Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo – SP

ARTIGO ORIGINAL

Work process and care models in a Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência in São Paulo – SP

Mariana Leme Gomes[1], Fátima Côrrea Oliver[2]

https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e205241

Gomes ML, Oliver FC. Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo – SP. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e205241.

RESUMO: O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é o serviço de referência para pessoas com deficiência, instituído pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) do Sistema único de Saúde (SUS). As intervenções propostas e oferecidas nesse serviço são conduzidas pelos modelos assistenciais em saúde e de compreensões da deficiência. O objetivo desse artigo é abordar como esses modelos se relacionam com os processos de trabalho do CER. Para isso, foi realizada pesquisa documental sobre documentos norteadores da RCPCD, observação participativa de atividades desenvolvidas em um CER da cidade de São Paulo, grupos de discussão com profissionais do serviço e entrevistas com profissionais da gestão. Os resultados demonstram os avanços alcançados com a instituição da política e do serviço, as tensões entre os conceitos e modelos e a prática ainda pautada em ações no individuo, evidenciando a necessidade de investir em ações coletivas e compartilhadas para favorecer mudanças sociais com o objetivo de garantir participação e inclusão social efetivas.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência; Modelos de atenção à saúde; Centros de reabilitação; Política de saúde; Sistema único de saúde.

Gomes ML, Oliver FC. Work process and care models in a Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência in São Paulo – SP. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.;32(1-3):e205241.

ABSTRACT: The Centro Especializado em Reabilitação (CER) is the reference service for care and rehabilitation of peoplewith disabilities, established by Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) of the Sistema único de Saúde (SUS). The health care and disability understanting models guide interventions in the health-disease and rehabilitation processes. The objective of this article is to address how these concepts are related to the work processes in CER. For this, there was performed a documentary research on the guiding documents of RCPCD, a participant observation of activities developed in a CER in the city of São Paulo, discussion groups with service professionals and interviews with management professionals. The results demonstrate the advances achieved with the institution of the policy and servisse, the tensions between the concepts and models and the practice that still based on individual actions, highlighting the need to invest in collective and shared actions for social changes in order to search effective social participation and inclusion.

KEYWORDS: Disabled people; Health care models; Rehabilitation centers; Health policy; Unified health system.

Parte da dissertação "*Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas*", Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde.

1. Universidade de São Paulo. https://0000-0002-5805-2642. E-mail: maricotato@yahoo.com.br.
2. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. https://orcid.org/0000-0002-7288-8921.

Endereço para correspondência: Fátima Côrrea Oliver. Rua Cipotânea, 51. FOFITO. Cidade Universitária, São Paulo, SP, CEP: 05360-160. E-mail: fcolive@usp.br

INTRODUÇÃO

Pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas em relação à saúde, escolaridade e participação na economia quando comparadas às pessoas sem deficiência, especialmente entre as populações mais pobres[1]. A instituição de Políticas Públicas, que possibilitem o acesso aos direitos básicos e exercício de cidadania, é essencial e necessária para superar essa discrepância.

No âmbito da saúde, o acesso universal e gratuito é previsto pela Constituição Federal e estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1990, para todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência, com posterior instituição de legislações sobre especificidades do cuidado a essa população e respeito a seus direitos fundamentais, conforme afirmado na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência[2,3].

Em consonância com a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS)[4] e como desdobramento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite[5], a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) foi instituída em 2012, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência[4].

A RCPCD estabelece a criação do Centro Especializado em Reabilitação (CER), componente da atenção especializada que presta assistência em duas ou mais modalidades de reabilitação e é referência nas ações para pessoas com deficiência no seu território. Ele pode ser caracterizado como II, III ou IV a depender de quantos tipos de deficiência venha a atender – intelectual, física, visual e auditiva[4].

Os modelos assistenciais e de compreensão da deficiência pautam as práticas em saúde e reabilitação a serem realizadas também nos CER. O conceito de modelo assistencial se refere às combinações técnicas que caracterizam o modo como são produzidas, distribuídas e articuladas ações e recursos para a intervenção e é balizado por dimensões teóricas, organizacionais e políticas[6].

Os modelos de compreensão de deficiência representam a maneira como a cultura e sociedade enxergam e reagem às pessoas com deficiência e são influenciados por diferentes padrões morais e religiosos[7], médicos, científicos e econômicos[8], relacionais e sociais[9].

