

**MARIANA LEME GOMES**

**Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:  
dos documentos norteadores às práticas cotidianas**

São Paulo

**2020**



**MARIANA LEME GOMES**

**Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:  
dos documentos norteadores às práticas cotidianas**

**Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. ou Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver

São Paulo

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Gomes, Mariana Leme.

Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas / Mariana Leme Gomes ; orientador Fátima Corrêa Oliver -- São Paulo, 2020.

199 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Pessoas com deficiência. 2. Acesso universal aos serviços de Saúde. 3. Modelos de atenção à Saúde. 4. Reabilitação. 5. Centros de reabilitação. 6. Política de Saúde. 7. Sistema Único de Saúde. I. Oliver, Fátima Corrêa. II. Título.

Gomes ML Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em:    /    /2020

**Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_\_\_\_



Aos que acreditam e lutam pelo SUS  
e pela potência da diversidade humana



## AGRADECIMENTOS

Me sentir apoiada e ter certeza da minha rede de sustentação tornou mais leve o processo de construção dessa dissertação, que foi desafiador e por vezes solitário. Sou profundamente grata a todos que compartilharam desse processo e me sustentaram, mesmo sem saber, muitas vezes.

Agradeço a Deus, pela vida e pelos encontros.

Agradeço aos trabalhadores, pesquisadores e militantes dos movimentos de pessoas com deficiência que vieram antes de mim, pela construção do conhecimento.

Agradeço muito aos participantes da pesquisa por toda a disponibilidade, especialmente aos trabalhadores e a gestora do CER, por me receberem tão bem e por toda paciência com minhas dúvidas.

Agradeço à minha orientadora Fátima Oliver, pelo norte e apoio.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, pelas trocas e pela compreensão nos momentos em que foi difícil conciliá-lo com a pesquisa. Agradeço aos usuários do serviço por suscitarem tantas dúvidas e questionamentos que compuseram essa pesquisa.

Agradeço aos professores e colegas do programa do mestrado, pelas aulas, trocas e parceria.

Agradeço aos funcionários do Serviço de Documentação Odontológica, em especial à Vânia Funaro e Glauci Fidélis e aos funcionários do Departamento de Odontologia da FOU SP, em especial à Sônia Lopes.

Agradeço à minha família, por ser meu porto seguro, além disso meus grandes parceiros nesse processo, cuidando, cada um do seu jeito, para que desse tudo certo. Pai, obrigada por toda a ajuda com computador, gravações e impressões. Mãe, obrigada por cuidar de me alimentar material e espiritualmente. Ju, obrigada pelas conversas sobre a pesquisa e por se propor a ler meu texto e me ajudar. Tia Ci, obrigada pelo exemplo. Vó, obrigada pela torcida e compreensão e paciência com minha ausência. Lucas, obrigada pelo companheirismo e por nunca me deixar desanimar.

Agradeço aos meus amigos e amigas, por me apoiarem e pela paciência com minhas ausências e com minhas conversas monotemáticas.

Obrigada.



## RESUMO

Gomes ML. Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Original

As pessoas com deficiência representam uma parcela da população usuária do SUS que para além das necessidades básicas apresentam especificidades de cuidado. Nesse sentido, em 2012 foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) que propõe o Centro Especializado em Reabilitação (CER) como serviço de referência para atenção e reabilitação das pessoas nessas condições. Há diversas formas de compreensão da deficiência, que se constituíram histórica e socialmente e induzem a forma de se relacionar com ela e os modelos de “tratamento” e reabilitação. Existem também os modelos assistenciais em saúde que conduzem as intervenções nos processos de saúde-doença. O objetivo desse estudo é compreender como essas concepções se relacionam com os processos de trabalho do CER e este para os processos de cuidado e reabilitação na RCPcD no que tange às orientações documentos norteadores e às práticas desenvolvidas no cotidiano do serviço estudado. Para isso, foi realizada pesquisa documental sobre a legislação e documentos norteadores da RCPcD, observação participativa de atividades desenvolvidas em um CER da cidade de São Paulo, e grupos de discussão com profissionais do serviço e entrevistas com profissionais da gestão. Nos resultados foram apresentadas as narrativas históricas e processos de implantação da rede e do CER; a compreensão de deficiência, e reabilitação e modelos norteadores presentes nos documentos, discursos e observadas na prática; os processos de trabalho e atividades desenvolvidos no serviço; e considerações quanto à formação profissional e educação permanente, revelando avanços, mas também contradições e desafios. Ainda há heterogeneidade e tensões entre os conceitos e modelos, predominando o paradigma médico tradicional e tem sido buscado nas proposições sobre integralidade de atenção e clínica ampliada subsídio para sua superação. No entanto, a prática ainda se mostra muito pautada em ações baseadas no indivíduo, evidenciando a necessidade de investir em ações coletivas e compartilhadas para favorecer mudanças sociais com o objetivo de garantir participação e inclusão social efetivas. Para essa mudança de paradigma, ressalta-se a importância de mais participação das pessoas com deficiência nos processos de reabilitação, no apoio de nível gerencial e instrumental de monitoramento e avaliação, nas ações e processos de educação permanente em sintonia e na direção de um novo paradigma. Nesse sentido, como Produto Educacional do Mestrado Profissional que contribua para possíveis processos de mudança,

propõe-se uma oficina de sensibilização sobre as práticas de reabilitação e atividades profissionais e possíveis mudanças a serem desenvolvidas em conjunto com trabalhadores de reabilitação

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Acesso universal aos serviços de saúde. Modelos de atenção à saúde. Reabilitação. Centros de Reabilitação. Política de Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Gomes, ML. Centro Especializado em Reabilitação of the Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: from the guiding documents to daily practices [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2019. Versão Original

People with disabilities represent part of the SUS users that demand, in addition to basic needs, specify care. In 2012, the Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) was created, which used the Centro Especializado em Reabilitação (CER) as a reference service for care and rehabilitation of people in these conditions. There are several ways of understanding disability, which were constituted by history and social process and induce the way of relating to it and the models of "treatment" and rehabilitation. There are also health care models that lead the health-disease processes. The objective of this study is to understand how these concepts are related to the work processes in CER and how it influences the care and rehabilitation processes in the RCPcD, in reference of guidelines on guiding documents and practices in the service studied. For this, there was performed a documentary research on the legislation and guiding documents of RCPcD, a participant observation of activities developed in a CER in the city of São Paulo and discussion groups with service professionals and interviews with management professionals. The results presented the historical narrative and process of implantation of the network and the CER, the understanding of disability and rehabilitation and guiding models demonstrated in the documents, speeches and observed in practice, the work processes and activities developed in the service and considerations regarding training professional and permanent education, revealed advances, but also contradictions and challenges. There is still heterogeneity and tensions between the concepts and models, with the traditional medical paradigm predominating, but proposals have been sought in terms of comprehensive care and expanded clinical care for overcoming it. However, the practice is still very much 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. For this paradigm transition, it is importante to aprimorate the participation of people with disabilities in the rehabilitation processes, management-level support and monitoring and evaluation tools, actions and processes of permanent education. In this sense, as an Educational Product of the Professional Masters that contributes to possible processes of shift, a workshop to raise awareness about rehabilitation practices and professional activities and possible changes to be developed together with rehabilitation workers is proposed.

Keywords: Disabled people. Universal access do health care services. Health Care Models. Rehabilitation. Rehabilitation Centers. Health Policy. Unified Health System.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 - Linha do Tempo – Principais decretos, portarias, leis e Conferências Nacionais de Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD) entre os anos 1989 e 2016, Brasil .....	40
Figura 4.1 - Linha do Tempo de implantação do CER no período entre nos anos 2011 e 2016.....	65
Figura 4.2 - Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe do CER referente ao segundo semestre de 2019.....	83
Figura 4.3 - Fluxograma da reabilitação física.....	91
Figura 4.4 - Fluxograma de Reabilitação Auditiva.....	96
Figura 4.5 - Fluxograma Intervenção Oportuna.....	99



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 -	Artigos por revista, ano de publicação, tipo de estudo.....	42
Quadro 3.1 -	Documentos analisados por título, data/ano, autores e objetivo.....	55
Quadro 3.2 -	Entrevistas e grupo de discussão por data, local e participante.....	58
Quadro 3.3 -	Apresentação participantes grupo discussão.....	58
Quadro 3.4 -	Apresentação entrevistas por função, formação e percurso e entrada no setor.....	59
Quadro 3.5 -	Atividade por data, participantes e tipo de atividade.....	61
Quadro 4.1 -	Instâncias de gestão do Plano Viver Sem Limite.....	67
Quadro 4.2 -	Quadro de profissionais em atividade no CER.....	78
Quadro 4.3 -	Atividades desenvolvidas no CER conforme objetivos e população acompanhada.....	84



## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 3.1 - Pessoas com algum grau de dificuldade e com deficiência severa ou total por tipo de deficiência em São Paulo, no ano de 2015.....	53
--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
AE	Ambulatório de Especialidades
AGPP	Assistente de Gestão de Políticas Públicas
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APD	Acompanhante da Pessoa com Deficiência
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BERA	Brainstem Evoked Response Audiometry
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSij	Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEFAI	Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão
CEInfo	Coordenação de Epidemiologia e Informação
CEO	Centro de Especializados Odontológicos
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CID	Classificação Internacional das Doenças
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNDPD	Conferência Nacional do Direito da Pessoa com Deficiência
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CR	Cadeira de Roda
CRP	Conselho de Recursos da Providência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DA	Deficiência Auditiva
DAPES-MS	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DRE	Diretoria Regional de Ensino
DST	Doença Sexualmente Transmissível

EUA	Estados Unidos da América
Fono	Fonoaudiólogo
Ft	Fisioterapeuta
FUNABEM	Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IO	Intervenção Oportuna
ISA	Inquéritos de Saúde
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
MVI	Movimento de Vida Independente
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
NISA	Núcleo Integrado de Saúde Auditiva
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPM	Órteses, próteses e materiais especiais
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PEATE	Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico
Psi	Psicólogo
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
RCPcD	Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde

