meus pacientes que fazem uso de cadeira de rodas quando a gente vê que a cadeira está ficando inadequada e precisa de algum ajuste é marcada uma sessão com a terapeuta ocupacional. A gente marca com ela, ela vê, e juntos fazemos a prescrição de uma nova cadeira para que seja dada entrada ou na cidade de origem do paciente ou na secretaria de saúde de Campina Grande. Porque quando a gente fala sobre uma órtese, quando a gente fala de uma prótese, a gente está falando de função. A gente está falando de um paciente que precisa de um membro superior para pegar um copo, que ele precisa fazer uma extensão desse membro para ter funcionalidade, para que esse membro ele consiga a nível cerebral ter alguma ativação. O que a gente preza é a função do paciente, é o paciente dentro do meio social, o paciente conseguindo fazer suas atividades no dia a dia de forma adequada de forma regular dentro das suas possibilidades. Então eu acho que o profissional fisioterapeuta é de extrema importância, porque a gente consegue avaliar a funcionalidade, a gente consegue avaliar se esse tipo de dispositivo está sendo ideal para o paciente” (P6 - CER IV CG)

“A gente prescreve e encaminha para o serviço público para a Secretaria de Saúde”. (P9 - CER IV CG)

“Eu solicito imediatamente. A gente tem um formulário para solicitação e é solicitada que ele precisa. A gente indica quais são os locais da Prefeitura e ele leva esse laudo com a documentação para dar entrada para receber o material”. (P1 - CRMIPCD)

“A maioria dos nossos pacientes que precisaria de uma órtese já vem com a órtese, com a cadeira de rodas, mas muitos precisam fazer a troca porque as crianças vão crescer e se desenvolvendo rápido. A gente tem esse olhar em fazer a troca ou então aquele que não tem a gente faz a solicitação normal como é feito pelo Município com o laudo. A gente faz todas as medições para cadeira de rodas, órtese, prótese para que venham mais certo possível”. (P3 - CRMIPCD)

Ganha destaque a fala de um entrevistado no que diz respeito a importância da ampliação da prescrição para outras categorias profissionais:

“Antigamente a gente prescrevia, olha só, a gente prescrevia o papel descia e o médico assinava. Eu ficava revoltada com isso. Depois da resolução a gente passou a assinar e carimbar. É de extrema importância a nossa prescrição, agora o profissional precisa ser responsável e ver se realmente ele está fazendo aquela prescrição da forma correta, fazer jus ao conhecimento dele, se ele realmente tem a capacidade, se está entendido da causa, porque a gente sabe que uma órtese ela vai auxiliar ou ela pode piorar se você fizer errado. Então é preciso bom senso desse profissional. É ótimo o nosso avanço, perfeito porque nós temos capacidade para isso, mas o profissional precisa ser bem consciente se ele se acha capaz de realmente pedir”. (P8 - FUNAD)

A partir da portaria SAS/MS Nº 661 de 2 de dezembro de 2010 foi reconhecido o direito dos profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais em prescrever órteses, próteses e dispositivos auxiliares de locomoção não relacionados ao ato cirúrgico. Desse modo, além do profissional médico, essas duas categorias são incluídas no rol de prescritores da rede SUS. Essa ampliação de profissionais proporciona um maior acesso por parte dos usuários as tecnologias assistivas.

Siqueira (2019) em seu estudo de um CER na cidade de Maceió pode inferir que a organização do CER, com maior número de profissionais da área de reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com autonomia nas ações competentes à cada categoria, bem como o maior acesso dos pacientes aos serviços de reabilitação prestados proporcionou maior atuação destes profissionais na prescrição de órteses do membro superior, ampliando a oferta de cuidado mais integral.

A concessão de uma OPM deve ser pensada como um dos processos de construção do cuidado integral às pessoas com deficiência. Ressalta-se que a escolha da Órtese, Prótese ou Meio Auxiliar de Locomoção, deve se pautar nas necessidades individuais do usuário e em um processo sistemático de avaliação e acompanhamento, provido por uma equipe multiprofissional especializada. A prescrição da OPM, a necessidade e a indicação do tipo mais adequado ao usuário devem considerar diversos aspectos individuais para que a OPM ofereça maior independência e funcionalidade ao

usuário, observando-se os critérios éticos preconizados para o atendimento de pacientes em consonância com a política de humanização do SUS (BRASIL, 2019)

O Guia de Prescrição de OPM do Ministério da Saúde estabelece que o cenário típico para a concessão da OPM são os componentes da Atenção Especializada, ou seja, Centros Especializados em Reabilitação e as Oficinas Ortopédicas. Estes equipamentos devem realizar o diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva conforme o número de modalidades de reabilitação. Mas estes não são o início e nem o fim deste processo, haja vista que a Atenção Básica, enquanto ordenadora do cuidado e equipada com a equipe matricial do NASF-AB é também elemento crucial para um processo qualificado de concessão.

Ancorado nas questões supracitadas, o Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2020, p.23) estabelece como elemento do processo de trabalho do profissional fisioterapeuta que atua no CER “prescrever, confeccionar, gerenciar órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, adaptações e tecnologia assistiva para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas à maior autonomia e independência funcional”.

Galvão, Barroso e Grutt (2013) ao analisar a dispensação de cadeiras rodas no estado do Rio Grande do Norte observaram a composição de uma equipe formada por profissionais da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia, especialistas em tecnologia assistiva que trabalham permanentemente no setor, proporcionou um aumento qualitativo das prescrições de OPM, pois muitas prescrições que eram dadas para a abertura de processo vinham sem detalhamento de medidas ou do tipo de cadeiras de rodas. Esse tipo de pedido impossibilitava que o usuário recebesse uma cadeira que atendesse suas reais necessidades posturais e limitavam sua participação social.

As autoras destacam que essa equipe especializada para a prescrição tinham um olhar apurado para identificar e prescrever o melhor material dentro da variabilidade de equipamentos disponíveis no mercado e melhor avaliar o potencial físico do usuário, relacionando os seguintes critérios: condições osteomioarticulares e aspectos neuromotores; condições respiratórias e circulatórias; condições cognitivas (como nível de compreensão e capacidade de aceitação do equipamento); condições funcionais em relação às atividades desempenhadas: de autocuidado, escolares, de trabalho e de lazer; tipo de comunicação; capacidade de realizar transferências e propulsão independente, entre outros.

Neste mesmo trabalho, as autoras realizaram um levantamento do acervo documental dos processos para a concessão de cadeiras de rodas entregues no período de janeiro de 2009 a março de 2012. Entre os profissionais que mais prescreveram as cadeiras estão os terapeutas ocupacionais, que encaminharam 734 prescrições (39%), seguidos dos fisioterapeutas, com 707 cadeiras indicadas (38%). Em conjunto, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas realizaram 62 solicitações (3,3%).

O reconhecimento e a regulamentação do terapeuta ocupacional e do fisioterapeuta pelo Sistema Único de Saúde como aptos a prescreverem cadeiras de rodas e outros equipamentos de tecnologia assistiva relacionados a ato não cirúrgico, atualizou e ampliou a situação documental das prescrições, anteriormente autorizadas apenas por profissional da medicina. Essa mudança foi de grande relevância no atendimento das necessidades das pessoas com deficiência, pois esses profissionais estão diretamente ligados ao processo de reabilitação e facilitação da execução das atividades de vida diária e tem grande habilidade para descrever e especificar as medidas dos equipamentos, compreender as necessidades dos usuários, delinear o seu perfil e selecionar as possibilidades de escolha do produto (GALVÃO, BARROSO E GRUTT 2013).

Em seu estudo Barroso (2019) analisou a prescrição de OPM pelo SUS em uma microrregião de saúde do município de São Paulo pela avaliação retrospectiva de prontuário dos pacientes de janeiro de 2015 a dezembro de 2017 em um serviço de saúde em processo de habilitação para CER e verificou uma notoriedade na participação do profissional fisioterapeuta na prescrição desses materiais, sendo 99 prescrições em 2015 (44,4%), 92 em 2016 (67,5%) e 186 em 2017 (77,2%), totalizando 377 prescrições (62,8%). O autor destaca a participação expressiva desse profissional em decorrência do marco legal de 2010 que possibilitou o fisioterapeuta prescrever as OPM pelo SUS.

Mei *et. al.* (2020) destacam que a integralidade é um conceito complexo e polissêmico, a saber visão holística do ser humano objetivando a organização e integração dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados, para que esta não seja fragmentada. Para tanto faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação durável das práticas de saúde e nas tomadas de decisão da gestão. Estes conjuntos de sentidos atribuídos à integralidade se conectam ao desafio atual de dispensação de OPM, e o seu papel na qualidade de vida e participação de pessoas com deficiência física e/ou mobilidade reduzida.

Para os autores o caráter mais interdisciplinar da dispensação, com a presença de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais favorece a compreensão e assistência das necessidades em saúde alinhadas à concepção holísticas de bem-estar. Compreender que a dispensação exige um envolvimento e um investimento que transcendem a atuação estritamente técnica, configurou-se como um exercício diário da não fragmentação do cuidado e das práticas, colaborando para a continuidade e integralidade dos processos em saúde.

Para Siqueira (2019) a correta prescrição e confecção de OPM leva em conta as condições clínicas e as alterações da funcionalidade do indivíduo. O interesse, estilo e contexto de vida, ambiente e treinamento são fatores primordiais para se obter sucesso na adesão ao uso dos OPM e conseqüentemente aumento dos benefícios. A análise destes fatores proporciona aos profissionais de saúde a adoção de ações que visam o controle de possíveis dificuldades que venham a surgir ao longo do processo de reabilitação.

A autora destaca em seu estudo que a abordagem centrada no paciente lhe possibilita compreender a indicação da órtese, bem como uso, cuidado e necessidade de acompanhamento do terapeuta. Cabe destacar que a interação terapeuta-cliente durante todo o processo (avaliação, confecção e intervenção) possibilita a otimização dos resultados. É imprescindível que o profissional compreenda a necessidade, a satisfação e as expectativas do cliente em relação à órtese para que possa adequá-la ao propósito terapêutico.