O modelo biomédico da deficiência a compreende como uma problemática do indivíduo, que por alterações em estruturas ou funções corporais deve ser tratado e/ou curado a partir de práticas de reabilitação para que se aproxime o máximo possível dos padrões considerados normais. As práticas de reabilitação propostas por este modelo são pautadas em um saber técnico e serviços especializados a fim de alcançar tal cura ou normalização[7,8].

O modelo social da deficiência considera que os maiores problemas da deficiência não são as lesões ou alterações funcionais em si, mas a forma como a sociedade percebe as pessoas com deficiência, como incapazes e impossibilitadas. As dificuldades são representadas pelas barreiras apresentadas socialmente e pelas relações de poder que se estabelecem entre este grupo, oprimido e as pessoas sem deficiência[9,10,11].

Já o modelo biopsicossocial foi apresentado pela OMS na constituição da Classificação Internacional de Saúde e Funcionalidade (CIF). A sua proposta é deslocar o conceito de deficiência da patologia para diferentes dimensões do sujeito e do seu contexto social. Essas dimensões incluem limitações ou possibilidades nos níveis das funções e estruturas do corpo, da realização de atividades e da participação social e a interação desses fatores ambientais e pessoais, que configuram os impedimentos vivenciados pelas pessoas com deficiência[8,12].

No Brasil, algumas autoras também discorrem sobre modelos de reabilitação em consonância com princípios e diretrizes do SUS. Estes devem ter a atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde e se valer da proximidade ao território e participação popular para desenvolver ações coletivas, a partir das demandas das pessoas com deficiência da comunidade[8,12].

Visto essa configuração e a importância em aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento dos CERs e da RCPCD, esse artigo* pretende apresentar como o CER de uma microrregião do município de São Paulo- SP tem contribuído para os processos de cuidado e reabilitação na RCPCD, considerando as concepções e dimensões teóricas que os norteiam.

METODOLOGIA

Este é um estudo de caráter qualitativo e descritivo, a partir da associação de três estratégias de coleta de dados - pesquisa documental, entrevistas e grupos de discussão e observação participante.

A pesquisa dos documentos norteadores da RCPCD foi realizada com o objetivo de conhecer as orientações que norteiam as práticas de reabilitação nos serviços[13]. Os documentos estudados[4,5,14-16] foram elencados por meio da bibliografia estudada e dos relatos das entrevistas e

* O artigo apresenta alguns achados da dissertação de mestrado da primeira autora, de título Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas.

foram analisados a partir do fichamento e sistematização das informações, de contextualização, aporte teórico e do conteúdo de diretrizes, objetivos e ações que propõem.

As entrevistas semi-estruturadas e o grupo de discussão buscaram colher informações contidas na fala dos atores sociais envolvidos na implantação da RCPCD e do CER e no cotidiano do serviço. Foram realizadas 4 entrevistas individuais com profissionais da gestão, entre elas as responsáveis pela área técnica de saúde da pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, da Coordenadoria Regional de Saúde, da Supervisão Técnica de Saúde e a Gerente do CER. Foi utilizado um roteiro de entrevista contendo questões sobre o processo de implantação da rede e do serviço e o apoio gerencial no cotidiano dos profissionais que atuam nesses espaços.

Já com os profissionais do CER foram realizados dois grupos de discussão com participação de 9 profissionais da equipe técnica e a gerente. Os encontros tiveram a duração de 90 minutos e foram conduzidos a partir da revisão do fluxograma descritivo do trabalho, desenvolvido previamente por grupo de estudos sobre a RCPCD da região estudada[17], e de roteiro com questões sobre as atividades realizadas e os processos de trabalho, bem como as orientações e aportes teóricos a partir do qual se estruturaram.

As entrevistas e o grupo de discussão foram gravados e transcritos e as transcrições foram enviadas para apreciação e validação dos participantes das entrevistas. Também foi realizado um terceiro encontro com a equipe do CER para aprovação final do fluxograma descritivo do trabalho.

Por fim, o objetivo da observação participante foi apreender situações que não foram contempladas pelos outros instrumentos de coleta e comparar com as orientações dos documentos e relatos das entrevistas e grupo de discussão[18].

A observação foi realizada a partir de ações e atividades pontuais, escolhidas (identificadas com asterisco no quadro 1) pelos participantes do grupo de discussão em conjunto com a pesquisadora. O roteiro de observação compreendia aspectos do ambiente e espaço físico, bem como características das atividades e das relações estabelecidas entre os participantes. Os conteúdos foram registrados em diário de campo. As observações foram realizadas pela pesquisadora durante os meses de outubro e novembro de 2019.