RT	Residência Terapêutica
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SE	Sergipe
SESSP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SIGA	Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde
Silos	Sistema Local de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSSP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Traumatismo Craniano Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TID	Tramitação Interna de Documento
TO	Terapeuta ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso
USP	Universidade de São Paulo



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
1.1	MODELOS DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E DE REABILITAÇÃO.....	25
1.1.1	<b>Antiguidade e idade média: misticismo, religião e ameaça social</b> .....	25
1.1.2	<b>Deficiência enquanto categoria científica</b> .....	26
1.1.3	<b>As guerras mundiais e a afirmação de um modelo biomédico de reabilitação</b> .....	27
1.1.4	<b>Questionando a perspectiva médica de compreensão da deficiência: breves considerações sobre o modelo social de compreensão da deficiência e novos modelos de reabilitação</b> .....	28
1.1.5	<b>As contribuições e desafios das classificações internacionais de saúde, doença e deficiência</b> .....	32
1.2	POLÍTICAS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REABILITAÇÃO NO BRASIL.....	33
1.2.1	<b>Políticas de Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência no Brasil</b> ....	34
1.2.1.1	Revisão Bibliográfica sobre as Políticas Públicas em atenção à saúde das pessoas com deficiência.....	40
1.2.2	<b>Modelos assistenciais e modelos de reabilitação</b> .....	44
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	49
3	<b>MÉTODO</b> .....	51
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	51
3.2	ESCOLHA DO CAMPO.....	52
3.3	COLETAS DE DADOS.....	53
3.3.1	<b>Pesquisa documental</b> .....	54
3.3.2	<b>Grupos de discussão e entrevistas</b> .....	56
3.3.3	<b>Observação participante</b> .....	59
3.4	ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	61
4	<b>RESULTADOS</b> .....	65
4.1	NARRATIVA HISTÓRICA E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPcD E DO CER.....	65
4.2	COMPREENSÃO DE DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO E MODELOS NORTEADORES.....	73
4.3	PROCESSOS DE TRABALHO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	77
4.3.1	<b>Equipe</b> .....	77
4.3.2	<b>Fluxograma e atividades desenvolvidas</b> .....	79
4.3.2.1	Atividades gerais realizadas pela equipe CER .....	86
4.3.2.2	Reabilitação física.....	91
4.3.2.3	Reabilitação auditiva.....	96
4.3.2.4	Intervenção oportuna.....	98
4.3.2.5	Tomadas de decisão, PTS e alta .....	102
4.3.2.6	Atividades administrativas, de avaliação e monitoramento do trabalho.....	104
4.4	FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	107

5	<b>DISCUSSÃO.....</b>	109
5.1	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPCD E DO CER.....	109
5.1.1	<b>Tema prioritário?.....</b>	109
5.1.2	<b>Políticas, documentos norteadores e as contradições nas concepções de deficiência e modelos de reabilitação.....</b>	111
5.2	PROCESSOS DE TRABALHO.....	113
5.2.1	<b>A integralidade, as redes de atenção e a clínica ampliada: possibilidades para o processo de trabalho em reabilitação.....</b>	115
5.2.2	<b>Ações baseadas no indivíduo e ações coletivas.....</b>	123
5.2.3	<b>Mudança de paradigma .....</b>	126
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	129
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	131
	<b>APÊNDICES.....</b>	139
	<b>ANEXO.....</b>	189

## 1 INTRODUÇÃO

Esse estudo pretende apresentar uma reflexão acerca da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) como proposta de organização da atenção à saúde e reabilitação a dessa população, especialmente o Centro Especializado em Reabilitação (CER) como serviço de referência. Serão abordados os documentos norteadores, os processos de implantação da rede em São Paulo e os processos de trabalho e atividades realizadas em um CER de uma microrregião determinada da cidade, a luz de diferentes perspectivas de compreensão de deficiência e de organização da atenção à saúde e reabilitação.

O interesse no objeto de estudo é devido à aproximação do tema, sobre deficiência e reabilitação no Sistema Único de Saúde (SUS), na formação da autora, durante a graduação em Terapia Ocupacional no Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo (USP), no aprimoramento em Saúde Coletiva, pelo departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, bem como nas suas experiências profissionais em Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e atualmente em um CER (diferente do estudado nessa pesquisa). Este percurso, e as dúvidas e desafios enfrentados na sua experiência profissional no CER, contribuem para problematização e questionamento quanto a prática de reabilitação nos serviços, enquanto componentes de uma rede estabelecida de atenção à saúde, e à necessidade de aprofundamento dos aspectos fundamentais dessa atuação e à possibilidade de sua ampliação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Deficiência, publicado em 2011, estimou que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo vivem com algum tipo de deficiência e que este número tende a aumentar. Além disso, as pessoas com deficiência, apresentam piores perspectivas em relação à saúde, escolaridade, participação na economia e maiores taxas de pobreza quando comparadas às pessoas sem deficiência. Essa diferença é mais exacerbada em populações mais pobres e se dá, especialmente, pela dificuldade de acesso a direitos básicos, entre eles à saúde, bem como à falta de políticas públicas específicas (Organização Mundial da Saúde, 2011).

No Brasil, o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 demonstrou que 23,9% das pessoas apresentam algum tipo de deficiência. As respostas, autorreferidas, indicam se os participantes conseguiam realizar atividades de enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus ou atividades habituais, se as realizam com pouca ou grande dificuldade, ou se não realizam de modo algum, considerando o uso de facilitadores

como óculos, aparelhos de audição, bengalas e próteses. Foram consideradas pessoas com deficiência aquelas que responderam ter qualquer dificuldade para realizar as atividades questionadas, e com deficiência severa aquelas que apresentaram grande dificuldade, ou que não são capazes de realizar as atividades questionadas, totalizando 8,3% da população brasileira. Este levantamento também apontou a discrepância entre pessoas com e sem deficiência em relação ao acesso aos direitos básicos e empregos, demonstrando que o Brasil segue a tendência mundial apresentada pela OMS no Relatório de 2011 (Brasil, 2012b).

Em 2015 na cidade de São Paulo, segundo o Boletim dos Inquéritos de Saúde (ISA), a prevalência de pelo menos um tipo de deficiência na população acima de 12 anos foi de 26,8%. Esse levantamento, que seguiu a mesma abordagem do Censo do IBGE, aponta ainda 11% da população do município não consegue realizar atividades ou realizam com grande dificuldade, caracterizando deficiência severa. As maiores prevalências foram observadas quanto maior a idade e menor a escolaridade (São Paulo (Município), 2018).

Diante dessa realidade observa-se que há uma relação estabelecida entre a deficiência e o acesso a direitos básicos. É amplamente necessária a construção de políticas públicas que revertam essa situação e possibilitem o exercício de cidadania. Para essas pessoas, assim como toda a população, está garantido pela constituição, e a partir do estabelecimento do SUS, o direito à saúde universal, gratuita e de qualidade. A atenção à saúde oferecida a essa pessoa está fundamentada em perspectivas de compreensão da deficiência e de reabilitação, bem como em modelos de atenção à saúde.

As perspectivas de compreensão de deficiência e reabilitação representam a maneira como a cultura e sociedade na qual as pessoas estão inseridas enxergam e reagem a essas questões. Essas perspectivas estão influenciadas por padrões religiosos, familiares, sociais, científicos, econômicos e culturais, que compõem os ideais de forma, aparência e funcionamento do corpo, e são apresentados como os aspectos que influenciam na sua compreensão (Verdugo, 2003; Diniz, 2007; Pereira, 2009a). A partir das perspectivas de compreensão de deficiência foram estruturados modelos tanto de compreensão, quanto de reabilitação das pessoas com deficiência, mas estes não devem ser confundidos com os modelos assistenciais em saúde.

O modelo assistencial em saúde, segundo Paim (2003), representa uma determinada maneira de realizar a atenção e se configura como combinações técnicas que caracterizam o modo como são produzidas, distribuídas e articuladas ações e recursos (físicos, tecnológicos e humanos) para a intervenção no processo saúde-doença de determinada população em determinado território.

## 1.1 DIFERENTES PERSPECTIVAS DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO

Pesquisadores da área procuraram descrever a concepção da deficiência em diferentes povos e no percurso da história, a fim de aprender e questionar as representações atuais da deficiência, sua relação com a sociedade e o tipo de cuidado a elas destinado (Verdugo, 2003; Diniz, 2007; Pereira, 2009a).

A apresentação cronológica e apartada das diferentes maneiras de compreender a deficiência tem função didática, mas não significa que o percurso dessa compreensão e a maneira como a sociedade se relaciona com ela tenham sido lineares e de superação das formas de funcionamento antecedentes. De outro modo, até hoje é possível notar embates importantes nesse campo, com influências de diferentes perspectivas de compreensão da deficiência brevemente indicadas a seguir.

### 1.1.1 Antiguidade e idade média: misticismo, religião e ameaça social

Pereira R (2009) destaca que é importante considerar de que maneira as populações ou povos desenvolviam a sua vida cotidiana para compreender, em particular, sua relação com as pessoas com deficiência. Relata, por exemplo, que para os povos nômades era necessário que as pessoas fossem capazes de realizar longos deslocamentos e cuidados de si, o que apoia a crença de que as pessoas com algum tipo de limitação eram abandonadas nesses percursos, tendo em vista que os grupos não teriam condições de realizar o apoio necessário à sua manutenção naquele coletivo. Segundo o autor, entre as civilizações da idade antiga, as pessoas com deficiência poderiam ser consideradas divindades ou ainda serem marcadas por castigos divinos de seus pecados, o que justificaria até mesmo serem eliminadas sumariamente no nascimento por estarem fora dos padrões esperados.

No início da era cristã, ainda que prevalecesse a relação com pecados cometidos, a deficiência começou a ser considerada como objeto de pena e caridade. Posteriormente, na Idade Média, especialmente com a Inquisição, o tratamento a elas dispendido tomou ainda

maiores níveis de violência, com maus-tratos, tortura e morte, pois a elas eram atribuídas ligações com o demônio (Pereira, 2009a).