Um ponto de destaque nas falas diz respeito ao tempo que o usuário espera para receber o material solicitado pela equipe de reabilitação e a forma como este é adquirido, conforme dizem os entrevistados:

“Eu mesmo gosto muito de prescrever, sou uma das que mais prescreve porque eu vejo essa necessidade mesmo desse usuário. Agora, infelizmente o acesso, a gente só prescreve, porque para ele receber mesmo é muito difícil”. (P2 - FUNAD)

“Quando pede alguns têm condições financeiras e compram e aí é bem mais rápido. Quando não esperam que passe para a prefeitura e a prefeitura a peça e aí demora mais um pouco”. (P6 - FUNAD)

“Demora as vezes anos. Dependendo do material demora anos. Às vezes nem recebe porque muitas vezes eles dizem que depende da licitação, depende de quem vai ganhar, depende de quanto tempo dura a licitação. Quando o paciente é daqui de João Pessoa anda mais rápido, mas a gente nunca tem um retorno do paciente para dizer que recebeu. Nunca tem. Às vezes eles recebem e a gente fica sem saber. Mas muitas vezes, quando são de outras cidades, demora muito ou lhes nem recebem”. (P9 - FUNAD)

“E com relação aos amputados precisa encaminhar para a Secretaria de saúde e essa Secretaria de Saúde faz todo o procedimento, mas aí a perder de vista. A gente solicita hoje, mas daqui 1 ou 2 anos que ele recebe. Alguns pais, algumas mães quando a gente solicita em questão de órtese, de andadores ou de algum dispositivo assim, alguns pais, algumas mães ainda fazem rifas para tentar conseguir a quantia para comprar no particular mesmo. Porque hoje em dia, infelizmente para a gente depender do SUS. Às vezes a gente passa uma órtese agora do jeito que a gente prescreveu. Mas quando ele conseguir daqui a um ou 2 anos já não serve mais o que a gente solicitou e eu tenho que fazer uma nova solicitação, basicamente assim”. (P2 - CER IV CG)

“Eu avalio, vejo qual é o instrumento que ele precisa e faço a solicitação para eles irem junto à secretaria de saúde da cidade. Só que é um serviço muito lento. Então, se o paciente tiver benefícios com BPC ou se ele puder comprar, eu indico para ele comprar”. (P3 - CER IV CG)

“Antes tinha uma parceria com AACD, mas recentemente eles cancelaram essa parceria. Então a gente está sem esse serviço, já que a oficina daqui não está funcionando. Então a gente indica algumas pessoas que já trabalharam aqui e que fazem isso de forma particular. E se a pessoa tiver condição financeira, o familiar do paciente tiver condição financeira para comprar, eles compram, mas se não, a gente faz o encaminhamento e ele vai na secretaria de saúde das cidades, porém aí é bem difícil conseguir, não é muito fácil não, principalmente quando é cadeira de rodas, porque é mais caro. Quando é órtese, ainda vai, mas como a cadeira é mais caro, aí é mais difícil”. (P4 - CER IV CG)

“Antes, até o ano passado, até antes da pandemia, a gente solicitava para AACD de Recife. A gente mandava o encaminhamento do médico daqui e quando chegava lá dava entrava lá e a AACD confeccionava as próteses daqui. Aí quando foi agora,

no começo do ano, não ia mais fornecer e que só iria fazer a prótese de lá, não iria mais estar fornecendo essas próteses para cá. Aí a gente hoje orienta o paciente a dar entrada na Secretaria de saúde para conseguir essa prótese ou então, se eles acharem que não tem como receber pela Secretaria de saúde dá entrada pela justiça. É assim que está sendo feito. E aqueles que a família tem condição ou faz vaquinha eles compram particular”. (P5 - CER IV CG)

“No caso de próteses e órteses, quando vem para cá, a gente encaminhava para AACD de Recife, mas no momento eles não estão atendendo mais. Atualmente, os pacientes que têm essa necessidade, a gente faz essa solicitação e as mães estão fazendo particular quando não conseguem pelo município. Quando elas não conseguem pelo município, elas fazem privado, particular”. (P7 - CER IV CG)

“Como eu já atendi em outro serviço, eu sei que demora um pouco. Então já tenho essa ideia que demora. Porém aqui eu solicitei uma vez e ainda não chegou. Solicitei a 2 meses e ainda não chegou. O tempo exato de quando vai chegar vou saber com essa experiência de agora; vai ser até bom para saber o tempo que está demorando para chegar a cadeira de roda que eu fiz toda a medição e eu estou até curiosa para saber quanto tempo vai estar chegando”. (P3 - CRMIPCD)

“Rapaz demora de 6 meses para lá. Então quando a gente faz a prescrição, a gente coloca sempre os números um pouco a mais por que a criança está desenvolvendo”. (P4 - CRMIPCD)

Como se pode notar pelas falas, um direito garantido por lei tem sido negligenciado pelo poder público às pessoas com deficiência: a dispensação de OPM em tempo oportuno e pelo SUS. Esse fato gera descontinuidade do cuidado oferecido pelos CER estudados, piora na funcionalidade dos usuários, restrição da participação social e o efetivo exercício de sua cidadania.

No que se refere ao tempo oportuno para a dispensação de OPM Caro *et al* (2014) tiveram como proposta verificar a dispensação de tecnologia assistiva no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo, o qual é composto por 24 municípios, cuja somatória populacional envolve uma média de 921 mil habitantes. Em relação ao tempo de espera dos usuários para acesso aos dispositivos de tecnologia assistiva foi relatada uma média de 2 anos e 6 meses.

Para as autoras, apesar do Brasil possuir legislações vigentes no tocante a dispensação de OPM pelos entes federativos, a prática com relação à dispensação de tecnologia assistiva mostrou-se pouco efetiva no Departamento Regional de Saúde, sendo descrita como um vazio assistencial. Observou-se que a carência na oferta de recursos de tecnologia assistiva no DRSIII, deriva da concentração da dispensação em um pólo assistencial, o que ocasionou longo tempo de espera e consequentemente prejuízos funcionais aos pacientes.

No estudo realizado por Mei *et al.* (2020) em um Centro de Referência em Reabilitação do município de Campinas - SP sobre a dispensação de cadeiras de rodas, a espera entre a solicitação do material pelo profissional e o recebimento pelo usuário poderia chegar a 24 meses. Diante disso, o usuário passava por uma etapa denominada de prescrição, que correspondia a uma reavaliação do caso. O profissional observava se as necessidades do usuário se alteraram naquele período, se era preciso alteração de modelo ou tamanho na indicação anterior. Após a confirmação de modelo e numeração, a cadeira era montada pelos profissionais na mesma consulta.

Observou-se que a demora para a dispensação da cadeira de rodas gerava um retrabalho dos profissionais de saúde, haja vista que o tempo entre a primeira solicitação e a entrega poderia chegar a 2 anos. Além disso, poderia ocorrer uma piora no quadro funcional do usuário pelo não uso da cadeira de rodas reduzindo também sua participação social.

No trabalho de Moreno (2021) o tempo para o recebimento de OPM foi de até 6 meses para 397 usuários (44,96%) e acima de 6 meses para 472 usuários (53,46%). Apenas 14 usuários (1,58%) não souberam ou não responderam esse quesito do questionário. Em relação ao tempo de dispensação, Barroso (2019) observou que o CER leva em média 129,7 (DP 170,8) dias. Isto corresponde a 4,3 meses para realizar a dispensação da OPM solicitada. Para a filantropia não foi possível avaliar o tempo de dispensação do material solicitado pois, esta informação não constava nos prontuários analisados.

Galvão, Barroso e Grutt (2013) observaram que 819 cadeiras de rodas foram concedidas no prazo máximo de 90 dias, sendo 546 entregues ao usuário em prazo inferior a 30 dias. Outras 308 cadeiras foram entregues entre 6 a 9 meses e 173, entregues entre 9 meses a um ano de espera. Apenas 357 cadeiras de rodas foram entregues após um ano da abertura do processo. As autoras apresentam as ações do Ministério Público do Rio Grande do Norte anteriormente realizadas através da

Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos dos Idosos, das Pessoas com Deficiência e das Minorias Étnicas como o elemento para essa redução do tempo de espera e do número de pessoas na fila aguardando os equipamentos, haja vista o baixo tempo de entrega não ser visto em outros estudos.

No tocante a forma de aquisição da OPM Caro *et al* (2014), revelou que os municípios do 3º Departamento Regional de Saúde que não possuem centro de reabilitação e dispensação de tecnologia assistiva (56,25%) mencionaram oferta de alguns dispositivos auxiliares de locomoção por meio do serviço social. Os dispositivos são emprestados mediante uma avaliação de renda e adequação a um perfil socioeconômico preestabelecido.

Nota-se que não há um protocolo baseado nos manuais e instrutivos que regulamentam o trabalho do CER para verificação da indicação dos dispositivos, assim como não há treinamento e acompanhamento multiprofissional especializado nessa sistematização. A falta de um profissional habilitado e capacitado para a avaliação, prescrição, adaptação, treinamento e acompanhamento do uso de OPM pode gerar danos irreparáveis a saúde do usuário, sendo totalmente contrário ao estabelecido pelo Instrutivo de Reabilitação.

As autoras destacam que a caridade e paternalismo são marcas históricas do cuidado às pessoas com deficiências transitando em torno da causa religiosa e filantrópica. Esses mecanismos de políticas assistencialistas, muitas vezes sem a avaliação de uma equipe interdisciplinar na prescrição de um dispositivo de tecnologia assistiva pode levar a um direcionamento errôneo do recurso, levando muitas vezes a subutilização do recurso ou até ao abandono do mesmo.

Sobre esse tema, o estudo Barroso (2019), a forma de aquisição da OPM esteve fortemente ligada a filantropia, onde 51,9% dos dispositivos foram dispensados pela instituição filantrópica conveniada no período de 2015 a 2017. Esse número foi diminuindo drasticamente, pois em 2015 correspondia a 82,1% finalizando 2017 com 25,1%. Essa redução ocorreu com o incremento da dispensação pelo SUS via CER.

Para Parreira *et al* (2020) atualmente a forma mais comum de aquisição dos recursos de TA é através do SUS que realiza a disponibilização de alguns recursos por meio dos serviços de saúde. Os autores relembram que a disponibilização de recursos de TA por meio do SUS é um reflexo da atenção à saúde das pessoas com deficiência, que é direito previsto em lei.

Ainda sobre estudo de Parreira *et al* (2020) a maioria dos 108 participantes (66%) declarou adquirir recursos de TA por meio de instituições e associações de apoio à pessoa com deficiência, as quais prestam este serviço utilizando verbas do Sistema Único de Saúde. A dispensação de recursos de TA realizada através do SUS, por meio das instituições, associações e entidades de apoio à pessoa com deficiência, é uma medida de atenção à saúde, que tem como base o direito à saúde e a reabilitação das pessoas com deficiência. Entre os outros participantes 17 % utilizaram recursos próprios; 15% receberam de doação de amigos e familiares e 1% realizaram o financiamento.

Uma forma de aquisição dos recursos de TA com o apoio do governo federal é a disponibilização de crédito específico para financiamento de OPM. A possibilidade de financiamento para aquisição de recursos de TA surgiu com a criação o Programa Viver Sem Limites. Este estabeleceu como uma de suas metas a criação do BB Crédito Acessibilidade.

Por meio do microcrédito disponível para contratação no Banco do Brasil a partir de janeiro de 2012, podem ser financiados produtos de tecnologia assistiva com valores entre R\$ 70 a R\$ 30 mil, por prazos de 4 a 60 meses, a juros de 0,64% ao mês, sem tarifa de abertura de crédito, com até 59 dias para o pagamento da primeira parcela.

É importante registrar que esse crédito pode ser obtido por qualquer pessoa que queira adquirir para si ou para terceiros os produtos de tecnologia assistiva listados na Portaria Interministerial 31, de 1 de fevereiro de 2012 (BRASIL, 2011; PARREIRA, *et al* 2020). Atualmente, diversas instituições bancárias oferecem linha de crédito para aquisição de OPM.