Todos os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática[18]. As categorias que emergiram dessa análise foram o processo de implantação da rede e do CER, a compreensão de deficiência e reabilitação e modelos norteadores, os processos de trabalho e atividades desenvolvidas e a formação profissional e educação permanente. A reflexão que se construiu a partir do conteúdo analisado parte de referenciais teóricos dos estudos sobre deficiência, de modelos de compreensão da deficiência e reabilitação e da saúde coletiva, como a integralidade e a clínica ampliada.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE: 95538818.5.0000.0065) e da Secretaria de Saúde de São Paulo (CAAE: 95538818.5.3001.0086) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação do Serviço

O serviço estudado é um CER II, referência na rede municipal para o atendimento de pessoas com deficiência física e auditiva, de uma microrregião em São Paulo com população de 456.798 pessoas e com grande heterogeneidade em relação às características socioeconômicas e de escolaridade[19].

O CER está situado em prédio de um complexo ambulatorial, onde divide espaço com o Centro Especializado em Odontologia (CEO), Hospital Dia da Rede Hora Certa/Ambulatório de Especialidades e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), mas tem salas e organização interna próprias.

A equipe de profissionais da unidade é composta por uma gerente, uma auxiliar administrativa, uma técnica de enfermagem, quatro fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, duas fonoaudiólogas, dois psicólogos e dois médicos (otorrinolaringologista e ortopedista), sendo esses últimos compartilhados com o serviço da Rede Hora Certa. A gestão é de administração municipal e os funcionários são concursados.

Os recursos humanos e o espaço físico do CER estão aquém do previsto pelos documentos norteadores e ainda não estava habilitado pelo MS. Na prática, a não habilitação acarreta a impossibilidade de concessão de aparelhos de ampliação sonora individual (AASI) para pessoas com deficiência auditiva e a não manutenção de critérios mínimos de recursos humanos e de estrutura, mas a proposta de funcionamento do serviço é a mesma dos CERs habilitados da cidade, seguindo mesmas diretrizes e orientações normativas e técnicas[16].

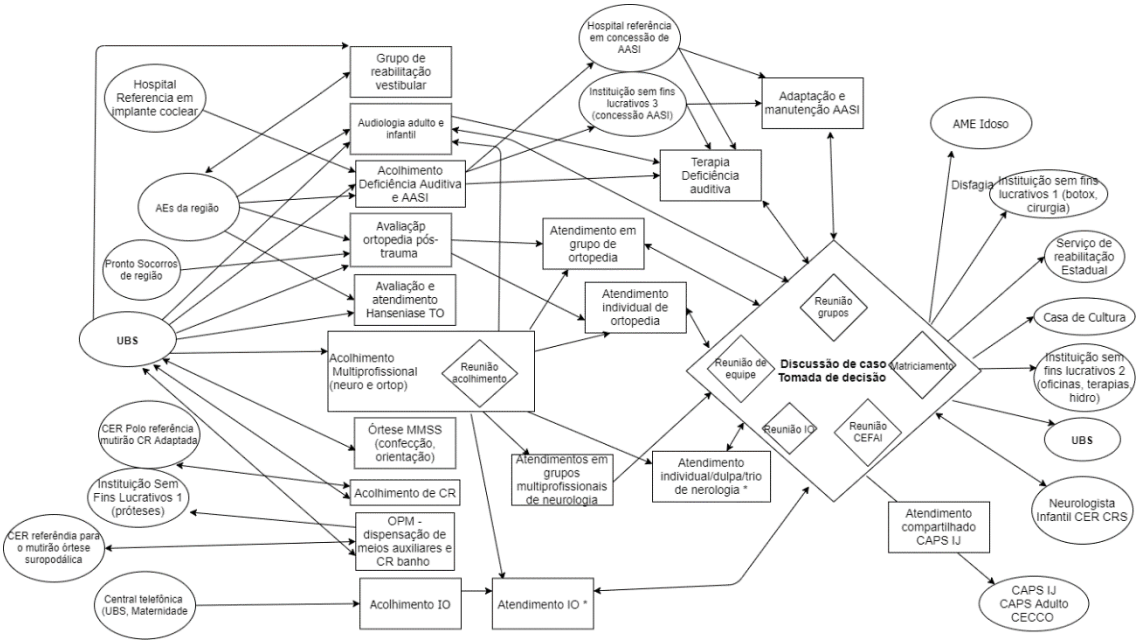
Processos de trabalho no CER

O processo de trabalho em saúde é a estratégia com que os profissionais desenvolvem suas atividades para responder às necessidades de saúde. Este processo é determinado pela forma como estes agentes apreendem a

realidade, vinculada ao contexto sócio-histórico e às forças operantes nos embates no campo de atuação[20]. No contexto do cuidado em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência ele é influenciado pelos tensionamentos entre concepções e paradigmas de deficiência, de saúde e doença e de interesses políticos e econômicos[21].