Nallin (1994) e Rocha (2006) complementam que até o século XIX, aproximadamente, a deficiência era percebida e explicada como produção mítica, religiosa ou de ameaça social. Devido a isso, pessoas com algum tipo de deficiência eram tratadas da mesma maneira que loucos e mendigos em hospitais gerais, que tinham como função não apenas a salvação e purificação, mas também a segregação e exclusão social, justificadas pelas percepções de perigo que representavam para a população em geral. A assistência prestada nessas instituições, que não tinham qualquer aspecto de tratamento médico ou de saúde, era realizada então religiosos, com caráter completamente caritativo e leigo.

### **1.1.2 Deficiência enquanto categoria científica**

Desde o final da idade média, a deficiência começou a se apresentar como objeto de interesse da ciência e somente após o século XIX, com as descobertas da patologia na medicina, passou a existir enquanto categoria científica. Sua compreensão como uma patologia/anomalia, passível de estudos e classificações, passa a requerer soluções por meio de intervenções normalizadoras. Essa forma de pensar, fundada na perspectiva médica de compreensão da deficiência, a interpreta como problema do indivíduo que deve ser tratado, curado ou reabilitado a partir de práticas de reabilitação cada vez mais especializadas, específicas e dependentes do saber técnico dos profissionais. Além disso, este pensamento também retira das pessoas com deficiência a possibilidade de participarem ou de decidirem sobre seus cuidados, sob a justificativa de uma visão de deficiência ancorada na incapacidade e invalidez (Rocha, 2006; Pereira, 2009a).

Rocha (2006) relata que, a partir da sistematização e diferenciação entre o que é normal e o que é patológico (que deve ser enfrentado e superado), as noções de disciplina e controle se estabelecem sobre as pessoas desviantes da regra, o que inclui as pessoas com deficiência. Emerge ainda, no âmbito da sociologia, a ideia do corpo social, no qual as partes são responsáveis por garantir o bom funcionamento do todo, e para isso, o corpo individual torna-se objeto também do controle social, e deve estar sempre apto para a atividade produtiva. A integração social desponta, portanto, como categoria necessária para o bom funcionamento do corpo social e como mais um objetivo da reabilitação. Nesse contexto de transformações o

hospital muda de finalidade, passando a ser o lugar de elaboração e construção das intervenções e do saber médico, e nessas instituições, teoricamente, esse saber teria a função de avaliar as possibilidades de correções e normalizações necessárias para viabilizar a integração social.

A autora acrescenta que no bojo dessas ideias é que nascem as primeiras instituições de reabilitação, entre elas as escolas especiais e de profissionalização e os asilos para pessoas com deficiências ou com hanseníase. Nestas instituições as pessoas com deficiência passavam parte do dia, dia inteiro, ou ainda “moravam” nesses espaços, onde eram frequentemente separadas por patologias; e as atividades que realizavam eram propostas a partir do caráter científico do conhecimento médico em desenvolvimento. A autora ainda atenta ao fato de, muitas vezes, essas instituições serem espaços “protegidos” por estarem segregados do restante da comunidade, o que favorecia a manutenção do isolamento social, finalidade que ainda não foi superada (Rocha, 2006).

### **1.1.3. As guerras mundiais e a afirmação de um modelo biomédico de reabilitação**

No começo do século XX, a perspectiva médica de compreensão da deficiência orientou, decisivamente, a constituição de um modelo biomédico de reabilitação dentro do contexto social estabelecido pelo grande número de soldados com sequelas e necessidades de cuidados, devido à Primeira Guerra Mundial.

É nesse contexto de conflito e pós-conflito que as ações em reabilitação passaram a ser incentivadas nos países da Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), passando a ser consideradas como serviço especializado de saúde, o que oferece as possibilidades de nascimento das áreas de estudo de Fisioterapia e Terapia Ocupacional como profissões não médicas voltadas à reabilitação.

Posteriormente, a Segunda Guerra Mundial gera novas demandas a serem respondidas, acarretando maior incentivo para o aprimoramento das profissões de reabilitação, que se tornam cada vez mais especializadas, baseando suas intervenções conforme as diferentes patologias e suas especificidades (Rocha, 2006).

Nesse momento de pós-guerras, por volta do final dos anos de 1940 e 1950, passou a haver maior visibilidade para questões sobre deficiência na sociedade em geral, fazendo com

que, nos Estados Unidos, fossem constituídas as primeiras organizações de pessoas com deficiência que lutavam por mais direitos e integração social.

Organizações internacionais como as Organizações das Nações Unidas (ONU), a OMS, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), passaram a se aproximar do tema da deficiência, construindo debates que favoreceram a apresentação posterior de propostas em diversas áreas, como regulamentação de leis referentes aos direitos das pessoas com deficiência, proposta de inclusão no trabalho e na escola, eliminação de barreiras arquitetônicas e organização de serviços de reabilitação, sendo esse último o movimento responsável pela divulgação e multiplicação tanto do reconhecimento do tema da pessoa com deficiência, como do modelo biomédico de reabilitação pelos outros países, especialmente aqueles em desenvolvimento, sob os mesmos moldes internacionais (Rocha, 2006).

Por outro lado, ainda entre as décadas de 1940 e 1950, técnicas cirúrgicas e de trabalho corporal passaram a ser utilizadas com finalidade corretiva na área de reabilitação, configurando a afirmação de profissões especializadas na atuação em reabilitação e as atribuições dessas atividades nas equipes de reabilitação. Trabalha-se com a ideia de modelo de reabilitação numa perspectiva de equipes multidisciplinares lideradas por médicos, que avaliavam, diagnosticavam e encaminhavam para os procedimentos dos demais profissionais, reavaliados e dispensados ainda por eles. Esses profissionais especializados estavam ligados a centros de especialidades de saúde e reabilitação nas grandes cidades, e a intervenção era fundamentalmente voltada para a eliminação ou minimização da incapacidade funcional para que o indivíduo pudesse se reintegrar à sociedade, sem prejuízo (Rocha, 2006).

#### **1.1.4 Questionando a perspectiva médica de compreensão da deficiência: breves considerações sobre o modelo social de compreensão da deficiência e novos modelos de reabilitação**

Diversos autores tecem críticas a respeito da perspectiva médica de compreensão da deficiência, que orienta a constituição do modelo biomédico de reabilitação, apontando que esse modelo de compreensão e de intervenção considera a deficiência como desvio da norma, um problema em nível individual que deve ser “corrigido” ou superado pela aproximação ao máximo possível do desempenho considerado normal. Essa perspectiva exclui outras áreas do

conhecimento que contribuem para a compreensão da deficiência, e ainda exclui as pessoas com deficiência do debate sobre sua própria condição e vida, o que contribui para contextos sociais pouco sensíveis para a diversidade (Verdugo, 2003; Sasaki, 2006; Diniz, 2007).

Verdugo (2003) e Diniz (2007) apontam como possibilidade de superação o modelo social<sup>1</sup> da compreensão da deficiência.

Nas décadas de 1960 e 1970 no Reino Unido, um grupo de estudiosos com deficiência, que não se sentiam representados pela maneira como a perspectiva biomédica os identificava e os atendia, foram os precursores do movimento de construção do modelo social de compreensão da deficiência, criando a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação. Esse grupo considerava que os maiores problemas da deficiência não eram as lesões em si, mas a forma como a sociedade os recebia e as relações de poder que se estabeleciam entre este grupo e as pessoas sem deficiência (Diniz, 2007). Até os anos 1990 esse movimento tomou força alcançando países como os EUA e outros pesquisadores com grandes contribuições teóricas sobre o assunto (Verdugo, 2003).

Verdugo (2003) aponta que o modelo social de compreensão de deficiência defende a concepção da deficiência como uma construção social imposta, que oprime as pessoas que se encontram nessa condição a partir de barreiras físicas e de atitude, fazendo com que uma pessoa com lesões experimente a condição da deficiência. Segundo Diniz (2007), para os estudiosos desta perspectiva, “a deficiência era resultado do ordenamento político e econômico capitalista que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo” (p. 23). Ambos os autores apontam o modelo social como uma linha de pesquisa e como movimentos políticos, de inclusão das pessoas com deficiência no debate em torno de suas condições e necessidades, e de lutas por ações que superem o abismo produzido pela construção social da deficiência (Verdugo, 2003; Diniz, 2007).

Entre as críticas tecidas ao modelo social de compreensão da deficiência desde o seu advento, Diniz (2007) assinala algumas realizações alcançadas pelo movimento feminista, especialmente a partir de cuidadoras, como movimento precursor, que problematizava as diferentes realidades das pessoas com deficiência, defendendo a existência de outras formas de opressão para além da deficiência, como por gênero, raça e desigualdade social. Ao mesmo tempo, a autora também considera o fato de que algumas pessoas com deficiência não têm seus problemas resolvidos, como maior acessibilidade e inclusão no mercado de trabalho, pois a

---

<sup>1</sup> Será utilizado o termo modelo no caso de identificação da perspectiva social de compreensão da deficiência, já que esse foi o termo estabelecido pelos seus autores

independência total não é viável; portanto, todos devem ter os outros direitos preconizados. O movimento apresentado pela autora introduz a ideia da igualdade pela interdependência como princípio mais adequado para as reflexões sobre justiça e deficiência.

Já Verdugo (2003) aponta que, assim como o a perspectiva médica, o modelo social não é capaz de explicar a teoria da deficiência, pois não consegue produzir propostas claras de práticas clínicas no campo da deficiência, sugerindo a abertura para compor e dialogar com outros campos de estudo.

De qualquer forma, os autores explicitam a importância do modelo social como precursor crítico da perspectiva médico hegemônica, ressaltando a compreensão da pessoa com deficiência enquanto cidadão de direitos e protagonista de sua história (Verdugo, 2003; Diniz, 2007).

Em consonância com tal proposta de compreensão da deficiência, também nas décadas de 1960 e 1970, outro grupo questiona os impasses do modelo de reabilitação biomédica vigente, isto é, considerando-se a ideia de modelo de Paim (2003) apresentada anteriormente, questionando um resultado material mais objetivo no que diz respeito à articulação de recursos para desenvolvimento de ações para determinados grupos, com ênfase ao acesso a tecnologias de reabilitação, principalmente aos países economicamente menos desenvolvidos.