Outra forma de adquirir uma prótese é utilizando o saldo do FGTS. O decreto nº 9.345/18 ampliou o direito ao uso do benefício para trabalhadores com deficiência de natureza sensorial ou física que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 anos para aquisição de órtese e/ou prótese mediante prescrição médica, com vista à promoção da acessibilidade e da inclusão social do trabalhador com deficiência (BRASIL, 2018).

Crippa *et al* (2017) observaram que dos 20 recursos que foram mencionados pelos entrevistados 12 foram custeados pelas próprias famílias. Sobre as dificuldades encontradas pelos participantes quanto ao acesso aos recursos de Tecnologia Assistiva disseram respeito ao tempo de aquisição demandado, o alto custo dos equipamentos e aos tramites e critérios quanto à dispensação dos recursos via SUS.

Cruz (2012) aponta que 79 (40%) dos 199 recursos elencados entre os sujeitos de sua pesquisa foram adquiridos com recursos financeiros próprios; 75 (37%) foram doados; 15 (8%) foram alugados e 5 (3%) foram emprestados. Os recursos disponibilizados pelo SUS corresponde a 25 (12%), sendo destes 4 (2%) obtidos por ação judicial. No trabalho de Camargo (2021), 38 participantes, correspondente a 76% do total de participantes, referiram ter pago para a aquisição de cadeira de rodas.

5.5. Multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER

Nesta categoria buscou-se compreender como o trabalho multi e interdisciplinar acontece no CER e como o profissional fisioterapeuta contribui para essa efetivação, haja vista que os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada.

Para que esse cuidado se efetive é preciso: um processo de reabilitação/habilitação baseados em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo a equipe de profissionais, os assistentes pessoais e os familiares nos processos do cuidado; promoção de reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos e discussão de casos, a fim de promover o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar; acolhimento multiprofissional de usuários e atendimento em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas (BRASIL, 2020).

Baseados nessas premissas podemos identificar quatro momentos em que a prática colaborativa é desenvolvida no CER, a saber: avaliação global/interprofissional; construção do PTS; atividades em grupo e discussão dos casos. A avaliação global/interprofissional foi tratada na categoria acesso e fluxograma e a construção do PTS será apresentada na categoria processo de trabalho e não serão abordados nesse tópico.

A fim de compreender como a prática colaborativa se desenvolve nas ações coletivas e em reuniões para a discussão de casos clínicos, foram levantadas nas entrevistas questões sobre a ocorrência de reuniões interprofissionais e como essas se desenvolviam. Os resultados das falas são descritos a seguir:

“A gente conversa com o fonoaudiólogo e com o psicólogo. A gente tem essa conexão com eles, com certeza. Geralmente a reunião acontece quando tem necessidade, não tem dia fixo, se é semanal ou semestral não”. (P1 - FUNAD)

“No momento essas conversas acontecem entre um atendimento e outro na copa enquanto a gente está tomando um café. É nessas horas. Não tem um momento certo para a discussão de casos”. (P2 - FUNAD)

“Formalmente não, mas se eu tenho um paciente que eu atendo respiratório e aí ele precisa de neuro a gente conversa. É muito informalmente, mas sempre tem um pessoal que atende junto fono com fisio, o fono com TO, fisio com TO”. (P3 - FUNAD)

“A gente faz assim, a gente conversa com o psicólogo, porque tem todo o resto profissões, aqui tem psicólogo, assistente social, então a gente conversa. Muitas vezes eu preciso conversar alguma coisa com a psicóloga sobre um paciente meu que é dela também, a gente senta e conversa. A assistente social também a gente sempre precisa de serviços deles e eles sempre ajudam, mas nada formal; não é uma mesa onde a gente se senta e conversa não é uma coisa entre um profissional e outro bem informal”. (P4 - FUNAD)

“A gente senta discute aqui nessa mesa mesmo porque a maioria dos pacientes são atendidos por 2, 3 profissionais diferentes, então a gente discute entre a gente o que pode melhorar o que não está melhorando e o porquê da gente não está alcançando aquilo. Essa conversa acontece somente quando há necessidade porque cada um tem a sua rotina, cada um está no seu canto trabalhando”. (P6 - FUNAD)

“Já teve muito [*discussão de caso clínico*], de rotina. Como eu digo a você depende muito de gestão para gestão. Às vezes a gestão lá de cima vê que não tem necessidade de discutir caso e não dá esse tempo para a gente. Já em outras gestões achavam que era muito importante disparar; naquela manhã vai ser só discussão de caso e a gente levava aqueles casos mais complicados, mas enganchados e isso era destrinchado [...]. Quando eu vejo que tem algo que precisa ser discutido eu chego individualmente para cada profissional e vou conversando. Aí chega outro e converso, é mais ou menos assim. Eu tenho já aquela coisa que foi sistematizado para isso. Desde antigamente era estimulado para fazer isso eu acho que esse é um serviço que precisa ter essa característica porque ela é muito importante, já que é

um serviço interdisciplinar, multiprofissional, então é muito importante”. (P8 - FUNAD)

“Quando o paciente é atendido por mais de um profissional a gente tem essa liberdade de chegar para o outro profissional e conversar sobre o paciente. Antigamente nós tínhamos grupos de atendimentos e orientações, mas depois da pandemia, isso acabou. Mas a gente já está revendo para voltar com esses grupos de orientações, porque tem paciente que, por exemplo, já são de manutenção, que não se enquadra mais no serviço, mas precisa de orientação para o resto da vida”. (P1 - CER IV CG)

“Eu acho que uns 8 meses antes da pandemia, a gente tinha reuniões semanais que a gente via como estava. A gente se reunia por tratar-se de uma equipe uma multidisciplinar e é exatamente essa parte multidisciplinar que não está atuando. Temos vários terapeutas de várias especialidades, mas que está meio que cada um no seu lugar. E aí essa parte de multidisciplinar dissipou um bocado”. (P2 - CER IV CG)

“Havia, mas como a gente atende os pacientes uma vez na semana, a gente tirava um turno para fazer isso, sendo que a gente anulava esses atendimentos. Então, hoje em dia a gente está dando prioridade para atender e reunir quando necessário, quando o paciente ele está com algum problema de adaptação, por exemplo, eu chego ao psicólogo e converso com ele, vejo se tem uma vaga, vejo como a gente pode trabalhar mais assim sempre, pontualmente com o paciente, não de rotina”. (P3 - CER IV CG)

“Antigamente tinha quando era AACD. A gente fazia isso toda a semana. Toda semana quando terminava a global, ou antes, da global a gente fazia discussão dos casos. A cada semana a gente discutia uma clínica. Aí, semana tal, a gente discutia a clínica sobre PC, pegava os pacientes de PC que estavam em atendimento e dizia qual o paciente estava evoluindo, o qual não estava ou se estava para receber algo que estava faltando. Aí na outra semana já era outra clínica, era DNPM e assim ia. E depois que deixou de ser AACD e passou a ser CER deixou de ter”. (P5 - CER IV CG)

“O que eu ouço é que antigamente existia. Existia um dia exato para se fazer esse tipo de reunião e existiam profissionais de cada área para falar dos pacientes em

comum, porque muitos pacientes aqui são de mais de um profissional. Às vezes é do psicólogo, do terapeuta ocupacional. Eles rodam e outros profissionais. Então, antigamente tinha mais isso de sentar os profissionais. E vamos falar sobre o caso de fulano e ver o paciente como um todo, dentro de cada especificidade. Aí depois deu uma parada. Porque nesse tempo que eu estou aqui, eu não peguei nenhuma dessas discussões”. (P6 - CER IV CG)

“Normalmente quando o paciente precisa de outro atendimento a gente tanto coloca em prontuário, como se dirige diretamente ao profissional e solicita a vaga e orientado a mãe que procura o serviço social para dar encaminhamento. As reuniões [*multiprofissionais*] normalmente são para passar informações, para discutir datas de festividades e essa organização do serviço, não necessariamente voltado para o atendimento. Bem quando você começa a fazer as perguntas, a gente vai refletindo sobre o nosso processo de trabalho. Eu acredito que tanto aqui quanto em vários outros serviços a gente sente falta dessa atuação interprofissional, pois isso é muito lucrativo para o usuário e também para o lado profissional. Aqui até acontece de algum dos profissionais ir até a sala do outro e chama pra conversar. Isso acontece muito aqui, mas não é uma coisa sistemática, é uma coisa individualizada. Cada profissional que se sente à vontade de falar com outro e buscar conversar. Então acho que isso é o que deveria ser mais disseminado, deveria ser rotineiro”. (P1 - CRMIPCD)

“Não que eu tenha participado”. (P3 - CRMIPCD)

“Não tem esse momento específico, mas se um paciente meu está fazendo terapia com fono e eu quero conversar, ou eu vou à sua sala ou ele vai à minha e a gente conversa sobre o caso. Não é nada formalizado não”. (P4 - CRMIPCD)

Ao analisar as falas, nota-se que o desenvolvimento de uma prática colaborativa entre os profissionais fisioterapeutas dos CER juntamente com as demais categorias profissionais ocorre de forma incipiente, na informalidade e sem um compromisso efetivo da gestão dos serviços.

O enfoque no atendimento às pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida. Portanto, o processo de reabilitação/habilitação deve ser baseado em uma

abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo a equipe de profissionais, os assistentes pessoais e os familiares nos processos do cuidado.

Diante dessa realidade o Instrutivo de Reabilitação (2020) estabelece ser necessário que os profissionais realizem e participem de reuniões periódicas de equipe para estudos, construção dos PTS e discussões de casos e que a gestão do serviço desenvolvam estratégias de Educação Permanente, promovendo aprendizagem no trabalho e a problematização, em que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, bem como atividades sistemáticas de capacitação para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas, entre elas a prática colaborativa.

Ao avaliar diferentes serviços da atenção primária à saúde do município referência de uma regional de saúde do interior de Goiás, Ribeiro *et al* (2022) observaram que os profissionais trabalham de forma isolada, com poucos momentos de comunicação e troca de informações com vistas a continuidade do cuidado; não há reuniões entre a equipe que compõe os programas; a estrutura física de algumas unidades estudadas não favoreciam a Interprofissionalidade; e não foi observado atendimento coletivo e as “pequenas reuniões” ou diálogos para a discussão dos casos ocorriam de forma fragmentada entre as categorias nos corredores ou consultórios de forma pontual.

Os resultados encontrados por esses autores são semelhantes aos vislumbrados nos CER estudados, onde há uma incongruência entre o conhecimento teórico acerca da prática colaborativa e sua efetiva implantação nos serviços. A falta de reuniões específicas para a discussão de casos e a ausência da construção de PTS relega a prática colaborativa a segundo plano.

No trabalho desenvolvido pela Rede Unida (RIBEIRO, MEDEIROS, SILVA [org], 2022), que ao longo de quase cinco anos, pesquisadores de oito estados brasileiros se debruçaram sobre o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio do projeto de pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil apontam que o trabalho da área da saúde é coletivo, pois sozinho não há como um trabalhador de saúde ofertar cuidado que dê conta de todas as necessidades de saúde dos sujeitos.