Os documentos norteadores apresentam em suas diretrizes uma visão consonante com os modelos social e biopscicosocial, ao recomendarem que a deficiência seja considerada a partir das condições ambientais e sociais, bem como processos de reabilitação pautados em diversificação das ações, garantia de direitos, cidadania, inclusão social, autonomia e participação das pessoas com deficiência[5,14,15]. No entanto, no momento de indicar ações concretas nos diferentes níveis de atenção, os documentos norteadores reforçam uma prática pautada no modelo biomédico, com proposições de atividades e terapêuticas centradas em procedimentos e patologias[5,14,15].

As atividades e fluxos do serviço estão apresentados a partir do fluxograma (Figura 1) e dos quadros de atividades (Quadro 1). As atividades administrativas, ainda que essenciais para a organização do trabalho e manutenção da qualidade da atenção às pessoas atendidas, não serão aprofundadas nesse artigo.



Legenda: Elipse: serviço de entrada ou saída do usuário. Losango: momentos de tomada de decisão para a continuidade do trabalho. Retângulo: momento de intervenção, diretamente com a pessoa com deficiência ou familiar.

Figura 1 – Fluxograma de atividades e encaminhamentos

Quadro 1 – Ações desenvolvidas por tipo de atividade, equipe, descrição, profissional e população alvo

		Atividades	Descrição	Profissional		População alvo
Atividades de Acolhimento e Avaliação	Reab Aud	Avaliação audiológica	Exame de audiometria	Fono	Pessoas com	Dificuldades de audição.
		Acolhimento Deficiência Auditiva e AASI	Avaliação, orientações e/ou conduta (terapia, ou encaminhamento para concessão de AASI)	Fono		Deficiência auditiva já diagnosticadas (preferencialmente criança)

Continua...

Quadro 1 – Ações desenvolvidas por tipo de atividade, equipe, descrição, profissional e população alvo

Continuação

		Atividades	Descrição	Profissional	População alvo
Atividades de Acolhimento e Avaliação	Reab física	**Acolhimento Multidisciplinar**	Avaliação sem instrumento específico, com reunião para discussão de caso para estabelecer PTS e devolutiva para usuário	Dupla multiprofissional	Sequelas pós-alta hospitalar e pós trauma; Sequelas de lesões neurológicas até 1 um ano e meio após o evento; Com deficiência (preferencialmente criança
		Avaliação de ortopedia	Avaliação, orientações e/ou conduta (terapia ou encaminhamento)	Fisio ou TO	Situação de pós-operatório e pós-trauma até 6 meses após o evento.
		Avaliação Hanseníase		TO	Hanseníase
		Acolhimento cadeira de rodas (CR)	Avaliação e prescrição de CR	Fisio	Necessidade de CR
	IO	**Acolhimento IO**	Avaliação com instrumento padronizado, reunião para discussão de caso e estabelecimento de PTS e devolutiva para usuário	Equipe multiprofisional	Risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ou com deficiência (bebês)
Atividades de acompanhamento em contato direto com as pessoas atendidas	Reab auditiva	**Terapia individual deficiência auditiva**	Atividades de reabilitação e estimulação	Fono	Deficiência auditiva em uso de AASI ou com implante coclear (preferencialmente criança)
		Grupo reabilitação vestibular			Alterações no sistema vestibular
		Plantão de AASI	Manutenção do AASI, orientações quanto ao uso e cuidado com o aparelho		Utilizam AASI
	Reab física	**Atendimento individual, dupla ou trios de reabilitação**	Atividades de reabilitação e estimulação	TO, Psico Fisio, Fono ou compartilhado	Pessoas com deficiência, adulto ou criança com mais de 1 ano que apresentam demanda de atenção individualizada
		Grupo de crianças			Alterações neurológicas (idade entre 4 e 5 anos)
		Grupo de Parkinson	Atividades de reabilitação e estimulação	Equipe multiprofissional	Parkinson (adultos)
		Grupo de Acidente Vascular Encefálico (AVE)			Sequela de AVE (adultos)

Pessoas com / Pessoas com/que

Continua...