A associação internacional de pessoas com deficiência - *Rehabilitation Internacional* - e agências da ONU, como a OIT e a OMS, discutem a ausência ou inadequação dos serviços de reabilitação nos países em desenvolvimento, bem como a superespecialização e concentração de recursos nos setores institucionais e grandes centros. As primeiras ideias sobre a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) surgem nesse momento (Almeida, 2000; Rocha, 2006).

Oliver et al. (1999), Rocha (2006) e Oliver e Almeida (2007) apresentam as críticas desse grupo a respeito do modelo biomédico de reabilitação: dificuldade de acesso para grande parte da população, serviços voltados especialmente para quem tem maior poder aquisitivo, poucos serviços públicos, distantes e com poucas vagas e caráter filantrópico dos mesmos. A OMS concebeu, portanto, a RBC como uma estratégia que ocorre nas comunidades onde residem as pessoas com deficiência, utilizando recursos locais (pessoas e materiais) e se baseando nas necessidades destas pessoas, operando como elemento incorporado ao sistema de saúde e às redes locais, integrando outros programas e ações da comunidade e outros setores sociais (Oliver et al., 1999).

No Brasil, a RBC foi trazida por órgãos internacionais como a OPAS, mas não foi tratada pelos propositores de políticas públicas como uma alternativa ao sistema convencional,

resultando apenas em poucas sugestões de transformações práticas (Oliver et al., 1999; Almeida, 2000; Oliver; Almeida, 2007). Nesse sentido, Rocha (2006) atenta que a proposta da RBC foi importante para questionar o modelo médico hegemônico, mas não o substituiu enquanto paradigma do modelo de assistência.

A RBC segue como estratégia prevista pela OMS para atuação no campo das deficiências visando equiparação de oportunidades e inclusão social, estando presente em muitos países. Inicialmente, se a estratégia era voltada apenas para facilitar o acesso à reabilitação e suas tecnologias da parcela mais pobre da população mundial, após mais de 30 anos de existência essa proposta evoluiu para uma estratégia multisetorial que se estruture articulada como uma política, e que possa abordar necessidades mais amplas das pessoas com deficiência, incluindo ações em saúde, educação, assistência social, subsistência e garantia de direitos (Organização Mundial Saúde, 2010).

Outra vertente que surgiu também na década de 1970 a partir dos questionamentos do modelo biomédico de reabilitação foi o Movimento de Vida Independente (MVI), criado nos EUA, que se expandiu pelo mundo, inclusive no Brasil. Esse movimento tinha interesse em defender que as pessoas com deficiência têm capacidade de administrar suas vidas com independência, desde que tenham recursos, por isso criaram os Centros de Vida Independente (CVI) (Rocha, 2006; Sasaki, 2006).

A reabilitação psicossocial é apresentada por alguns autores, como Ghirardi (1999) e Oliver et al. (2001), como outro possível modelo de reabilitação no âmbito da saúde da pessoa com deficiência, em alternativa aos paradigmas médicos. Este modelo, que nasceu no campo da saúde mental e tem Benedetto Saraceno, psiquiatra italiano, como importante precursor, considera que a reabilitação é um processo de abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família e a comunidade circundante, e de aumento de contratualidade social, focando-se especialmente nas categorias de morar, realizar trocas sociais e produzir e trocar experiências e valores.

Segundo as autoras, a contribuição desse modelo para a prática da reabilitação de pessoas com deficiência se dá na perspectiva de apoiar o sujeito a gerir sua existência a partir de seu desejo e de sua subjetividade, se tornando protagonista nos diversos cenários de sua vida (Ghirardi, 1999; Oliver et al., 2001). Para tal, elas completam que “é necessário, entre outros aspectos, que se crie condições para uma conexão permanente entre necessidades e direitos e para a construção de percursos individuais e grupais facilitadores de ampliação de possibilidades de vida” (Oliver et al., 2001, p. 17).

Essas propostas inovadoras, como já foram apontadas, são de grande importância para o enfrentamento das perspectivas e modelos hegemônicos de compreensão da deficiência e reabilitação, pois instauram a discussão das pessoas com deficiência enquanto cidadãos e emergem movimentos locais de pessoas com deficiência que se uniram na luta por mais direitos. No entanto, ainda hoje é necessário o embate entre as diferentes perspectivas de compreensão da deficiência e da reabilitação (Rocha, 2006; Sasaki, 2006, Diniz, 2007), bem como do estabelecimento de modelos assistenciais e de reabilitação para possibilitar a organização, articulação e desenvolvimento de atenção a pessoas com deficiência como sujeito de direitos.

### **1.1.5 As contribuições e desafios das classificações internacionais de saúde, doença e deficiência**

Uma das funções da OMS é a organização das Classificações Internacionais de Saúde, que representam padrões consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, visando a utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde. A Classificação Internacional das Doenças (CID), a partir de uma perspectiva biomédica do processo saúde-doença, apresenta as doenças, transtornos ou lesões, considerando etiologia, anatomia e causas externas. No final dos anos 1970, a OMS se propõe a conhecer também as consequências das doenças (Faria; Buchalla, 2005). Essas classificações são utilizadas para fins de diagnóstico tanto para o desenvolvimento de tecnologias de reabilitação como para acesso das pessoas com deficiências aos sistemas de proteção social.

Diniz (2007), Sasaki (2006) e Rocha (2006) consideram que a discussão sobre as definições oficiais da OMS em suas classificações tem historicamente se apoiado em diferentes perspectivas de compreensão da deficiência.

A Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) foi apresentada em 1980 pela OMS como o catálogo oficial sobre lesões e deficiências. Essa classificação busca definir os conceitos de deficiência, incapacidades e desvantagens, mas ainda o faz, segundo Sasaki (2006) e Diniz (2007), de maneira pautada na perspectiva biomédica de deficiência, considerando a deficiência como problemática individual, que limita o cumprimento de papéis esperados na sociedade. Eles destacam ainda que a CIDID não contou com a participação de pessoas com deficiência na sua construção, nem com o conhecimento estabelecido pelos teóricos do modelo social.

Após uma década de importante embate protagonizado pelos atores que criticavam essa definição, no ano de 1992 teve início a revisão da CIDID a partir de encontros que contaram com participantes dos movimentos das pessoas com deficiência e de entidades acadêmicas, o que resultou na apresentação da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) (Sasaki, 2006; Diniz, 2007).

Rocha (2006) aponta que a “CIF procura deslocar o conceito de deficiência de doença/patologia e incluí-lo no contexto de fatores de estados de saúde” (p. 25). Sasaki (2006) e Santos (2017) consideram que a CIF inova, pois descreve os domínios da saúde com base no corpo, no indivíduo e na sociedade, a partir da abordagem nomeada pela OMS de biopsicossocial e explicam que ela apresenta diferentes dimensões dos problemas/limitações nos níveis das funções e estruturas do corpo, da realização das atividades e da restrição da participação, propondo a interação dessas dimensões com os fatores contextuais, ambientais e pessoais.

No entanto, em relação às práticas de cuidado às pessoas com deficiência, a mudança de perspectiva da classificação não representa a superação da perspectiva médica. E, nesse sentido, Diniz (2007) alerta que “Isso não deve ser entendido como abandono da perspectiva biomédica sobre a deficiência até por que a CIF é de autoria da OMS” (p. 51). Por outro lado, há de se considerar a necessidade de que, na atenção e cuidado às pessoas com deficiência, os conhecimentos biomédicos sobre as limitações e alterações de funções corporais tenham um lugar e estejam articulados ao desenvolvimento de estratégias de atenção compatíveis com a compreensão de deficiência como uma construção social, onde a disponibilidade de acesso a tecnologias de reabilitação é um dos elementos que a constitui.

## 1.2. POLÍTICAS E MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E REABILITAÇÃO NO BRASIL

O Brasil importou originalmente a perspectiva médica de compreensão da deficiência e sua articulação em um modelo de reabilitação dos países europeus e dos EUA, acompanhou e se apropriou de questionamentos e críticas realizadas nesses países, e produziu o caminho de construção das políticas de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência brevemente descritos a seguir.

### 1.2.1 Políticas de saúde e reabilitação da Pessoa com Deficiência no Brasil

As primeiras instituições brasileiras de atenção às pessoas com deficiência foram criadas em meados do século XIX e eram voltadas a deficiências auditivas e visuais; quase cem anos depois os serviços de reabilitação, que se estabeleceram em hospitais gerais e psiquiátricos, passaram a se responsabilizar também pelas demais deficiências (Soares, 1991).

Na década de 1940, tanto as instituições de tipo asilar e custodial para pessoas com deficiência física e intelectual, como os Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensão, são responsabilizados por dar assistência ao incapacitado por acidente de trabalho e seus dependentes, em resposta à lógica da economia capitalista de aumento de mão de obra, de forma que pessoas com deficiência também pudessem participar do modo de produção como força de trabalho (Soares, 1991; Oliver 1998).

Almeida (2000) descreve a ampliação do número de instituições especializadas na iniciativa privada nas décadas de 1950 e 1960, e a implantação da formação de recursos humanos, iniciada no Instituto Nacional de Reabilitação associado ao Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas de São Paulo, que foi instalado em 1956 pela OMS por meio de intercâmbios com profissionais de outros países. A autora informa ainda que após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, a Previdência Social seguiu encarregando-se apenas da reabilitação de trabalhadores acidentados, oferecendo serviços a partir de Centros de Reabilitação Profissional, e que os atendimentos em reabilitação para as outras pessoas com deficiência aconteciam de maneira instável em instituições privadas e filantrópicas, que estabeleciam convênios com organizações como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Nacional para o Bem Estar do Menor (FUNABEM) e também com o próprio INPS.