Nessa perspectiva, os autores destacam que é preciso o desenvolvimento de um processo de trabalho em equipe interprofissional, no qual envolve diferentes profissionais compartilham o pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde das pessoas. Desse

modo, a prática colaborativa busca alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes e até mesmo entre serviços, para melhorar a qualidade da assistência à saúde

Para tanto, é fundamental que a formação desses profissionais e o processo de educação permanente devam ser interprofissional e a partir de uma prática multiprofissional que visa melhorar a assistência e o cuidado à pessoa com deficiência no SUS e sua família numa perspectiva de integralidade. Esse processo ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si resultando em altos graus de colaboração e, conseqüentemente, alcançando os melhores resultados na saúde (RIBEIRO, MEDEIROS, SILVA [org], 2022).

No entanto, esse processo de formação e capacitação do profissional voltado para trabalho em equipe e prática colaborativa é um desafio não apenas no sentido operacional da prática, mas sobretudo porque iniciativas do tipo ainda são incipientes. Além disso, os modelos de formação, em sua grande maioria, primam por profissionais formados na perspectiva do trabalho uni profissional para atuarem com a equipe multiprofissional no futuro, reforçando o modelo biomédico frente a uma divisão do trabalho por profissões e uma centralização do cuidado (BISPO; ROSSIT, 2021; RIBEIRO, MEDEIROS, SILVA [org], 2022).

Para Reubens-Leonidio *et al* (2021) quando se fala de trabalho interprofissional e prática colaborativa, pode-se remeter à noção do compartilhamento do mesmo espaço físico e do atendimento dos mesmos usuários. Contudo, se não forem estabelecidos meios para superar as tradicionais formas do trabalho em equipe, como a integração dos diversos núcleos de saber; mudanças da abordagem do processo de saúde/doença e de forma a compreender a multicausalidade; e alterações pertinentes nos processos de trabalho, não se chegará a uma prática colaborativa efetiva.

Araújo *et al* (2017) afirmam que extrapolar a lógica do trabalho uni profissional, no Brasil, ainda é um desafio; pois trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa efetivar o trabalho colaborativo. Assim, é muito importante adotar a interprofissionalidade como estratégia de trabalho e de formação, vislumbrando aonde se quer chegar e propondo passos a serem dados.

A interprofissionalidade está vinculada à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais e a negociação nos processos decisórios, com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais. Extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional para a

perspectiva interprofissional melhora a produção do cuidado aos usuários (BISPO; ROSSIT, 2021).

Quando os profissionais que atuam nos CER compartilham saberes e práticas entre si, dá-se uma expansão de seu repertório de competências, uma participação ativa, cooperativa, pautada na co-responsabilização e cogestão do trabalho, logo, aumenta sua capacidade de resposta aos problemas de saúde das pessoas com deficiência o que implica em uma oferta de cuidado integral (BISPO; ROSSIT, 2021). Cabe frisar, que o cuidado integral às pessoas com deficiência é o ponto central da prática profissional. À medida que essa ferramenta é pouco efetivada nos CER, a população assistida tem seu cuidado fragmentado, fragilizado e com condutas limitadas.

Para superar essa realidade, os autores destacam seis domínios de competências com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores essenciais à formação para a colaboração interprofissional, a saber: comunicação efetiva; o cuidado centrado na pessoa com deficiência, família e comunidade; clareza de papéis com compreensão da função de cada profissional de saúde; funcionamento da equipe com identificação de elementos promotores da colaboração interprofissional efetiva; resolução de conflitos para as formas das discordâncias que surgem no cotidiano; e liderança compartilhada a partir da demanda centrada na pessoa com deficiência. Pode-se acrescentar ainda o papel indutor da gestão dos serviços de saúde, a fim de pautar a prática colaborativa como agente de mudança do processo de trabalho.

Bispo e Rossit (2021) destacam que a comunicação interprofissional; cuidado/atenção ao paciente/usuário; esclarecimento de funções/ clarificação de papéis; funcionamento da equipe; liderança colaborativa; resolução de conflitos interprofissionais; valores éticos para a prática interprofissional; responsabilidades e trabalho em equipe são competências colaborativas fundamentais para o trabalho interprofissional.

As autoras destacam como desafios para a implementação da prática colaborativa nos serviços de saúde: a formação individualista dos profissionais de saúde; a comunicação e socialização dos papéis de cada categoria profissional; a organização dos serviços e do processo de trabalho; o processo de gestão dos serviços, que são responsáveis por capacitar/instrumentalizar a equipe para a prática colaborativa; aspectos atitudinais, que envolvem a relutância e resistência de alguns profissionais para produzir mudanças do *modus operandi* do trabalho em saúde e ausência de espaços/reuniões para planejamento e discussão de casos e do processo de trabalho.

Ao refletir sobre a percepção de residentes e preceptores quanto ao trabalho multiprofissional e interprofissional, a partir de uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar, Araújo *et al* (2017) perceberam que, embora os profissionais compreendam o conceito, a prática colaborativa ainda é um desafio a ser perseguido devido a lacuna entre o trabalho desenvolvido por equipes, pois o mero aglutinamento de profissionais não proporciona articular ações entre os núcleos profissionais para a efetivação da interprofissionalidade e do cuidado integral.

Assim, os autores destacam que para superar esses desafios é necessário favorecer a reflexão sobre a reorganização do trabalho, potencializando as práticas colaborativas e suas implicações na atenção à saúde com o uso de metodologias ativas e resolução de problemas de forma crítica e reflexiva. Desse modo, promove-se a interação entre os atores, com foco não só no aspecto cognitivo do conhecimento, mas, também, assumindo a necessidade do desenvolvimento de outras habilidades interpessoais e atitudes para o trabalho em equipe, compreendendo o processo de trabalho em saúde em grupo e a interprofissionalidade.

Nessa esfera de efetivação do trabalho colaborativo, Araújo *et al* (2017) apontam o PTS como uma ferramenta de organização da gestão do cuidado em saúde, instituída entre as equipes que efetivam este cuidado. A partir do diálogo, os trabalhadores envolvidos compartilham saberes e práticas, e acompanham, de forma longitudinal, os casos. Entretanto, a utilização do PTS, por vezes, não foi acolhida pelos trabalhadores dos cenários de prática.

Além desta, os autores apresentam outras metodologias que podem favorecer a prática colaborativa: a aprendizagem baseada em seminário; a aprendizagem baseada em observação; a aprendizagem baseada em problemas; a aprendizagem baseada em simulação; e aprendizagem baseada na prática clínica.

Neste mesmo caminho, Reubens-Leonidio *et al* (2021) reiteram que a prática colaborativa está centrada no usuário e em sua singularidade, sendo a materialização da colaboração o ponto chave para o processo de trabalho em saúde cujo objetivo é a integralidade.

Desse modo, é necessário o desenvolvimento de políticas que estimulem as práticas colaborativas, assim como a existência de mecanismos de cultura de trabalho que permitam a equipe definir metas e projetos terapêuticos, com diálogo eficiente e balanceamento de ações individuais e coletivas e mecanismos ambientais que

organizem espaços de modo a facilitar o diálogo entre os membros da equipe e reduzir hierarquias.

No estudo de Bezerra, Azevedo e Sampaio (2020) realizado no CER da UNCISAL observaram que o trabalho interprofissional em saúde é mais exigente e requer mais discussão e diálogo, o que sugere maiores possibilidades de conflitos e situações de exposição entre os trabalhadores. Para superar esses desafios, são necessários um apoio organizacional e um compromisso da gestão para impulsionar a educação interprofissional e a prática colaborativa, pois esse estilo de trabalho permite a cada profissional uma ampliação da percepção do processo saúde/doença, porque os olhares sob diferentes ângulos se aproximam, se misturam, potencializando o campo de ação da problemática da saúde e, assim, as chances de sucesso do tratamento.

5.6. Processo de Trabalho em Saúde

O manual Instrutivo de Reabilitação (2020) estabelece o processo de trabalho dos profissionais que atuam no CER. Nas competências comuns estão: realização de acolhimento multiprofissional de usuários; construção e reavaliação periodicamente do PTS; diagnosticar e avaliar a funcionalidade; atender individualmente e/ou em grupo; registrar prontuários e a produção; criar protocolos de atendimento; realizar e participar de reuniões periódicas de equipe para estudos e discussões de casos; articular com os outros componentes da RAS da pessoa com deficiência; realizar estudos e pesquisas na área da deficiência, em parceria com Instituições de ensino e pesquisa e articular junto aos serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros.

O mesmo instrutivo também estabelece as competências específicas por categoria profissional. Para o fisioterapeuta são estabelecidos:

- Realizar consulta fisioterapêutica,
- Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;
- Realizar avaliação física e funcional;
- Aplicar e interpretar escalas, questionários, testes funcionais e exames complementares para determinação do diagnóstico, prognóstico e tratamento fisioterapêutico;

- Prescrever, confeccionar, gerenciar órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, adaptações e tecnologia assistiva para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas à maior autonomia e independência funcional;
- Prescrever e determinar as condições de alta fisioterapêutica;
- Registrar em prontuário consultas, avaliações, diagnósticos, prognósticos, tratamentos, evoluções, interconsulta, intercorrências e altas fisioterapêuticas;
- Elaborar e realizar atividades de educação em saúde;
- Orientar e capacitar os usuários, cuidadores e acompanhantes para a promoção de uma maior funcionalidade e autonomia dos usuários e;
- Planejar e executar estratégias de adequações para uma melhor acessibilidade a ambientes públicos e privados, como também planejar adequações em ambiente domiciliar, escolar, laboral e de lazer (BRASIL, 2020).