Quadro 1 – Ações desenvolvidas por tipo de atividade, equipe, descrição, profissional e população alvo

Continuação

		Atividades	Descrição	Profissional	População alvo	
Atividades de acompanhamento em contato direto com as pessoas atendidas	Reab física	**Grupo do parque**	Atividades lúdicas em parque da região.	Equipe multiprofissional	Pessoas com/que	Crianças com demandas de alterações comportamento e transtorno de desenvolvimento
		Grupo de cuidados	Orientação em grupo de pessoas com deficiência.			Adultos com alterações neurológicas, em geral AVE
		Grupos ortopedia	Atividades de reabilitação por seguimento do corpo: coluna, membros inferiores e membros superiores	Fisio ou TO		Alterações ortopédicas agudas, pós-trauma e pós-cirúrgico (adultos)
		Atendimento de OPM	Prescrever, conceder de OPMs.	Fisio		Necessidade de OPMs.
		Plantão de OPM	Manutenção das OPMs, orientações quanto ao uso e cuidado com os instrumentos	Fisio		Utilizam OPMs
		Órtese de MMSS	Confecção de órtese de MMSS, orientações e manutenções de uso	TO		Necessidade de órtese de MMSS
	IO	Atendimento em IO	Estimulação para desenvolvimento neuropsicomotor e orientações para responsáveis	Equipe multiprofissional		Risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (bebês)
Reuniões/ tomada de decisão	Geral	**Reunião de equipe**	Espaço para troca de informações, tomadas de decisões e discussões de demandas administrativas e casos			
		Fórum	Espaço mensal com a participação de UBSs, atenção secundária, dos hospitais, universidade que tratam sobre com os temas da reabilitação, saúde mental, infância e adolescência e violência. Organizado pelas interlocutoras da STS. Participação de parte da equipe.			
		Matriciamento	Compartilhamento e discussão de casos com as UBSs de referência e ajuste de fluxos			
	IO	**Reunião com educação**	Compartilhamento e discussão de casos de crianças que estão em idade escolar em reuniões mensais. Encontros organizados pelo CER e participam da reunião profissionais da equipe da IO e da Diretoria Regional de Ensino (DRE) com objetivo principal de garantir e auxiliar na inclusão das crianças com atraso de desenvolvimento ou deficiência nas escolas.			
		Reunião IO	Discussão de casos, tomadas de decisões e organização de agenda IO			

O funcionamento do serviço é bastante diverso, com uma ampla gama tanto de demandas e população atendida, em relação a suas condições e idades, quanto de atividades realizadas. Dentre essas atividades, estão as gerais, nas quais participam todos da equipe e as realizadas por pequenas equipes específicas.

A divisão em equipes tem a função de organizar as demandas, a saber: de intervenção oportuna, de reabilitação auditiva e de reabilitação física (alterações neurológicas do sistema nervoso central, ortopédicas e em hanseníase). Grande parte dos profissionais atua em mais de uma pequena equipe.

A multiplicidade da atenção se mostrou um desafio tanto para a gestão quanto para os profissionais, possivelmente devido à inovação que representa a integração da atenção para pessoas com diferentes tipos de deficiência em um mesmo centro de reabilitação[22] e ao pouco conhecimento compartilhado sobre as possibilidades de desenvolvimento do trabalho.

Na Figura 1, as elipses representam os serviços da rede com os quais o CER estabelece uma relação de referência e contrarreferência dos casos atendidos. Os serviços preferenciais de encaminhamento para início do acompanhamento são as UBSs ou hospitais e serviços especializados, em casos com necessidade de intervenção imediata.

A entrada para o atendimento no CER acontece via encaminhamento no Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA), em agenda interna ou em vagas de reserva técnica, disponibilizadas para acesso em tempo oportuno. São disponibilizadas, ao todo, aproximadamente 225 novas vagas por mês para todas as atividades de avaliação.

As demandas preferencialmente encaminhadas para o CER, descritas no Quadro 1, foram estabelecidas a partir do proposto em documento de diretrizes municipais[16] e com especificidades pactuadas entre gestores locais.

Os critérios de elegibilidade são restritos ao parâmetro biomédico de maior possibilidade de evolução e prognóstico, e podem se tornar excludentes, especialmente para pessoas com deficiências graves, quando o conjunto de suas necessidades de saúde é ainda mais complexo[8].

As atividades representadas no fluxograma por retângulos são as desenvolvidas diretamente com as pessoas com deficiência e/ou seus familiares e são divididas entre atividades de acolhimento/avaliação e atividades de acompanhamento.