Dessa forma, ao final da década de 70, notava-se que enquanto os acidentados de trabalho estavam assistidos, ainda que não sem problemas, por serviços de reabilitação geridos diretamente pelo estado – os CRPs do INPS – a maior parte das pessoas com deficiência estava excluída da assistência pública [...] Predominavam as instituições filantrópicas ou privadas, sendo que tanto aquelas que ofereciam atendimento custodial ou as que propunham atenção técnico-especializada, dirigiam-se, principalmente, às crianças (Almeida, 2000 p. 103).

Diversos autores apontam as décadas de 1980 e 1990 como períodos importantes na consolidação dos direitos das pessoas com deficiência, especialmente devido à mobilização de organizações dessa parcela da população e da influência das Organizações Internacionais (Oliver 1998; Almeida, 2000; Rocha, 2006; Ribeiro et al., 2010). Oliver (1998) destaca que todo o processo de luta por direitos sociais das pessoas com deficiência, bem como de outros

grupos, se deu em meio a “embates no campo de interesses privados e públicos no país” (p. 5), característicos do ideário neoliberal de constituição das políticas.

O movimento das pessoas com deficiência esteve ainda envolvido com outros movimentos sociais nas lutas e pressões pela democratização do país e por direitos fundamentais que culminaram na construção da Constituição Federal de 1988, marco essencial de afirmação de direitos e cidadania para todos os brasileiros, em particular do SUS regulamentado em 1990 (Almeida, 2000; Rocha, 2006; Ribeiro et al., 2010).

É inegável que a Constituição e o advento do SUS trouxeram avanços em relação à garantia de direitos e cidadania para as pessoas com deficiência. A partir de então, se tornou dever do Estado o cuidado em relação à saúde e reabilitação destas pessoas e novas regulamentações passaram a ser criadas com esse objetivo.

A Lei nº7853/89 que institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e o Decreto Nacional de nº 3298/99 que a regulamenta, são documentos normativos que abordam a cidadania das pessoas com deficiência, tratando sobre a ação governamental e a responsabilidade das áreas da educação, saúde, formação profissional e trabalho, recursos humanos e edificações, bem como normas gerais de acessibilidade.

No setor da saúde, esses documentos estabelecem extensa relação de obrigações com o setor público, entre ações de prevenção, diagnóstico e encaminhamento precoce para tratamento, criação de redes de serviços especializados em reabilitação e habilitação e garantia de acesso aos serviços de saúde.

Outras contribuições de grande importância desses documentos são a criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), encarregada de elaborar planos para a implantação da Política para Integração, e do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) como órgão superior de deliberação coletiva com a atribuição principal de garantir a implementação da mesma. Além dessas criações, os documentos também prezavam pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de defesa dos direitos da pessoa com deficiência e incentivavam a realização de atividades visando à prevenção de deficiências e à promoção dos direitos da pessoa com deficiência (Brasil, 1989, 1999).

Em 1991, foi instituído pela Portaria do Ministério da Saúde de nº827 o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, com o objetivo de reduzir a incidência de deficiência no país e oferecer atenção integral às pessoas com deficiência nas redes de serviços do SUS. Diversas portarias posteriores foram promulgadas, objetivando estabelecer normas e

incluir os procedimentos de reabilitação em níveis ambulatorial e hospitalar no SUS (Brasil, 2008b).

Por outro lado, o documento “Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços”, que aborda as diretrizes para a implantação do Plano a cima citado, foi divulgado em 1993 com o objetivo de se tornar um instrumento norteador para gestores dos estados e municípios planejarem e organizarem os serviços, visando ações de atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência e para a redução da incidência da deficiência (Brasil, 1993). Este documento elaborado pela consultora Dr<sup>a</sup> Ana Rita de Paula e demais colaboradoras, para a coordenação de Atenção a Grupos Especiais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, foi, aparentemente, pouco divulgado e referido nas políticas públicas, visto que ele não é citado nos documentos posteriores, apenas em estudos acadêmicos.

A primeira política de âmbito nacional que versa sobre saúde e reabilitação para pessoas com deficiência foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPPD), instituída em 2002 pela Portaria do Ministério da Saúde de nº1060 (Brasil, 2008b). O documento de divulgação da política reconhece que apesar das medidas anteriormente citadas, a desinformação da sociedade em geral com a precária distribuição dos recursos financeiros, e a visão limitada dos serviços sobre a possibilidade de contribuir para a melhoria das condições de saúde, vida e participação das pessoas com deficiência, dificultaram o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa com deficiência. A PNSPPD é apresentada com o propósito de normatizar um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação e inclusão plena na vida social, bem como a efetiva articulação entre os diversos setores e esferas do governo e a participação da sociedade (Brasil, 2008b).

Além destes, há um conjunto de outros documentos do Ministério da Saúde que normatizam questões pontuais, ou versam sobre especificidades de cada uma das deficiências, como a Portaria nº 818/01, que criou mecanismos para a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física; Portaria nº 1.635/02, que incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, procedimentos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo; Portaria nº 2.073/04, de 28 de setembro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva; e a Portaria nº957/08, que instituiu a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, entre outros (Brasil, 2006b).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi homologada pela ONU, em 13 de dezembro de 2006, contando com a participação ativa das próprias pessoas com deficiência, que foram ouvidas em sessões do Comitê Ad Hoc, entre 2002 e 2006, e se constituindo enquanto documento diretivo com o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as pessoas com deficiência, promovendo o respeito pela sua dignidade inerente.

O Brasil assinou a Convenção e seu Protocolo Facultativo em 30 de março de 2007, mas a ratificação ocorreu no ano seguinte, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e a promulgação se deu pelo Decreto nº 6.949/2009, nos termos previstos no Artigo 5º, §3º da Constituição Federal. Isso significa que o país se compromete, a partir de então, a seguir as diretrizes e cumprir com as orientações descritas no documento (Brasil, 2010).

A convenção influenciou, portanto, na instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite e a construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, objetos de estudo dessa pesquisa.

Por fim, em 2015, após intensas discussões entre os movimentos de pessoas com deficiências, organizações não governamentais e longa tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 13146 foi aprovada, sendo reconhecida como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esta pretende “assegurar e 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, 2015).

As Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD) são espaços públicos de debates entre diversos segmentos da sociedade sobre as políticas públicas do país a respeito dos direitos das pessoas com deficiência. Organizadas pelo CONADE, contam com a participação de representantes de outros órgãos governamentais e da sociedade civil e assinalam como resultado final propostas para criação e aprimoramento das políticas. As etapas nacionais são resultantes de diversas conferências realizadas em nível local, municipal, regional ou estadual (Brasil, 2012a). Até o presente momento, foram realizadas quatro conferências nacionais em Brasília.

A I CNDPD aconteceu em maio de 2006, com o tema central de “Acessibilidade: você também tem compromisso” e com objetivo de produzir contribuições para impulsionar o desenvolvimento de políticas sociais integradas, envolvendo todos os níveis de governo e que estimulem o controle social, voltado ao combate de todas as formas de discriminação e acessibilidade aos bens e serviços existentes. Nesta conferência foi lançada a campanha

“Acessibilidade – Siga essa Ideia” que, por meio de diversas ações nos mais variados campos, buscou a sensibilização da população sobre o tema (Brasil, 2006a).

A II CNDPD foi realizada em dezembro de 2008, com objetivo de analisar os obstáculos e avanços da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência. O tema central desse encontro foi “Inclusão, Participação e Desenvolvimento: um novo jeito de avançar” e contou com 3 mesas redondas sobre os assuntos: saúde e reabilitação profissional; educação e trabalho; e acessibilidade. As discussões foram pautadas tendo por base a Convenção de Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e o Plano de Ação da Década das Américas pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência da Organização dos Estados Americanos (OEA) (Brasil, 2008a).

A III CNDPD ocorreu em dezembro de 2012, com o tema: “Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: Novas perspectivas e desafios”, na perspectiva de avaliar as suas ações e sua implementação. Os debates apontaram para a necessidade de promoção da inclusão e da acessibilidade como valores integrais da justiça social. Foram aprovadas, aproximadamente, 400 propostas nas áreas de educação, esporte, cultura e lazer, trabalho e reabilitação profissional, acessibilidade, comunicação, transporte e moradia, saúde, segurança e acesso à Justiça, padrão de vida e proteção social (Brasil, 2012a).

A IV CNDPD ocorreu em abril de 2016, o tema discutido foi “Os desafios na implementação da política da pessoa com deficiência: A transversalidade como radicalidade dos direitos humanos”. Este tema teve discussões estruturadas em três eixos: gênero, raça e etnia, diversidade sexual e geracional; Órgãos gestores e instâncias de participação social; e a interação entre os poderes e os entes federados. Ao final foram aprovadas 98 propostas e ações estratégicas com diretrizes para a atuação em cada um dos eixos (Brasil, 2016).

A cidade de São Paulo tem um histórico paralelo de propostas e legislações próprias também. Oliver (1998) e Rocha (2006) indicam um marco importante em 1992 quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) publicou o Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência que contou, segundo as autoras, com intensa participação do movimento das pessoas com deficiência. O programa previa: ações da rede de saúde em diversos serviços para a promoção da saúde, como prevenção primária, detecção precoce de deficiências e prevenções de incapacidade; as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) como local de excelência para atendimento das demandas das pessoas com deficiência com retaguarda de uma equipe interprofissional de reabilitação; criação de Serviços Regionais de Reabilitação para ações complexas em reabilitação; presença de profissionais de reabilitação; e realização de ações em

unidades hospitalares para prevenção ou impedimento de agravos de incapacidades. No entanto, elas salientam que com a criação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em 1996, o programa não teve continuidade.