O processo de acolhimento multiprofissional foi abordado na categoria Fluxo e acesso ao serviço de reabilitação física oferecido pelo CER, quando foi discutido a avaliação global. As reuniões periódicas de equipe para estudos e discussões de casos foram abordadas na categoria multiprofissionalidade, Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa no CER, onde foi verificado que estes acontecem de forma fragilizada e no campo da informalidade. A discussão de casos ainda não se mostrou enquanto uma política institucional dos CER avaliados. As funções relativas a OPM foram discutidas na categoria fluxo e prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

Para entender como os fisioterapeutas desenvolviam seu processo de trabalho no CER, na entrevista foram realizadas questões para que fosse descrita a rotina do serviço, como era feito o planejamento, execução e avaliação do processo de trabalho, bem como os recursos utilizados na prática assistencial. A seguir são apresentados recortes das falas que respondem a esses questionamentos:

“Normalmente é um paciente por horário. São em torno de 35 a 40 minutos, a depender de como cada criança aceita a conduta naquele dia. Eu atendo 7 pacientes pela manhã, paro meia hora, mais ou menos, e dou continuidade no período da tarde. Encerrando, são 12 pacientes por dia, em média. Basicamente isso. Aqui no serviço [enquanto recurso] usamos basicamente a mão e só. [...] A estrutura precisa realmente melhorar bastante, tanto nas questões que a gente não tem materiais como aparelhos de eletroterapia e até mesmo brinquedos que chamem a atenção e que sejam funcionais, como algumas coisas básicas tipo um rolo grande, bolas de

diferentes tamanhos, porque as bolas são todas em um padrão e aí fica difícil da gente usar e elas ficam aí praticamente de enfeite. Eu trabalho com os pacientes que, na sua maioria, são infantis, eu utilizo algumas escalas na avaliação. [...] como são realizados normalmente uma sessão por semana, eu faço avaliação naquele primeiro momento, planejo meus objetivos, o que eu desejo com aquela criança. Se eu vejo que essa criança se enquadra em algumas das escalas que eu utilizo normalmente, então nas outras semanas eu começo a fazer essas outras avaliações por escalas”. (P2 - CER IV CG)

“Eu vejo como está a questão dos tablados, você se está todo higienizado, trago os meus materiais e os meus brinquedos e chamo as crianças e atendo. A gente tem a avaliação inicial que traçamos o protocolo de atendimento com os objetivos e temos também uma avaliação de 6 e 6 meses, comparando com o que a gente já fez. De avaliação tem os testes, a história pregressa do paciente, como foi o parto, esse tipo de coisa”. (P3 - CER IV CG)

“O paciente amputado tem um protocolo de atendimento nessa fase de pré protetização. Nessa fase a gente faz alongamento, fortalecimento e trabalho de equilíbrio. Se o paciente chega para mim, eu tenho tudo isso preparado para ele hoje e ele já sabe mais ou menos a sequência dos exercícios que ele vai realizar. Quando eles recebem a prótese a gente já muda essa dinâmica. A gente muda os exercícios para treinos de marcha e treino de equilíbrio. Às vezes eu os levo lá para fora para dar uma volta no prédio aproveitando a rampa e a escada”. (P5 - CER IV CG)

“Então eu uso uma escala chamada GMFM que avalia a função motora dessas crianças. Eu trabalho só com crianças, então eu consigo avaliar bem onde essa criança se encaixa. Então são itens que eu vou elencando o que a criança consegue fazer. Essa escala não vai por faixa etária, ela vai por função. Então ela me dá várias posturas, várias noções de posicionamento que eu consigo ir fechando o que o paciente consegue fazer, então eu consigo saber dentro daquele padrão, dentro daquela classificação de postura, o que falta e eu vou trabalhar isso. Então essa é a minha forma de avaliação. Eu sempre procuro utilizar essa escala para saber onde o paciente se enquadra e o que está faltando dentro de cada postura, que ele executa”. (P6 - CER IV CG)

“Bom, quando a gente chega aqui, a gente chega às 7:00 para organizar as coisas, para higienizar tudo direitinho por causa da pandemia. Às 7 :20 a gente começa os atendimentos. Os atendimentos duram 40 minutos e a gente tenta organizar o preenchimento da evolução e do BPA entre um paciente e outro. A gente utiliza os estímulos visuais para os pacientes que precisam. Então a gente usa brinquedos, instrumentos coloridos porque alguns têm baixa visão. Porque alguns têm o pescoço, a cabeça que não viram, então a gente utiliza esses recursos coloridos e os auditivos. Utilizamos os recursos físicos, talas, parapodium, andadores, bolas e pesos na questão de fortalecimento e equilíbrio. Aí a gente também utiliza de recursos cognitivos pra pintar, para montar, para encaixar. Porque o tratamento da gente engloba isso tudo, os recursos físicos, visuais, auditivos e sensoriais. A gente trabalha com essa gama de recursos”. (P8 - CER IV CG)

“Eu atendo 3 pacientes por turno em outra sala em uma sala chamada pediasuit que é uma sala só minha. Lá a gente tem a gaiola do pediasuit, laços, band terapêuticos, rolos, bola suíça, alguns brinquedos bola inflável, a gente tem um disco inflável de propriocepção e mais alguns brinquedos. Hoje se oferecem muitos recursos e eu acho que o atendimento ficaria mais rico se tivesse uma esteira ou uma plataforma vibratória, coisas com mais tecnologias que a gente sabe que é difícil ter em serviço público, mas que enriqueceria”. (P2 - FUNAD)

“A minha rotina aqui é o seguinte, eu trabalho com o perfil de paciente neurológico e o meu foco é o sistema respiratório. Então chega muito o paciente com disfagia por conta da seqüela neurológica. Então a minha rotina aqui é basicamente trabalhar com manobras de higiene brônquica, com manobras de reexpansão pulmonar, a gente trabalha com incentivadores respiratórios, com os pacientes que tenham cognitivo preservado”. (P5 - FUNAD)

“Quando o paciente é criança vem pela primeira vez a gente faz uma avaliação fisioterapêutica através de uma ficha de avaliação com dados pessoais, a queixa principal, diagnóstico, HDA e a proposta futura para o desenvolvimento do atendimento”. (P7 - FUNAD)

“Eu chego e venho direto para a sala e verifico se está tudo ok na sala, se tem lugar disponível e se a sala já está minimamente limpa. Eu volto na recepção e chamo o primeiro paciente que já tiver aguardando. Bom eu uso mais a parte de Cinesio e mecanoterapia”. (P1 - CRMIPCD)

“Eu chego vou diretamente para sala de fisioterapia que a gente tem aqui e vejo se está tudo organizado. Aí coloco na minha mesa as fichas onde a gente coloca os dados do paciente e o responsável assina porque a gente trabalha com crianças. Deixo tudo organizado para às 8 horas da manhã iniciar a minha rotina. Eu sempre organizo semanalmente na sexta-feira já que eu estou aqui o dia todo e geralmente de tarde os pacientes faltam e assim faço o planejamento da semana. Eu faço a minha agenda onde eu coloco todos os meus pacientes e vou planejar aquela semana toda sexta-feira à tarde porque uma tarde mais tranquila que é um tempo que a gente terminar o horário de trabalho e assim eu faço meu planejamento semanal com a minha agenda”. (P3 - CRMIPCD)

Ao fazermos um comparativo entre o que é preconizado como ações a serem desenvolvidas pelos profissionais nas competências gerais e específicas para o fisioterapeuta com o que é dito pelos profissionais, verificamos que há muita proximidade, o que nos mostra que nesta categoria o trabalho tem sido desempenhado baseado nas exigências preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Valentim *et al* (2021) revelam que os CER fazem parte de uma política pública de saúde que compreende agentes, estruturas, processos e objetivos de cuidado predeterminados, devendo ser orientada à funcionalidade e ao modelo biopsicossocial, ofertando serviços de reabilitação consonantes com os princípios e diretrizes da RAS. Essa política ainda está sendo implementada, com a missão dos CER pouco compreendida tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários do sistema de saúde.

Os autores afirmam que no cotidiano dos serviços, há dificuldades patentes em relação a cobertura, acesso, qualidade da assistência, planejamento terapêutico, recursos humanos e materiais e que certos arranjos organizativos do processo de trabalho podem impedir a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, é fundamental que os CER organizem seu processo de trabalho baseado na avaliação global multiprofissional, com classificação da funcionalidade humana por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – embora essa classificação seja uma realidade em poucos serviços; consultas compartilhadas; projeto terapêutico singular; ações de educação em saúde, grupos terapêuticos; alta qualificada; ações de matriciamento; alimentação de sistemas de informação e articulação com outros serviços.

A fim de oferecer habilitação e reabilitação às pessoas com deficiência, para que esses sujeitos desempenhem suas funções e atividades diárias com independência, garantindo uma participação social eficaz, dois pontos merecem destaque na avaliação do processo de trabalho, a Composição Técnica do Trabalho e o Projeto Terapêutico Singular.

Merhy e Franco (2003) estabelecem a CTT como uma relação entre o Trabalho Vivo, que é produzido no ato do encontro entre o profissional da saúde e o usuário, sendo então um trabalho relacional e dependente deste encontro e que pode ser produzido de diferentes modos, haja vista, que as necessidades de saúde apresentadas pelos sujeitos, bem como o modo como o profissional lida com elas, é altamente diversificado e multifatorial. Já o Trabalho Morto também envolve usuários e profissionais de saúde, mas sobre este já se aplicou um trabalho progressivo para sua elaboração.

Nesse sentido o Trabalho Morto é desenvolvido por tecnologias duras onde o trabalho se encontra dado e cristalizado neles mesmos, como o uso máquinas e equipamentos para produzir saúde e as tecnologias chamadas de leve-duras, que possuem duplo aspecto, de um lado, referem-se a saberes estruturados de determinada ocupação profissional, em nosso caso a Fisioterapia e do outro, relacionam-se aos modos como esse trabalhador organiza o seu trabalho, de acordo com suas experiências pessoais e seus saberes próprios, que pode e deve se aperfeiçoar no processo de cuidado. O Trabalho Vivo volta-se para as tecnologias leves, que se materializam no momento que o trabalhador se relaciona com o usuário, indicando falas, escutas, interpretações, acolhimentos, responsabilizações e vínculos (FARIA, ARAÚJO, 2010).

Cumprido frisar que a CTT não é mensurável, mas sim um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho. Todo o processo produtivo vai conter necessariamente as três tecnologias durante o desenvolvimento do processo de cuidado. O que diferencia as práticas profissionais e sua orientação tecnologia e a hegemonia do processo produtivo, a ser exercida pelas tecnologias duras e leve-duras, ou leves. Mas historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras sendo desenvolvido no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos (FRANCO; MERHY, 2012).

Ao analisar o processo de trabalho descrito pelos fisioterapeutas do CER, vemos um trabalho sendo realizado pelo ato prescritivo de procedimentos e consultas fisioterapêuticas além do uso de materiais e equipamentos. Nesse sentido, temos o uso

de tecnologias duras e leves-duras, o que implica diretamente em uma CTT voltada para o Trabalho Morto. Isso é reforçado pela nuvem de palavras da classe 6 do Dendograma (Figura 3) e as seguintes falas:

“Aqui não tem nenhum equipamento eletrônico; não tem TENS, ou FES, é manual mesmo. A gente usa muito os brinquedos para auxiliar no atendimento. A gente sente falta sim de eletroestimulação, porque como os pacientes da gente são, pelo menos os meus são praticamente todos neurológicos, a gente sente falta de eletroestimulação”. (P4 - CER IV CG)

“Mas os materiais que eu mais uso são os brinquedos. Brinquedos lúdicos que geralmente eu uso por faixa etária. Então, são crianças que têm uma cognição melhor, que já tem uma idade mais avançada eu já proponho brinquedos de encaixe, brinquedos que requeiram um pouco mais desse cognitivo. Então, às vezes, quebra-cabeça, um brinquedo de encaixe, alguma coisa assim mais difícil. Com os menores, uso mais chocalho, esses brinquedos mais sonoros, visuais e coloridos”. (P6 - CER IV CG)

“Eu poderia juntar ao convencional com a esteira. A gente não tem uma, mas eu ouvi dizer que está quase chegando, então acho que daqui que eu me aposentar ela chegará eu vou ter essa felicidade de ver algumas crianças aqui usando. Sinto falta de algumas tecnologias que não são tão avançadas, mas que nos ajudariam [...]. Nem por isso o profissional deve ficar parado de braços cruzados. Eu não vou fazer isso porque a esteira não chegou jamais, jamais. A fisioterapia é arte e você precisa colocar a cabeça para pensar”. (P8 - FUNAD)

Para Haddad (2006) a tendência da Fisioterapia em ocupar um processo de trabalho voltado para as tecnologias duras e leves-duras reside na gênese da própria profissão. Nos diversos períodos da história a profissão passou por diferentes reformulações, porém manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas.