A grande parte dessas atividades é desenvolvida em equipes interprofissionais, o que foi pontuado pelas participantes e entrevistadas como um ganho importante na instituição da RCPCD e do CER. Nas relações estabelecidas ficaram evidenciadas, a integração, cooperação, horizontalidade, divisão de responsabilidades e reconhecimento e respeito ao papel e especificidade de cada um[23].

O acolhimento/avaliação multiprofissional é considerado uma das principais mudanças trazidas com a implantação do CER e da RCPCD, no município de São Paulo. Antes a entrada no serviço acontecia via encaminhamentos, para cada especialidade em reabilitação separadamente. Essa nova modalidade de acesso proporciona um atendimento mais integral ao sujeito, uma vez que a avaliação multiprofissional busca compreender tanto a condição de saúde e deficiência, quanto as questões sociais, emocionais e relacionais, apontando para a superação de modelos tradicionais e fragmentados de atenção.

As atividades de acompanhamento em contato direto com as pessoas atendidas têm, de forma geral, o objetivo de recuperar ou estimular desenvolvimento de funções corporais e cognitivas, a partir de exercícios, treinos e orientações, bem como desenvolver adaptações e experimentações para maior autonomia e independência. Além disso, nas atividades e intervenções com as famílias e cuidadores pretende-se promover maior conhecimento sobre a condição das pessoas acompanhadas e sobre como apoiá-las. Essas atividades são propostas a depender dos objetivos terapêuticos para cada pessoa atendida e podem ser realizadas individualmente ou em grupos.

Os grupos são considerados pelos profissionais como estratégias privilegiadas para práticas ampliadas de reabilitação em detrimento dos atendimentos individuais, pois propiciam trocas de experiências e vivências entre os participantes. O grupo do parque, por exemplo, tem ainda a característica diferencial de acontecer fora do *setting* terapêutico do CER e possibilita a experimentação de situações cotidianas de contato com outras pessoas, habilidades de interação, apropriação e circulação no território, com a possibilidade de intervenções terapêuticas em ato.

As concessões de Órteses, Próteses e Meios de locomoção (OPM) também são atividades de acompanhamento, que ocupam um lugar de destaque tanto nas proposições dos documentos quanto na prática assistencial desenvolvida. O aprimoramento dos processos de prescrição e concessão de OPMs foi um avanço importante, pois representou mais autonomia do serviço nas intervenções terapêuticas, qualidade nas indicações e na efetividade de uso, já que estão mais próximos do território, além disso, aparentemente tornou esse processo mais rápido[24].

As OPMs foram adotadas como uma prioridade desde a proposição dos documentos, em âmbito nacional, estadual e municipal e na prática da gestão, com grandes esforços relacionados à educação permanente e organização de fluxos e processos de trabalho específicos. Esses equipamentos são benéficos e necessários para as pessoas com deficiência no processo de rompimento de barreiras de mobilidade e acesso, auxiliando em maior participação e inclusão social[24]. Porém, por si só, os equipamentos não são suficientes para atingir tais objetivos e, nesse sentido, não se verificou o mesmo empenho na proposição de estratégias para transformações sociais de superação de estigmas, mais acesso a serviços e cidadania, mesmo tão enfatizados nas diretrizes e objetivos na proposição da RCPCD.

No fluxograma, os losangos representam espaços e momentos de tomada de decisão sobre os processos de trabalho e projetos terapêuticos das pessoas atendidas. Essas atividades acontecem tanto internamente entre a equipe do CER (reunião de equipe, grupos, IO e acolhimento)

como em articulação com a rede de saúde e intersetorial (matriciamento e reunião com CEFAI – centro de formação e acompanhamento à inclusão). A interação entre diversos serviços e profissionais é apresentada como relevante para a qualificação do acesso e do atendimento, trocas de informações sobre casos e pactuação de responsabilidades do cuidado às pessoas com deficiência e teve especial importância no estabelecimento da rede na região[17].

As reuniões de matriciamento com UBSs e órgãos da rede de ensino da região e os fóruns de reabilitação são as principais atividades de articulação com outros serviços e setores e são baseadas na lógica do apoio matricial, apoiando os outros serviços nas ações desenvolvidas com as pessoas com deficiência, especialmente referentes a casos de pessoas atendidas por eles.

A estratégia do apoio matricial é um arranjo de processos de trabalho de serviços de saúde a fim de superar a racionalidade verticalizada, compartimentalizada e fragmentada, comum às práticas biomédicas, a partir das trocas entre saberes profissionais de diferentes disciplinas e níveis de especialidade. Ela pode ser desenvolvida em reuniões, mas também em atendimentos compartilhados e visitas institucionais[25].