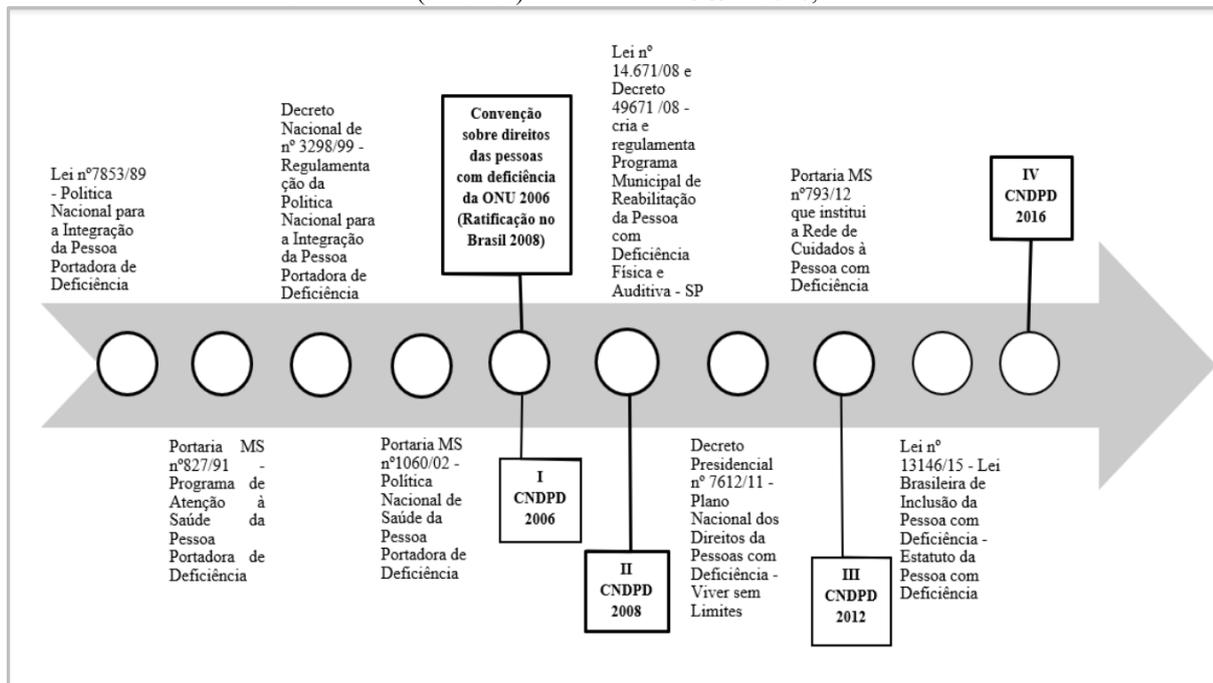
Em 2005 foram criados os Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR) e os Núcleos Integrados de Saúde Auditiva (NISA), como serviços especializados para atendimento em reabilitação para pessoas com deficiência física, auditiva ou múltiplas. Estes núcleos foram consolidados em 2008, pela Lei nº 14.671, que criou o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva, regulamentada pelo Decreto 49671 de 25 de junho de 2008 (São Paulo (Município), 2011).

As ações em reabilitação do município, propostas no Programa Municipal de 2008, estavam respaldadas pelas Portarias Ministeriais que regulamentavam as redes estaduais de atenção às deficiências física e auditiva (Portarias nº 818/01 e nº 2.073/04, respectivamente); elas foram descritas em documento de Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais na Área da Saúde da Pessoa com Deficiência no Município de São Paulo. As diretrizes desse Programa versavam sobre inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atenção básica e a implementação nos NIR e NISA, priorizando a integração das redes de saúde nos territórios próximos à residência do usuário, gerando ações de prevenção e intervenção precoce e práticas multiprofissionais e intersetoriais (São Paulo (Município), 2011).

Outra iniciativa do município de São Paulo foi o Programa do Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD), que foi implantado em 2010 com objetivo implementar a atenção à saúde das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, em situações de fragilidade e vulnerabilidade social, por meio de ações que favoreciam a manutenção e fortalecimento dos vínculos territoriais e familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos, o desenvolvimento de potencialidade, autonomia e cidadania e que evitassem o abrigamento/internação. O modelo do trabalho desenvolvido por essas equipes é baseado no acompanhamento terapêutico como estratégia diferenciada de cuidado, com foco no território e no protagonismo dos sujeitos. As equipes do APD estavam vinculadas a alguns NIR, atualmente também em CERs (São Paulo (Município), 2016b).

O progresso das principais políticas delineadas após a afirmação do SUS, descritas nesse item está representado visualmente em uma linha do tempo (Figura 1.1), bem como alguns marcos de referência para a história da luta pelos direitos das pessoas com deficiência, que influenciaram o desenvolvimento e a execução das políticas.

Figura 1.1 - Linha do Tempo – Principais decretos, portarias, leis e Conferências Nacionais de Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD) entre os anos 1989 e 2016, Brasil



Fonte: a autora.

### 1.2.1.1 Revisão bibliográfica sobre as políticas públicas em atenção à saúde das pessoas com deficiência

Esta revisão bibliográfica teve o objetivo de compreender o que tem sido estudado em relação às políticas públicas em saúde para as pessoas com deficiência, e sua contribuição para a atenção em saúde e reabilitação dessa população após o advento do SUS.

A pesquisa foi realizada entre os meses de julho de 2018 e janeiro de 2019 nos bancos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A BVS tem foco no desenvolvimento das ciências da Saúde na América Latina e Caribe e possui diversas bases de dados da saúde e recursos informacionais: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), entre outros.

As combinações entre descritores e palavras chaves utilizados foram: “Pessoa com deficiência” AND Política AND Saúde AND Brasil; “Pessoa com deficiência” AND Política AND Reabilitação AND Brasil; “Pessoa com deficiência” AND SUS AND Brasil; Reabilitação AND “Pessoa com deficiência” AND SUS AND Brasil; e Política AND “Pessoa com deficiência” AND SUS.

Com essas combinações foram identificados um total de 110 documentos, filtrados considerando como critérios os artigos em português e disponíveis na íntegra gratuitamente online. Após leitura do resumo foram excluídos os artigos que abordassem experiência de outros países, de outros grupos populacionais, ou sobre procedimentos específicos em reabilitação. Também foram excluídos artigos que ao abordar políticas para pessoas com deficiência não tratassem sobre saúde ou reabilitação especificamente. Nesse momento foram selecionados 21 artigos, e após a leitura na íntegra foram descartados mais 3 artigos segundo os critérios apontados, totalizando 18 artigos selecionados.

O Quadro 1.1 apresenta os artigos estudados, por ordem cronológica, com a indicação de revista e ano de publicação e tipo de estudo.

Após a leitura dos artigos foram elencados 4 temas entre os mais abordados por eles e que contribuem para o presente estudo. O primeiro deles é referente à **contextualização nacional, internacional e os movimentos sociais**; diversos artigos abordaram a importância da organização de movimentos sociais e a influência de organizações internacionais no processo de constituição das políticas públicas para pessoas com deficiência, especialmente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU de 2006, assinada pelo Brasil em 2007 (Almeida; Campos 2002; França et al., 2008; Fraga, Sousa 2009; Maia et al., 2011; Tomaz et al., 2016; Nogueira et al., 2016). Dentre os eventos destacam-se processo de redemocratização brasileiro e elaboração da Constituição Federal Brasileira de 1988 e do SUS em 1990, bem como a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade) em 1999 e as Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CNDPD) (Almeida; Campos, 2002; França et al. 2008; Silva et al. 2012; Fraga, Souza, 2009; Tomaz et al., 2016; Peixoto et al., 2018).

Alguns artigos abordam também as relações e influências entre a **compreensão de conceitos de deficiência e modelos de atenção** e as Políticas Públicas que estão em constante tensionamento (Bernardes et al., 2009) e descrevem o processo histórico de sua evolução (Bernardes et al., 2008; Fraga; Souza, 2009), bem como as relações com o interesse econômico no estabelecimento das ações em saúde e reabilitação (Almeida et al., 2002; França et al., 2008).

O estabelecimento da CIF pela OMS é apresentado por grande parte dos autores como um marco de importante mudança de olhar apresentada anteriormente, ampliando as análises sobre deficiência, inclusão social e questões relacionais (Amaral et al., 2012; Munguba et al., 2015; Alves et al., 2016), destacando que as Políticas Públicas atuais descrevem este como

modelo teórico a ser seguido, tendo sido publicada inclusive uma resolução estabelecendo seu uso<sup>2</sup> (Alves et al., 2016).

Quadro 1.1 - Artigos por revista, ano de publicação, tipo de estudo

	<b>Autores</b>	<b>Nome</b>	<b>Revista</b>	<b>Ano</b>	<b>Tipo de estudo</b>
1	Almeida e Campos	Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas	Revista TO USP	2002	Pesquisa descritiva
2	França et.al.	Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites	Acta Paulista de Enfermagem	2008	Pesquisa bibliográfica
3	Fraga e Souza	Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social	Revista Eletrônica de Enfermagem	2009	Pesquisa exploratória
4	Bernandes et.al.	Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas	Ciência e Saúde Coletiva	2009	Pesquisa exploratória
5	Cavalcante e Goldson	Avanços na implantação de políticas e ações no campo da deficiência e da saúde mental	Ciência e Saúde Coletiva	2009	Editorial
6	Lima et.al.	Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em recife	Ciência e Saúde Coletiva	2009	Pesquisa descritiva
7	França et.al.	Aplicação da bioética principialista às políticas públicas para pessoas com deficiência: revisão sistemática	Online Brazilian Journal of Nursing	2010	Pesquisa bibliográfica
8	Maia et.al.	Arcabouço legal para ações de saúde junto à pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde	Journal of Nursing UFPE	2011	Pesquisa Documental
9	Amaral et.al.	Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS	Ciência e Saúde Coletiva	2012	Pesquisa descritiva
10	Silva et.al.	Políticas públicas para inclusão social na deficiência - Revisão sistemática	Avances em Enfermeria	2012	Pesquisa bibliográfica
11	Munguba et.al.	Da invisibilidade à participação social: promoção da saúde em pessoas com deficiência	Revista Brasileira de Promoção de Saúde	2015	Editorial
12	Vieira ae.al.	Saúde auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva	Distúrbios da Comunicação	2015	Pesquisa descritiva
13	Nogueira et.al.	Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos	Ciência e Saúde Coletiva	2016	Pesquisa descritiva
14	Alves et.al.	Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação	Fisioterapia Pesquisa	2016	Pesquisa descritiva
15	Tomaz et.al.	Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa	Ciência e Saúde Coletiva	2016	Pesquisa bibliográfica
16	Pereira et.al.	Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil	Physis Revista de Saúde Coletiva	2016	Pesquisa descritiva
17	Machado et. al.	Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência	Texto Contexto Enfermagem	2018	Pesquisa exploratória
18	Peixoto et. al.	Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil	Interface Comunicação Saúde Educação	2018	Pesquisa descritiva

Fonte: a autora.