De certa forma, essas características sofreram influências dos campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente da medicina. A prática dos fisioterapeutas tem consistido em assistência à

doença, ocorrendo de forma fragmentada por áreas específicas de conhecimento e, de maneira geral, afastada dos reais problemas de saúde da população.

Franco e Merhy (2012) inferem que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, vai refletir em processos de trabalho com menores graus de liberdade, operando um cuidado focalizado nos equipamentos, materiais, normas de funcionamento e ações de saúde rigidamente vinculadas aos protocolos com procedimentos padronizados que se dirigem às partes de um corpo sem história e sem emoção e sem contexto cultural e social.

Valentim *et al* (2021) ao aplicar o modelo lógico em CER estaduais no Rio Grande do Norte observou que a dificuldade em aplicar o Trabalho Vivo (modelo biopsicossocial) na avaliação global, na definição de metas terapêuticas e na alta qualificada decorre de práticas biologicistas e avaliação fragmentada por categoria profissional. Esse fato gera fragmentação da assistência e dos projetos terapêuticos, práticas unilaterais, estabelecidas sem diálogo; dificuldade para definir as prioridades terapêuticas e alocar profissionais no caso, levando a falta de autonomia do paciente e da família na gestão do cuidado e baixa resolutividade das ações, com permanência dos pacientes por tempo superior ao necessário e aumento da demanda reprimida.

Fato semelhante foi verificado por Silva (2018) ao estudar o processo de trabalho da Clínica da Família Victor Valla na cidade do Rio de Janeiro. Quanto à produção do cuidado a autora pode perceber, através das falas dos profissionais entrevistados, um terreno híbrido. Híbrido porque a produção do cuidado ora se mostra centrado em procedimentos, consultas individualizadas, em atos pré-formulados, em fazeres pré-moldados pelo Modelo Tecnoassistencial, ora se mostra centrado no usuário, integral, produtor de cuidado-cuidador, que gera linhas de fuga no sentido da integralidade.

Advogo, portanto, em um modelo assistencial com Composição Técnica do Trabalho centrado no Trabalho Vivo. Isso não significa que o modo como os CER estudados apresentam seu processo de cuidado estejam equivocados, mas é necessário um trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor, produtor de vínculo com responsabilização sobre as pessoas com deficiência, que entenda o mundo de necessidades desse segmento populacional, desenvolvendo e acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, resolutivos, integrais, interprofissionais e interinstitucionais.

A Transição Tecnológica é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho e deve ser uma decisão pactuada entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade.

A fim de promover essa transição tecnológica, trazendo o usuário como o centro da produção do cuidado, o Instrutivo de Reabilitação apresenta o PTS como instrumento de tecnologia leve. Conforme Pereira e Oliveira (2022) mostram ser este um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para o atendimento individual - ou em grupo - tendo como base a atuação interdisciplinar, que se inicia a partir da avaliação compartilhada sobre as condições do usuário e definição dos procedimentos que serão pactuados e realizados por meio de um vínculo estável e acolhedor entre equipe de saúde e usuário/família.

Durante a realização das entrevistas nenhum profissional mencionou a realização do PTS. Notadamente, a ausência de uma política institucional para o estudo e discussão de casos complexos praticamente inviabiliza a realização desse mecanismo interprofissional. Ao analisar as falas a seguir, pode-se perceber a ausência da construção de PTS:

“Os pacientes, que a gente chama de estimulação precoce, que são os pacientes que têm uma evolução, um prognóstico bom, eu digo, bom, no sentido de ter uma evolução considerável. Esses pacientes a gente vai avaliando a cada sessão e vai reformulando a conduta de acordo com o que ele necessita. Mas não se tem isso especificamente por escrito. Isso é uma coisa que a gente faz no próprio atendimento, a gente vai adaptando a conduta e vai fazendo as alterações necessárias para chegar no objetivo”. (P6 - CER IV CG)

“Eu trabalho com paciente com AVC, então eu sigo mais ou menos com alongamento, eu não tenho nenhuma técnica, nada específico, só exercícios mesmo que a gente aprende na faculdade. O atendimento para pacientes da neurologia a gente trabalha com os tatames onde trabalha a parte de alongamentos a gente trabalha com bola, com faixa elástica, com pesos. Mas para a reabilitação realmente eu não uso nenhum protocolo, até porque aqui a gente não tem isso. Ninguém se reúne para sentar e construir um protocolo. Então cada um faz o seu, a gente se reúne entre a gente mesmo e troca ideia, tira uma dúvida, discute o caso do paciente, mas fora isso são os exercícios normais que a gente faz. Para cada paciente meu eu traço mais ou menos a conduta. Não é escrito, mas mental.

Normalmente o que eu quero fazer com ele para que ele consiga evoluir. O meu objetivo é sempre deixar meu paciente o mais independente, essa é uma coisa que eu faço com todos. Como é AVE, normalmente antes do problema, eles eram pessoas independentes. Então assim, eu tento buscar isso a independência deles. Inclusive em relação às famílias converso muito sobre isso. Então assim, esse é o objetivo principal. Eu traço mentalmente na minha cabeça cada paciente e o que mais ou menos ele está precisando e qual é o objetivo e até onde a gente quer ir”. (P4 - FUNAD)

“Eu traço as minhas metas e o que eu pretendo alcançar com cada paciente. A forma de trabalho eu planejo, mas o comando quem dá é lá [coordenação], hoje você vai para aqui, hoje você vai para ali. O paciente é meu e sou eu que determino o que eles devem fazer e a forma do atendimento”. (P6 - FUNAD)

O PTS é um instrumento que promove a clínica ampliada e o trabalho colaborativo, portanto, não está restrito a um único nível de assistência à saúde ou a normativa de um componente da RAS. Soares *et al* (2018) apresentam o PTS como um recurso integrador das disciplinas ministradas por semestre em uma faculdade particular. Pela construção do PTS, os autores observaram uma articulação de conhecimentos teóricos e práticos; a aplicação do pensamento terapêutico tanto com os componentes curriculares do curso quanto com os componentes curriculares do período cursado de forma a resolver problemas reais e o empoderamento da pessoa e família no processo de cuidado.

Silva *et al* (2022) relataram a experiência na construção de PTS no Programa da Residência multiprofissional em Atenção Básica com ênfase em Saúde da Família. O PTS foi construído com equipe multiprofissional, as propostas terapêuticas pactuadas tendo o fisioterapeuta enquanto profissional condutor. Os autores concluíram que o PTS como forma de cuidado centrado na pessoa em casos complexos, permite nortear condutas multiprofissionais, baseando-se nas demandas do paciente de modo geral, sem considerar apenas os aspectos da doença. Essa proposta permite traçar metas abrangentes desviando do modelo biomédico, facilitando a comunicação multiprofissional e um cuidado integral à saúde.

Para Wagner *et al* (2020) o PTS é um recurso que pode ser utilizado para se pensar na desospitalização de pacientes internados por longos períodos. Implantado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF/Ebserh), os

autores buscaram oferecer uma atenção integral, promover o trabalho em rede e garantir a continuidade do cuidado a partir da construção das linhas de cuidado e da organização de fluxos, referências e contato com as demais unidades de saúde e outros equipamentos assistenciais que compõem a rede de atenção à saúde (RAS).

Durante a implementação do PTS os autores perceberam que este dispositivo contribuiu de maneira contundente para o olhar ampliado sobre uma determinada condição de saúde e o trabalho em equipe transforma a assistência e asseguram resultados muito mais efetivos e duradouros, uma assistência de qualidade e integral ao usuário e seus cuidadores, fortalecendo o protagonismo e autonomia dos usuários, mostrando a necessidade de todos os envolvidos no processo assumirem suas responsabilidades de modo a construir o cuidado compartilhado na rede hospitalar (WAGNER *et al*, 2020).

Por fim, Pereira e Oliveira (2022) analisaram a aplicação do PTS em conjunto com a CIF e programas terapêuticos no processo de terminalidade do tratamento de pessoas com deficiência intelectual em um CER tipo III na cidade de Anápolis no estado de Goiás. Os autores perceberam que o PTS, atuando em conjunto com as demais ferramentas se tornou um pilar essencial para a condução dos casos complexos fortalecendo as condutas desempenhadas no CER através das metas e objetivos terapêuticos pactuados com o tempo e o fluxo da intervenção e a articulação com a rede de serviços do município.

Diante de tantas experiências exitosas com o uso de PTS como ferramenta indispensável para um cuidado ampliado, integral e resolutivo, que tem sua aplicação em diferentes cenários como a graduação até o nível mais complexo da RAS. Nesse sentido, esse instrumento que pensa para além de tecnologias duras e leves-duras pode e deve ser amplamente difundido entre os CER. Para tanto é necessária uma decisão pactuada entre a gestão dos serviços e os profissionais, haja vista, ser imprescindível uma reorganização do processo de trabalho dos profissionais e na organização dos serviços.

6. CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar que o Centro Especializado em Reabilitação tem sido uma estratégia fundamental para a consolidação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no Brasil, no que se refere a atenção especializada. Esse instrumento tem oferecido uma assistência multiprofissional que tem gerado impacto na qualidade de vida da população.

Verificou-se que a maioria dos profissionais fisioterapeutas que atuam nos serviços é do sexo feminino, mostrando a relevância da mulher tanto no mercado de trabalho e que a maioria dos profissionais possuía ao menos uma especialização, com destaque para a área neurofuncional, demonstrando alto grau de capacidade técnica dos fisioterapeutas para atuação no CER. Além disso, o serviço de prescrição de OPM ser realizado por um profissional específico e capacitado foi apontado como um fator de impacto na qualidade e especificidade da prescrição, apesar do tempo de espera para recebimento do material ser um fator complicante para os usuários.

Foi observado que os serviços funcionam dentro do preconizado pela legislação da categoria profissional, respeitando a carga horária e o limite de pacientes por turno. Outra questão seguida é o dimensionamento de profissionais de acordo com o tipo de CER.

Apesar dos ganhos, alguns pontos precisam de ajustes. No tocante ao acesso, percebe-se um tempo de espera prolongado entre a avaliação global e o início da realização da Fisioterapia. Esse tempo demasiado prejudica as condições de saúde população podendo até aumentar as complicações do quadro de saúde. Outra questão nesta categoria foi percebida no gerenciamento da demanda reprimida, onde pacientes mais antigos na agenda eram preteridos para iniciar a terapia em oposição a pacientes recém avaliados. Isso ocorrendo sem um motivo prévio.