Nesse sentido, estratégias de apoio matricial podem ser aprimoradas para que o CER se estabeleça de fato como um serviço de referência, não só, no que tange às demandas de reabilitação específicas e especializadas, mas também no compartilhamento de saber e manejo com serviços do território da rede de saúde e outros setores[25].

As reuniões de equipe do CER são espaços internos de tomada de decisão. Nelas são discutidos tanto os processos de trabalho e demandas administrativas como os casos das pessoas atendidas e seus projetos terapêuticos. A equipe afirma que há também momentos de tomadas de decisões, no acolhimento, durante os atendimentos e grupos. Nesses espaços, os documentos sugerem e a equipe refere que procura atuar a partir da construção de projetos terapêuticos singulares (PTS)[5,14,15].

O PTS é uma estratégia de organização do cuidado, que orienta as condutas terapêuticas articuladas, a partir de discussões coletivas da equipe interdisciplinar, com a participação do sujeito para o qual o cuidado será oferecido[25]. No entanto, na prática – conforme observação e narrativa de fatos da equipe - a utilização dessa ferramenta ainda apresenta lacunas consideráveis, uma vez que o envolvimento do usuário nesse processo não acontece ou acontece de forma incipiente.

O protagonismo do usuário é aspecto fundamental na definição do PTS e deve ser uma premissa das ações de reabilitação[25]. Para isso é necessária uma mudança profunda de paradigma para que os profissionais compreendam que o usuário tem grande poder de mudar sua relação com a vida e é sujeito central nesse processo[8].

O momento de encerramento do processo terapêutico no CER é um entrave dos processos de trabalho e de tomada de decisão. A alta é estabelecida de acordo com a avaliação da equipe em relação ao alcance de objetivos em cada caso e é, constantemente, discutida nos atendimentos, grupos e reuniões, inclusive com a família e usuário, mas é subjetiva e não há nenhuma orientação nos documentos norteadores sobre esse aspecto.

Nas entrevistas foram citadas como atividades de educação permanente além dos fóruns de reabilitação, os seminários organizados pela coordenadoria e supervisões de saúde, os encontros periódicos e contínuos por linhas de cuidado, como hanseníase ou de saúde auditiva e os cursos de qualificação da Secretaria Municipal de Saúde. Foram oferecidos cursos de Língua Brasileira de Sinais (Libras), comunicação alternativa, intervenção oportuna, acidente vascular cerebral, deficiência intelectual, disfagia, prescrição e confecção de OPMs e de exame de Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE/BERA).

É possível observar que os cursos são essencialmente técnicos e não abordam a discussão dos modelos de reabilitação ou de ferramentas assistenciais com foco na integralidade, clínica ampliada e articulação de rede de saúde e intersetorial. Estes temas são abordados em níveis locais como nos fóruns e seminários.

Reflexão sobre atividades baseadas no indivíduo e ações coletivas

As atividades desenvolvidas pela equipe, mesmo quando parte de uma proposta ampliada e articulada com outros serviços, apostam em mudanças individuais para cada um dos sujeitos.

Para alcançar um cuidado às pessoas com deficiência pautado nos modelos social e/ou biopsicossocial são necessárias ações coletivas, que provoquem mudanças também nas estruturas da sociedade para que ela esteja apta ao convívio com as diferenças, aceitando-as como possibilidades de existência[8].

Observa-se que ações de fato coletivas estão sistematicamente bloqueadas por limites de ordem operacional ou normativa dos serviços e para a sua priorização seria necessário o afastamento efetivo das práticas tradicionais de reabilitação e um forte apoio em nível gerencial[26].

Essas ações são descritas na literatura como o diagnóstico da situação de pessoas com deficiência de cada território, dos mecanismos de exclusão social e a proposição de seu desmonte, o planejamento de controle epidemiológico e vigilância em saúde no campo das deficiências e ensaios em torno de novos conceitos de avaliação, metas de intervenção

e desligamento deslocados de abordagens exclusivamente médicas[12]. A construção de uma outra abordagem deve ser construída em cada equipe, com articulação das redes de saúde e intersetoriais e com a participação dos usuários e movimentos sociais de pessoas com deficiência, a partir da realidade do território[26].

Os serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência e de reabilitação, uma vez sob a ótica e diretrizes do SUS, devem estar mais próximos às perspectivas da saúde coletiva. As ações devem estar pautadas em necessidades ampliadas a partir do conhecimento dos contextos sociais, que determinam as relações de saúde-doença e de normatividade dos corpos, bem como buscando assegurar direitos sociais e possibilitar a emancipação das pessoas atendidas[21].