Outro tema abordado é referente a **complexidade e integralidade das políticas públicas**; diversos autores problematizam que o grupo das pessoas com deficiência, embora

<sup>2</sup> Resolução nº452, de 10 de maio de 2012.

tenha uma problemática comum, é plural e com diferentes tipos de deficiência, ciclos de vida e necessidades de saúde, passando não só pela reabilitação, mas por ações de prevenção de deficiências, promoção e cuidados gerais à saúde das pessoas desse grupo. Eles indicam que algumas políticas abordam esses diferentes aspectos, mas que ainda há necessidade de investimentos e aprimoramento tanto no sentido das especificidades das pessoas com deficiência, quanto das ações de prevenção e detecção precoce (Bernardes et al., 2009; Maia et al. 2011; Silva et al. 2012; Amaral et al., 2012; Tomaz et al. 2016; Nogueira et al., 2016). Alguns estudos também abordam as condições socioeconômicas, acesso a direitos básicos e índices de violência, que, segundo os autores, são piores em relação às pessoas que já vivem com deficiência, assim como são fatores de risco para experiências que levem a essa condição (Amaral et al., 2012; Tomaz et al., 2016; Nogueira et al., 2016).

Para responder a todas as demandas de cuidados à saúde das pessoas com deficiência, os autores afirmam sobre a importância da articulação entre diferentes serviços de saúde e ações de diversos setores, e indicando políticas complementares de outras áreas da saúde, bem como de assistência social, educação e transporte (Lima et al., 2009; Maia et al., 2011; Amaral et al., 2012; Tomaz et al., 2016; Vieira et al., 2015; Alves et al., 2016; Nogueira et al., 2016; Pereira et al. 2016; Machado et al., 2018).

Por fim, diversos artigos fazem a reflexão sobre a **implantação das políticas públicas na prática**; estes são consensuais em afirmar que a existência das políticas não garante a melhoria das condições de vida e saúde das pessoas com deficiência, menos ainda possibilita a inclusão social. Nesse sentido, os autores consideram que o Brasil possui um bom aparato legal de direito à saúde dessa população, e evidenciam uma importante evolução e aprimoramento das políticas, afirmando que elas não têm se mostrado suficientes para a efetivação desses direitos, pois não se materializam em ações concretas (Fraga; Souza, 2009; Bernardes et al., 2009; Maia et al., 2011; Amaral et al., 2012; Silva et al., 2012, Machado et al., 2018; Peixoto et al., 2018).

Dentre as problemáticas para a concretização das políticas estão a compreensão de que as políticas nacionais são verticais, não reconhecendo e considerando, muitas vezes, as realidades locais (Lima et al., 2009; Maia et al., 2011) de que não há participação e representatividade adequada das pessoas com deficiência na sua elaboração e implantação (Peixoto et al., 2018). Além disso, faltam financiamento e (Fraga; Souza, 2009) informações epidemiológicas precisas, tanto na execução das políticas quanto na sua implantação e estudos na área (Lima et al., 2009; França et al., 2010; Tomaz et al., 2016).

Por fim, alguns autores apresentam o desafio da reorientação do funcionamento, seja dos serviços de saúde ou da sociedade como um todo. Eles consideram que para tornar factível o que se propõe nas políticas, faz-se necessária a transformação de pessoas, paradigmas e relações, e a reorientação de modelos assistenciais e de processos de trabalho dos serviços e equipes de saúde (Maia et al., 2011; Silva et al., 2012; Fraga; Souza, 2009; Alves et al., 2016).

### **1.2.2 Modelos assistenciais e modelos de reabilitação**

Conforme apresentado anteriormente, o conceito de modelo assistencial é discutido por Paim (2003) como as combinações técnicas que caracterizam o modo como são produzidas e distribuídas as ações em saúde, a fim de resolver problemas e atender necessidades de determinada população em determinado território. Este e outros autores complementam que o modelo não é um conjunto estático de normas que condicionam a organização, e sim a articulação de recursos físicos, tecnológicos e humanos na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença (Campos, 1989; Merhy, 2000; Paim, 2003). Nesse sentido, Merhy (2000) defende que os modelos assistenciais fazem referência “ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares” (p. 1).

A constituição de modelos assistenciais é influenciada por fatores importantes, a saber: a compreensão da saúde e da doença, as tecnologias disponíveis e as escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (Silva Junior; Alves, 2007). Merhy (2000) complementa que toda conformação que interessa em um modelo assistencial ocorre a partir de encontros, disputas e acordos entre o conjunto de indivíduos e grupos de usuários da saúde, os profissionais e gestores e diversos fatores que atravessam os interesses de cada grupo, que não são hegemônicos.

Há alguns modelos assistenciais estabelecidos no Brasil que surgiram em momentos distintos, foram impulsionados por demandas diferentes e que seguem presentes e influenciando as ações de saúde. Paim (2003) aponta que um deles, o modelo médico-assistencial privatista, é pautado na busca espontânea pelos serviços de saúde de sujeitos que se reconhecem com alguma necessidade, e considera que o modelo tem origem na assistência filantrópica e na medicina liberal, mas não é exclusivo do sistema privado e está fortemente

presente no sistema público, que se fortaleceu com expansão da Previdência Social e consolidou-se com a capitalização da medicina nas últimas décadas. Campos (1989) complementa que no modelo liberal-privatista o mercado é o responsável pelas ofertas de saúde, onde há possibilidade de lucro, mas não em função das necessidades de saúde das pessoas. Ele refere que o usuário sempre tem que pagar pela assistência, diretamente ou indiretamente, pela Previdência Social, e problematiza a expansão desse modelo justamente após a intervenção do Estado, no financiamento e compra de serviços do setor privado. Ambos os autores referem que a assistência é médica, individualizada, curativa e centrada em procedimentos, tecendo críticas quanto à desigualdade de acesso e fragmentação do cuidado.

O modelo assistencial sanitaria é apresentado por Paim (2003) como o modelo pautado nas campanhas e programas especiais, a fim de cuidar de agravos na saúde da população e do controle de epidemias. As campanhas são temporárias, com grande mobilização de recursos e têm objetivos pontuais de “apagar incêndios” e se mostram através de uma visão militarista, com concentração de decisões e um estilo repreensivo de intervenção sobre os corpos individuais e sociais. Diferentemente, programas especiais são mais permanentes, e têm administração única e vertical, ou seja, também atravessam características individuais de serviços e usuários (Paim, 2003; Merhy et al., 2004). Campos (1989), também apresenta a manutenção dessas ações de Saúde Pública como função do Estado no cuidado com a população no geral, mas as considera dentro da proposta do modelo liberal-privatista já que são voltadas para a população mais carente. Os três autores tecem críticas a respeito da marginalização e desintegração das ações (Campos, 1989; Paim, 2003; Merhy et al., 2004).

Há ainda a tentativa de mudar alguns aspectos da prática liberal, curativa e individual, sem pretender, contudo, liquidar a medicina de mercado compondo modelos alternativos, denominados por Campos (1989) como modelos racionalizadores/reformistas. Para este autor, a convivência de modelos antagônicos torna complexo o desenvolvimento das duas alternativas, fazendo com que os princípios e organizações das práticas da medicina liberal de mercado acabem penetrando nos serviços que pretendiam substituí-los.

As mobilizações da Reforma Sanitária e o advento do SUS se apresentaram como propostas alternativas ao modelo hegemônico. Segundo Fleury (1997) apud Merhy et al. (2004), o projeto da Reforma Sanitária porta um modelo de democracia com a formulação de uma proposta igualitária, de garantia de saúde como direito e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática, no qual, completa Campos (1989), o atendimento deve ser integral, equânime, universal e gratuito, e as ações organizadas a partir de

planejamentos técnicos, hierarquizados conforme complexidade de atenção e regionalizados conforme a distribuição populacional e suas necessidades de saúde.

Desde as reflexões da Reforma Sanitária na década de 1980 e do ano de 1990, no qual a Lei orgânica da Saúde foi aprovada, os desafios seguem sendo implantar essa proposta com qualidade. Para Merhy et al. (2004), apesar de reconhecer ganhos importantes quanto à ampliação da capacidade do Estado de produzir serviços de saúde, a facilitação do acesso das pessoas aos serviços e desenvolvimento de algumas áreas pontuais, geraram críticas referentes à implantação do modelo proposto pelo SUS, pois ainda não foi possível superar totalmente o modelo hegemônico, apresentando ainda fortes aspectos médico e procedimento centrados, com olhares reducionistas aos processos saúde e doença, indicando ausência de respostas ao complexo mundo das necessidades dos usuários individuais e coletivos.

Os autores apresentam ainda alguns modelos constituídos após o advento do SUS, como experiências locais, com influência, ou não, de organizações internacionais, como Ação Programática ou Programação em Saúde, os Sistemas Locais de Saúde (Silos), as Cidades Saudáveis e o Movimento em Defesa da Vida, e indicam o Programa de Saúde da Família (PSF) como o que se estabeleceu enquanto modelo preferencial na atenção básica (Merhy et al, 2004; Silva Junior; Alves, 2007).

O PSF surge com o propósito de superação e substituição dos modelos de assistência à saúde, marcado pelos serviços hospitalares, nos atendimentos médicos e ações curativas. Suas características principais eram a centralidade na família, na territorialização e a descrição da clientela por equipe, possibilitando responsabilização e vínculo entre eles. A Unidade de Saúde da Família deveria estar inserida na atenção básica através da vinculação à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e familiares. No entanto, algumas críticas ao modelo vêm sendo tecidas desde então, especialmente quanto a capacidade do programa em superar os modelos assistenciais (Merhy et al, 2004).