Uma questão crítica é a ausência da institucionalização do estudo e discussão de casos complexos, relegando essa importante ferramenta para espaços informais. Essa ausência proporciona um cuidado fragmentado e pouco efetivo no empoderamento e garantia de autonomia dos usuários. Esse vazio implica diretamente no não uso do PTS enquanto instrumento potencializador do cuidado integral, haja vista que nenhum dos serviços realizava a construção do PTS.

Ao analisar a Composição Técnica do Trabalho, percebe-se que a Fisioterapia desenvolvida nos CER estudados está ligada ao Trabalho Morto, sendo este um trabalho voltado para equipamentos, protocolos, ato prescritivo e consultas individualizadas. Faz-se necessário um olhar para a transição tecnológica dos CER, para o desenvolvimento de um Trabalho Vivo, centrado no usuário e suas demandas a partir de um modelo assistencialista biopsicossocial.

Diante do contexto apresentado, reconhece-se a necessidade de ampliação e replicação desse estudo em diferentes CER, não só no estado da Paraíba, como também em outros estados, a fim de verificar semelhanças e diferenças na organização desses serviços e na assistência prestada pelos fisioterapeutas à população com deficiência. Sugere-se também estudos com metodologia longitudinal capazes de aprofundar as categorias estudadas, bem como o levantamento de outras. Faz-se notório o desenvolvimento de Educação Permanente e Matriciamento com os profissionais, gestores e usuários sobre os pontos críticos levantados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria; VASCONCELOS, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto; PESSOA, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes; FORTE, Franklin Delano Soares. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Botucatu: **Interface**, v 21, n 62, 2017.

BARBOSA, Simone de Pinho; COELHO, Karina Aza; CARVALHO, Lorena Miranda de; SARRIA, Bianca; SANTOS, Regina Consolação dos; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Pólo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v 43, n 1, 2019

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2012

BARROSO, Ralf Braga. **O acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Orientadora: Ana Carolina Basso Schmitt. Programa de Ciências da Reabilitação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

BEZERRA, José Gutemberg de Vasconcelos; AZEVEDO, Cristina Camelo de; SAMPAIO, Josineide Francisco. Caminhos e desafios para a formação interprofissional em saúde num centro de reabilitação de uma universidade pública no Brasil. *In*: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (Org.). **Práticas compartilhadas e exigências de interação: envolvimento e trocas em equipe na saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

BISPO, Emanuella Pinheiro de Farias; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador. Potencialidades e fragilidades da Educação e do Trabalho Interprofissional em saúde: perspectivas de profissionais do Nordeste brasileiro. Salvador: **Revista Internacional de Educação e Saúde**, v 5, n 1, p 79-91, 2021.

BOM, Bruno Minotto. **Acesso de pessoas com deficiência a um Centro Especializado em Reabilitação do extremo sul catarinense**. Orientador: Fernanda de Oliveira Meller. 2019. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2020.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** [online], Florianópolis, v.2, n.1, p. 68-80, 2005
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/288882472_Aprendendo_a_entrevistar_Como_fazer_entrevistas_em_Ciencias_Sociais
Acessado em: 01/07/2022

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 out. 1989.

BRASIL. Lei nº 8856, 01 de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1 mar. 1994

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Anexo III, 2010, 7 p.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012a

BRASIL. Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. **Brasília**: SDH-PR/SNPD, 2012b, 32 p.

BRASIL. **Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade)** ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e portaria GM 835 de 25 de Abril de 2012, Brasília, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Ano 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nota Técnica nº 1, Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. **Diário Oficial da União**. Ano 2018.

BRASIL. Decreto nº 9345, 16 de abril de 2018. Altera o Regulamento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, aprovado pelo Decreto nº 99.684, de 8 de novembro de 1990, para dispor sobre as normas de movimentação da conta vinculada do FGTS para aquisição de órtese e prótese pelo trabalhador com deficiência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**. Brasília: 3ª edição, 2019a, 52p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2019b, 108 p

BRASIL - Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**: Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas. Brasil: Ministério da Saúde. 2020. 124 p.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família**: um estudo de caso. Orientador: Antonio Gouveia da Cruz Mendes. 2016. 200 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.

CAMARGO, Ramon Rogado Guedes. **Estudo descritivo de populações de serviço de dispensa de cadeira de rodas**. Orientador: José Marques Novo Junior, 2021. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2021.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 19, n 52, ano 2015, p. 207-210.

CARDOSO, Jordana Santos (org.). **Habilitação, Reabilitação e Tecnologias Assistivas e a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência**. São Luiz: **UNA-SUS**, 2019. *E-book* (11p.) color. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/static/files/Termos%20de%20uso%20do%20ARES.pdf> f. Acesso em: 25 abr. 2022.

CARLOMAGNO, Márcio C; ROCHA, Leonardo Caetano. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. Curitiba: **Revista Eletrônica de Ciência Política**, vol. 7, n. 1, 2016
Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/45771/28756>
Acessado em 21/10/2021

CARO, Camila Caminha; FARIA, Paloma Soares Pereira; BOMBARDA Tatiana Barbieri; FERRIGNO, Iracema Serrat Vergotti; PALHARES, Marina Silveira. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. São Carlos: **Caderno de Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014

CARVALHO, Daniela Gonçalves. Políticas públicas para a pessoa com deficiência – o centro especializado em reabilitação do município de Duque de Caxias/RJ. **Revista de Direito Tributário e Financeiro**, Belém, v. 5, n. 2, p. 01 - 20 jul. /dez. 2019.

CARRAPATO, JFL; CASTANHEIRA, ERL e PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. São Paulo: **Saúde Social**, 27(2), p 518-530, 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; BAPTISTA, Gabriel Calazans, FERLA, Alcindo Antônio e SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Práticas compartilhadas e exigências de interação: envolvimento e trocas em equipe na saúde. Porto Alegre, RS: **Editora Rede Unida**, 2020, 154p.

CLEMENTE, Silvia Batista Torres. **Desafios e perspectivas na implantação de um centro especializado em reabilitação no interior do Rio Grande do Norte**. Orientador: Maria José Pereira Vilar. 2022. 65 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) - Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2022.

COFFITO. Resolução nº 444, 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 out. 2014.

CRIPPA Joyce Nunes; GONÇALVES Adriana Garcia; BARBA; Patrícia Carla de Souza Della; LOURENÇO Gerusa Ferreira. O acesso da criança com paralisia cerebral aos recursos de tecnologia assistiva na percepção dos cuidadores. Marília: **Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, v.4, n.2, p. 85-98, Jul.-Dez., 2017.

CRUZ, Daniel Marinho Cezar da. Papéis ocupacionais e pessoa com deficiência física: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo. Orientadora: Maria Luísa GuillaumonEmmel, 2012. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

DIEESE - **Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos**. São Paulo: Escritório Nacional, 2022. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html>. Acesso em: 20 out. 2022

DUTRA, Gabriela de Anchieta *et al.* Processo de reavaliação, alta e acompanhamento dos pacientes atendidos em um centro especializado em reabilitação do tipo III do estado do Espírito Santo no período de 2018 - 2019. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2 p. 5863-5876, mar/abr, 2022.

FARIA, Helayne Ximenes; DALBELLOARAUJO, Maristela. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FARIA, Rosane Costa; CAMPOS, Estela Márcia Saraiva. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. Juiz de Fora: **Revista de APS**, v 15, n 2: 148-157, 2012

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública** v. 24, n. 1, jan, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

FREIRE, Mariana P.; LOUVISON, Marília; FEUERWERKER, Laura C. M.; CHIORO, Arthur; BERTUSSI Débora. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. São Paulo: **Revista Saúde e Sociedade**, v.29, n.3, 2020

GALVÃO; Cláudia Regina Cabral, BARROSO, Bárbara Iansã de Lima, GRUTT Daniela de Castro. A tecnologia assistiva e os cuidados específicos na concessão de cadeiras de rodas no Estado do Rio Grande do Norte. São Carlos: Caderno de Terapia Ocupacional, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2013.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MAAS, L.; FARAH, J.; FREIRE, J.A. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, 2010

GOMES, Mariana Leme. **Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**: dos documentos norteadores às práticas cotidianas. Orientador: Fátima Corrêa Oliver. 2020. 199p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Mestrado Profissional unidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2020

GOULART Bárbara Niegia Garcia de; ANDERLE Paula. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. **Revista CODAS** (online version), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019120>. Acessado em 27/07/2022

HADDAD, Ana Estela [org]. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. **Brasília**: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, 533p

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2020**. Brasília: INEP. 2022. 78 p.

LIMA, Jônia Cybele Santos. **A formação profissional voltada ao Sistema Único de Saúde e as percepções sobre conteúdos de saúde coletiva**. Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Augusto Noro. 2019. 107 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2019.

MACHADO, Wiliam César Alves *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 27, n. 3, 2018, p. 1-9

MACHADO, Maria Helena; NETO Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 23, n 6, 2018

MEFANO, Vania. **Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional**. Orientador: Costa, Nilson do Rosário. 2014. 138 f.

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MEI, André Eduardo, FERRETTI, Eliana Chaves, NAKAMURA, Helenice Yemy, & GASPARETTO, Maria Elisabete Rodrigues Freire. Integralidade nos processos de dispensação de cadeiras de rodas: estudo de caso de um centro de referência em reabilitação. São Paulo: **Revista gestão em sistemas de saúde**, v 9, n 1, 52-70, jan/abr, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i1.14378>

Acessado em: 02/08/2022

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MORENO, Felipe Tambellini de Haro. **Aderência ao tratamento com órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção dispensados através do programa de OPM**. Orientador: Edgard Eduard Engel. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2021.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; *et al.* Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p 414-430, jul-dez, 2019

NOVAES HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. São Paulo: **Revista Saúde Pública**. 34 (5): 547-59, 2000.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. **EDUFMA**: São Luís, 2016, 57p.

OTHERO, Marília Bense.; AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.219-33, 2012.

PARREIRA, Samara Lamounier Santana; SILVA Flavio Roberto Rosa; VALLE, Éverton Fleury Victorino; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle; CAMPOS, Francisco Itami; FERNANDES, Viviane Lemos Silva; ROSSETO, Lucimar Pinheiro; SANTOS, Vagner Rogério dos. As Principais Formas de Aquisição de Tecnologia Assistiva: um estudo realizado em clínicas de reabilitação na cidade de Anápolis/GO. Anápolis: **Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science**, v.9, n.1, 524-544, jan.-abr. 2020

PEREIRA, Gláucia Tomaz Marques; OLIVEIRA, Paulyane Cristine da Silva. A terminalidade do tratamento da pessoa com deficiência intelectual e transtorno do espectro autista em um centro especializado de reabilitação intelectual: caminhos para a funcionalidade e a inclusão social. **Revista Apae Ciência**, v. 17, n. 1, 2022

PITANGA, Ângelo Francklin. Pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa: refletindo sobre as decisões na seleção de determinada abordagem. **Revista Pesquisa Qualitativa**: São Paulo, v.8, n.17, p. 184-201, ago. 2020

PROETTY, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, v.2, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60>. Acessado em 05/07/2022

REIS, Valéria Maria; DAVID Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. Juiz de Fora: **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

REUBENS-LEONIDIO, Ameliane da Conceição; CARVALHO, Talita Grazielle Pires de; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira; BARROS, Mauro Virgílio Gomes de. Educação interprofissional e prática colaborativa na formação em educação física: reflexões de uma experiência na perspectiva da tutoria. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.30, n.3, 2021

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; MEDEIROS, Arthur de Almeida; SILVA, Silvia Lanziotti Azevedo da (org.). **Redecin Brasil**: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022.