Nessa perspectiva, as demandas das pessoas com deficiência, precisam ser compreendidas pelos profissionais e pela sociedade a partir de um sentido ético e político[8,12,26]. Para tanto, o investimento em formação de profissionais mais preparados para trabalhar a partir da perspectiva de compreensão da deficiência como condição social e relacional é essencial para a mudança de paradigma.

CONCLUSÃO

A instituição do Plano Viver Sem Limite e da política da RCPCD foram cruciais para o aprimoramento do cuidado em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência. No entanto, observou-se um momento inicial de grande efervescência e empenho que não se sustentou posteriormente, deixando alguns processos pendentes e pouca transformação no cerne dos modelos assistenciais de reabilitação e de compreensão de deficiência.

Tais avanços dizem respeito à adoção de práticas que priorizam ações interprofissionais, em grupos e de articulação com a rede de saúde e intersetorial, bem como em relação ao acolhimento das pessoas com deficiência e realização de cuidado mais humanizado.

Já as mudanças ainda necessárias dizem respeito à superação do modelo biomédico de compreensão da deficiência e de reabilitação para práticas, realmente pautadas nos modelos social e biopsicossocial da deficiência, assim como estratégias e diretrizes de atenção em consonância com o campo da saúde coletiva e com o SUS, com o objetivo de uma transformação social que atinja o coletivo das pessoas com deficiência e não apenas cada uma individualmente.

Em relação aos limites da pesquisa, é importante considerar que o campo de estudo foi restrito a um único CER, sendo necessário que mais CERs e outros serviços da RCPCD sejam estudados para compor as informações e discussão, aqui apresentadas. É indispensável ampliar também pesquisas no campo dos processos de trabalho em reabilitação na perspectiva do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência; 2011. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf
2. Maia ER, Nobre EG, Pagliuca LMF. Arcabouço legal para ações de saúde junto à pessoa com deficiência no sistema único de saúde. Rev Enferm UFPE. 2011;5(4):1007-16.
3. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009, promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília (DF); 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2017.
5. Brasil. Decreto n. 7612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: viver sem limite. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; Brasília.Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institu%C3%ADdo%20o%20Plano,da%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20sobre%20os
6. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.27-41. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/8459
7. Pereira R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. Rev Hist Ciênc Saúde. 2009;16(3):715-8. https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000300009
8. Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca; 2006.
9. Verdugo MA. La Concepción de discapacidad em los modelos sociales. In: Libro de Actas da 5ª Jornadas Cientificas de

Investigacion sobre Personas com Discapacidad; Salamanca, 20-22 mar. 2003. Salamanca: Amarú; 2003

10. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.

11. Barnes, C. Rehabilitation for Disabled People: a 'sick' joke?. Scand J Res. 2003;5(1):7-23. http://doi.org/10.1080/15017410309512609

12. Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo (São Paulo): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017. https://doi.org/10.11606/T.5.2018.tde-21022018-093226

13. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Goulx, LH, Laperriere, A, Mayer, R, Pires AP. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4a ed. Petrópoles: Vozes; 2014. p.295–316.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Brasília (DF): Centro especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas; 2014. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf

15. São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Plano de ação da RRAS-06. São Paulo; 2013. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/plano-de-acao-regional/rras_06.pdf

16. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência. São Paulo; 2016. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCNorteador2015FinalINTERNEt18112016.pdf

17. Berach FR. Rede viva: a realidade da rede de atenção à reabilitação na região do Butantã, São Paulo-SP [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018. https://doi.org/10.11606/D.5.2019.tde-22052019-161408

18. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

19. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Saúde em dados: município de São Paulo. Bol CEInfo. 2019.

20. Godoy A. As práticas de terapia ocupacional em CAPS AD [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014. https://doi.org/10.11606/D.7.2014.tde-17042015-110935

21. Vieira ACVC. Políticas de saúde para pessoas com deficiência no sistema único de saúde: uma abordagem discursiva [tese] Fortaleza (CE): Universidade Federal de Fortaleza; 2017. Disponível em: https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=103396

22. Campos MF, Souza LAP, Mendes, VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface (Botucatu). 2015;19(52):207-10. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078

23. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto, MV. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho EA, Cerri GG, Wen CL. et.al. Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2009. p.171-178

24. Barroso RB. 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]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2019. https://doi.org/10.11606/D.5.2019.tde-03102019-112723

25. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

26. Cunha GT. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

27. Pereira SO. Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: Elementos para um debate sobre integralidade [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2009. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10898/1/22222222.pdf