RIBEIRO AA, GIVIZIEZ CR, COIMBRA EAR, SANTOS JDD, PONTES JEM, LUZ NF, ROCHA RO, COSTA WLG. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. Rio de Janeiro: **Escola Anna Nery**, n 26, 2022

SANTOS, Maria da Conceição. **Pessoas com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado**: análise das práticas de reabilitação no SUS. Orientador: Selma Lancman. 2017. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Ciências da Reabilitação, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA AH, FOSSÁ MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Paraíba: **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n.1, 2015.

SILVA, Regina Ferreira Pinto Bezerra da. **Relação entre oferta e demanda no trabalho cotidiano das equipes de saúde da família sob a ótica do cuidado em saúde**. Orientador: Carlos Eduardo Aguilera Campos. 2018. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

SILVA, A. C. Uso do modelo da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde associado ao projeto terapêutico singular para ampliar o cuidado centrado na pessoa: relato de experiência. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 2, 2022. <https://doi.org/10.51161/rem/3588>

SIQUEIRA, Simone Stein. **Fatores associados à adesão dos usuários em um centro especializado em reabilitação (CER) no uso de órteses de membro superior**: na

perspectiva do profissional, do discente e do usuário. Orientador: Heloisa Helena Motta Bandini. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, 2019

SOARES, Luciana Maria de Moraes Martins; et al. Construindo redes de cuidado através da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular. **Revista interscienta**, v. 6, n. 1, 2018

TANAKA OU, TAMAKI EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Rio de Janeiro: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):821-828, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; NETO Paulo Poli. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v 22, n 3, 941-951, 2017

VALENTIM, Regis de Souza. **Avaliação em saúde aplicada aos centros especializados em reabilitação: proposição e validação por consenso de um modelo lógico**. Orientador: Diego de Sousa Dantas. 2020. 60 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2020.

VALENTIM, Regis de Souza. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. **Revista Saúde Pública**, 2021

WAGNER, Debora; et al. Implementação do Projeto Terapêutico Singular em um hospital universitário: relato de experiência. **HU Revista**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.16970>.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: O Processo de Trabalho dos Fisioterapeutas dos Centros Especializados de Reabilitação no Estado da Paraíba, sob a responsabilidade de: Alex Prates Lorenzo e da orientadora prof^aDr^a Inácia Sátiro Xavier de França, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A população com deficiência possui diferentes necessidades, incluindo uma assistência à saúde qualificada. Entender como funcionam locais de atendimento a essa população e o processo de trabalho dos profissionais que os atendem é fundamental para auxiliar no desenvolvimento dessa política pública. Desse modo o objetivo dessa pesquisa é analisar o processo de trabalho dos Fisioterapeutas que atuam pelos Centros Especializados em Reabilitação do Estado da Paraíba.

Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Este será um estudo de campo de caráter transversal. Para atingir os objetivos propostos e responder a questão norteadora, essa pesquisa utilizará uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados quantitativos levantados nessa pesquisa se delimitam a caracterização da população estudada por um questionário estruturado e os dados levantados submetidos a estatística descritiva. No tocante aos dados qualitativos, estes serão coletados mediante entrevista semiestruturada, que será gravada e transcrita para posterior análise do discurso.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos decorrentes da participação na pesquisa, além de promover uma elucidação e compreensão dos objetivos propostos. As informações obtidas serão confidenciais e será garantido o sigilo de sua participação. Os dados não serão divulgados de forma que permitam a sua identificação conforme a Resolução CNS 466/12/ CNS/MS.

Dessa forma, os riscos podem ser considerados mínimos para os participantes da pesquisa, tais como tomar tempo dos participantes para participar da entrevista prejudicando a assistência aos usuários ou responder questões sensíveis ao participante da pesquisa que possam evocar sentimentos nunca antes revelados.

A fim de minimizar esses e outros possíveis riscos inerentes a participação da pesquisa, as entrevistas serão realizados em horários pré agendados com os profissionais dos serviços a fim de não prejudicar a assistência; para minimizar desconfortos, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras durante as entrevistas; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; o pesquisador assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto.

Proporcionar uma avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação e o processo de trabalho dos Fisioterapeutas que atuam nesses serviços permitirá identificar as fragilidades e potencialidade, propondo melhorias na estrutura e organização desse serviço, a fim de melhorar a assistência a saúde das pessoas com deficiência.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao indivíduo, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Caso haja eventuais danos ou prejuízos devidamente comprovados em decorrência da participação desta pesquisa, os custos e despesas do ressarcimento serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com (responsável da pesquisa), através dos telefones (83) 98721-2100 ou através do e-mail: alexlorenzo_rj@hotmail.com, ou do endereço: Rua Denise Alves de Medeiros, 60, Sandra Cavalcanti, Campina Grande-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone (83) 3315 3373, e-mail: cep@setor.uepb.edu.br

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa O Processo de Trabalho dos Fisioterapeutas dos Centros Especializados de Reabilitação no Estado da Paraíba e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu,

_____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

() DOU MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DA PESQUISA O PROCESSO DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

() AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ PARA A PESQUISA O PROCESSO DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS DOS CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

() NÃO AUTORIZO A GRAVAÇÃO DA MINHA VOZ

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA Nº:**

Local da Pesquisa:

Q1. Sexo do Respondente

Masculino

Feminino

Q2. Qual a data do seu nascimento:

Q3. Qual a sua cor?

Branca

Amarela

Preta

Parda

Outra

Q4. Atualmente você está:

Casado(a) / Tem companheiro(a) / Vive junto

Separado(a) / Divorciado(a)

Solteiro(a) / Vive sozinho(a)

Viúvo (a)

Q5. Qual o seu ano de formação:

Q6. Em qual instituição você se formou?

Q7. Qual(is) curso(s) de especialização você concluiu? Em qual ano?

Não realizei curso de especialização

Curso de Especialização

Ano

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q8. Qual(is) curso(s) de residência você concluiu? Em qual ano?

Não cursei residência

Residência

Ano

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q9. Você possui o título de mestre?

Sim Não

Q9.1. Se sim, qual a área de seu curso de mestrado? Em qual ano você concluiu?

Área do mestrado

Ano

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q10. Você possui título de doutor?

Sim Não

Q10.1. Se sim, qual a área do seu curso de doutorado? Em qual ano você concluiu?

Área do doutorado

Ano

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q11. Você participou de algum Congresso e ou Seminário nos **últimos dois anos**?

Sim Não

Q11.1. Se sim, qual a área do evento?

Área do evento

Ano

Q12. Você realizou algum Curso de Qualificação nos **últimos dois anos**?
 Sim Não

Q12.1. Se sim, qual a área do Curso?

Área do Curso

Ano

Q13. Quanto tempo você trabalha nesse serviço?

 anos Meses

Q14. Qual a sua carga horária semanal de trabalho neste serviço?

Q15. Qual o seu vínculo de trabalho com esse serviço?

Estatutário

CLT

Prestação de serviço

Cargo Comissionado

Outro

Q16. Você trabalha em algum outro serviço ou atende em domicílio?

 Sim Não

Q17. Nomeie o seu outro local de trabalho e sinalize se este é público ou privado.

Q18. Qual a sua renda mensal (em salários mínimos)

1 2 3 4 5
 6 7 8 9 10

Q19. Quantos atendimentos individuais você realiza por turno durante sua semana de trabalho neste serviço?

Q20. Você realiza alguma atividade em grupo?

Sim Não

Q20.1. Se sim, descreva essa atividade

Q21. Assinale os dias que você trabalha nesse serviço bem como o turno

	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã							
Tarde							
Noite							

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O Processo de Trabalho dos Fisioterapeutas dos Centros Especializados de Reabilitação no Estado da Paraíba

Pesquisador: ALEX PRATES LORENZO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55073621.7.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.482.184

Apresentação do Projeto:

No projeto lê-se: "Define-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Nesse sentido, é necessário que profissionais e serviços de saúde que respondam com qualidade as demandas dessa população."

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho dos Fisioterapeutas que atuam pelos Centros Especializados em Reabilitação do Estado da Paraíba.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos o pesquisador informa: "As entrevistas serão realizadas de modo presencial nos CER e respeitarão as normas estaduais e municipais estabelecidos para prevenção da pandemia de COVID-19 em vigor no momento da coleta de dados. Dessa forma, os riscos podem ser considerados mínimos para os participantes da pesquisa, tais como tomar tempo dos participantes para participar da entrevista prejudicando a assistência aos usuários ou responder questões sensíveis ao participante da pesquisa que possam evocar sentimentos nunca antes revelados.

A fim de minimizar esses e outros possíveis riscos inerentes a participação da pesquisa, as entrevistas serão realizadas em horários pré agendados com os profissionais dos serviços a fim de

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 5.482.184

não prejudicar a assistência; para minimizar desconfortos, será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras durante as entrevistas; assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; o pesquisador assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos e estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto.”.

Quanto aos benefícios o pesquisador informa: “Proporcionar uma avaliação dos Centros Especializados em Reabilitação e o processo de trabalho dos Fisioterapeutas que atuam nesses serviços permitirá identificar as fragilidades e potencialidade, propondo melhorias na estrutura e organização desse serviço, a fim de melhorar a assistência a saúde das pessoas com deficiência.”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta aspectos metodológicos característicos de uma pesquisa científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresenta os termos exigidos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1935854_E1.pdf	30/05/2022 16:57:27		Aceito
Outros	termo.pdf	30/05/2022 16:58:47	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Declaração de concordância	concordancia.pdf	30/05/2022 16:58:19	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2022 16:55:57	ALEX PRATES LORENZO	Aceito

Endereço: Av. das Barúas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



Continuação do Parecer: 5.482.184

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LORENZO_2.docx	30/05/2022 16:55:42	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Outros	anuencia_crmipcd.pdf	23/04/2022 21:06:31	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Outros	anuencia_jp.pdf	03/02/2022 09:06:49	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Outros	anuencia_funad.pdf	13/01/2022 14:06:46	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Outros	anuencia_cg.pdf	13/01/2022 14:06:24	ALEX PRATES LORENZO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/10/2021 09:35:58	ALEX PRATES LORENZO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 22 de Junho de 2022

Assinado por:
Gabriela Maria Cavalcanti Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@setor.uepb.edu.br

ANEXO B

```
+-----+-----+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Oct 26 13:27:27 2022
+-----+-----+
```

```
Number of texts: 22
Number of text segments: 442
Number of forms: 2199
Number of occurrences: 17978
Número de lemas: 1427
Number of active forms: 1305
Número de formas suplementares: 113
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 515
Média das formas por segmento: 40.674208
Number of clusters: 6
358 segments classified on 442 (81.00%)
```

```
#####
tempo : 0h 1m 0s
#####
```