Almeida (2000) aponta que o segmento específico da reabilitação, enquanto parte integrante do sistema de saúde no Brasil, encontra a mesma forma heterogênea, com sobreposições e composições diversas, e dependente da relação público/privada de produzir serviços no país. A autora apresenta o modelo hegemônico e o modelo de reabilitação baseada na comunidade como modelos estruturados e presentes na realidade brasileira em diferentes regiões e contextos. Para ela, o modelo hegemônico equivale ao que foi apresentado anteriormente como modelo biomédico de reabilitação, com o centro de reabilitação como instância principal e exclusiva da atenção à saúde das pessoas com deficiência, com ações em

reabilitação voltadas para o corpo da pessoa com deficiência como objeto de saber especializado:

Definidos a partir do paradigma médico-biológico, os procedimentos de reabilitação foram assentados na racionalidade do binômio causa-efeito, doença-cura. Nessa linha, a abordagem reabilitadora adotou como eixo central a alteração ou correção do processo bio-patológico, colocando em planos subordinados o que considerou como consequência desses (Almeida, 2000. p. 78).

Rocha (2006) completa que, no Brasil, este modelo hegemônico é geralmente desenvolvido por instituições filantrópicas ou particulares, mas também se apresenta enquanto política, seja no estabelecimento de convênios com esse tipo de instituição, ou nas próprias ações desenvolvidas nos serviços públicos, que se apoiam no paradigma médico-biológico da saúde.

O modelo de RBC passou a integrar o campo de medidas oficialmente recomendadas no Brasil em 1993, quando o Ministério da Saúde (MS) editou o documento “Atenção à pessoa portadora de deficiência no SUS – Planejamento e organização de serviços”, indicando que o Programa Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência iria difundir e apoiar a tecnologia da RBC (Almeida, 2000). No entanto, Almeida (2000) e Oliver e Almeida (2007) pontuam que as experiências de RBC que de fato aconteceram no Brasil foram em pequena escala e praticamente desarticuladas do setor público, e por isso, sem recursos de referências institucionais e de apoios. Desse modo, o modelo pode ser considerado mais como um contraponto de resistência ao modelo biomédico, do que como um projeto político de contra hegemonia.

Embora a RBC venha promovendo a divulgação de princípios e diretrizes ampliadas para o campo da reabilitação, incorporando a ele problemas desconsiderados pelas práticas convencionais, o modelo não tem conseguido fugir das imposições da lógica neoliberal, que subordina a crítica do modelo institucional ao problema econômico (Almeida, 2000. p. 203).

Almeida (2000) aponta também outro modelo de reabilitação derivado do processo de estruturação do SUS, com formulações de políticas baseadas em diretrizes propostas para o sistema como um todo e a incorporação das pessoas com deficiência nos serviços já existentes, através da atenção integral, de composição de redes regionais e da participação popular.

Rocha (2006) também disserta a respeito das ações em reabilitação em saúde pública após advento do SUS, como uma tentativa de construção de uma nova linguagem no campo da reabilitação. Apresenta algumas experiências pontuais do Estado e Cidade de São Paulo que propunham uma abordagem a partir da concepção de saúde e doença e da deficiência como processo socio-histórico, com ações menos focadas em centros tradicionais de reabilitação e mais na atenção básica, próximas ao território, comunidades e intervenções grupais, coletivas

e sociais realizadas por equipes interdisciplinares e focadas nas demandas das pessoas com deficiência da região. No entanto, as discussões e transformações indicadas por essas experiências, denominadas por Rocha (2006) como modelo assistencial de reabilitação em saúde pública não foram aprofundadas nem se instituíram enquanto políticas públicas efetivas, mantendo-se a quem do modelo tradicional hegemônico.

## 2 OBJETIVOS

O propósito desse estudo é compreender como o CER estudado tem contribuído para os processos de cuidado e reabilitação na RCPCD no que tange às práticas desenvolvidas no cotidiano do serviço e as orientações documentos norteadores, em relação as concepções e dimensões teóricas que as norteiam. São objetivos específicos:

- Compreender a partir de qual modelo/paradigma de reabilitação os documentos norteadores da RCPCD e do CER estão estruturados e como estes se refletem em ações na prática cotidiana de atenção.
- Conhecer o processo de implantação da RCPCD e CER em determinada região;
- Conhecer o processo de trabalho dos profissionais do CER e compreender as concepções e dimensões teóricas e práticas que os orientam;
- Propor, como produto de inovação em formação em saúde, para o Programa de Mestrado Profissional, um formato de oficinas de reflexão sobre processo de trabalho no CER para aplicação junto a profissionais da assistência e gestão, que revele tensões sobre o modelo de reabilitação em curso, e dessa maneira possa contribuir com o objetivo de possibilitar momento de avaliação e aprimoramento do trabalho realizado nos serviços.



### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo, de caráter qualitativo e descritivo, visa, a partir da associação de diferentes técnicas de coletas de dados, relacionar e analisar as informações referentes às orientações teóricas e normativas e o processo de implantação da RCPcD na cidade de São Paulo e de um CER em uma de suas regiões, bem como às práticas desenvolvidas no dia a dia do funcionamento do serviço (Oliveira, 2007).

O processo de sua constituição e desenvolvimento está intimamente relacionado com a constituição do Grupo Interdisciplinar de Estudos do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a realização de um amplo projeto de pesquisa denominado Projeto Rede Viva, sobre os processos de reabilitação em redes de atenção à saúde, especialmente a rede da região representada pela Supervisão Técnica de Saúde (STS) do CER estudado. Os participantes do grupo, respeitando as especificidades de seus trabalhos, compartilharam a construção dos projetos de pesquisa, algumas coletas de dados e diversas discussões sobre o processo das pesquisas e resultados encontrados. O projeto resultou em um trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação e dois mestrados, sendo um sobre rede de reabilitação da região estudada e os fluxos estabelecidos (Berach, 2018) e o outro sobre os processos de acesso à órteses, próteses e materiais especiais (OPMs) (Barroso, 2019), que compõe os resultados desta pesquisa Projeto Rede Viva.

A presente pesquisa foi aprovada sem recomendações 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), bem como pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e pela Supervisão Técnica de Saúde da região. Os pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética envolvidos estão adicionados no anexo A.

### 3.2 ESCOLHA DO CAMPO

A escolha do CER para a realização da pesquisa foi pautada por ser o serviço de referência da região estudada pelo Projeto Rede Viva, descrito anteriormente. Considerou-se que os dados compartilhados, a contribuição dos outros estudos desenvolvidos e as discussões do grupo poderiam ampliar e aprofundar o conhecimento da rede e do serviço da região, contribuindo assim para uma melhor compreensão e análise dos aspectos pretendidos.

Segundo a Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo), por meio de dados de projeção a partir do Censo 2010, a população da STS onde se localiza o CER é de 456.798, sendo 10,97% de idosos com mais de 65 anos, 6,8% de primeira infância, entre 0 e 4 anos, 12,41% de crianças, entre 5 e 14 anos, 13% de adolescentes e jovens adultos, entre 15 e 25 e 56,76% de adultos, entre 25 e 64 anos. No recorte por gênero são 52,51% do sexo feminino e 47,40% do masculino (São Paulo (Município), 2019).

Os dados do censo de 2010 sobre moradia e escolaridade são apresentados pelo CEInfo em compilados referentes às coordenadorias, e em relação à região da coordenadoria da qual o CER estudado faz parte, verifica-se a menor relação morador/domicílio da cidade, com o número de 2,63 pessoas por domicílio, a maior taxa cobertura de esgotamento sanitário via rede nos domicílios (97,57%) e taxas de abastecimento de água via rede (99,52%), lixo coletado por serviço de limpeza (99,90%) e energia elétrica de companhia distribuidora (99,95%) mais altas do que as médias municipais e o maior número de domicílios com bens duráveis (exceção às motocicletas). Em relação à escolaridade, a coordenadoria possui o melhor padrão educacional da cidade: menor número de pessoas de 15 ou mais anos apenas com o ensino fundamental completo (14,1%) e população de adultos jovens (25 anos e mais) com o maior percentual de completude do ensino superior (46,4%), a região tem ainda a menor proporção tanto de pessoas com mais de 5 anos (2,7%) e de idosos (3%) analfabetos (São Paulo (Município), 2012). Sabe-se que há diferenças importantes dentro da região no que diz respeito à essas informações e que há áreas específicas de maior vulnerabilidade, que não ficam representadas nessa caracterização.

Em relação à prevalência de pessoas com deficiência na CRS, foi elaborado a tabela 3.1 a partir de dados do Inquérito de Saúde da cidade de São Paulo – ISA Capital (São Paulo (Município), 2018). O questionário usado para coletar os dados sobre a prevalência da deficiência entre as pessoas foi semelhante ao utilizado pelo IBGE no censo de 2010, isto é, foi

autorreferido, considerando-se o uso de instrumentos corretores e de apoio, assim como o grau de severidade.

Tabela 3.1 - Pessoas com algum grau de dificuldade e com deficiência severa ou total por tipo de deficiência em São Paulo, no ano de 2015.

<b>Tipo de deficiência</b>	<b>% de pessoas com alguma dificuldade</b>	<b>% deficiência severa ou total</b>
<b>Física</b>	7,7	1,5
<b>Auditiva</b>	8,8	0,9
<b>Visual</b>	20,9	4,1
<b>Intelectual</b>	3,7	3,7

Fonte: a autora a partir de dados do ISA Capital 2015 (São Paulo (Município), 2018)

Segundo dados da Secretaria Municipal da Saúde, a STS da região conta com os seguintes equipamentos: 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Assistências Médicas Ambulatoriais (AMA), 3 UBS/AMA, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um deles de adultos, um de álcool de drogas e um infante juvenil, um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), 2 Residências Terapêuticas (RT), um Centro de Especializados Odontológicas (CEO), um CER, um Hospital Dia da Rede Hora Certa/Ambulatório de Especialidades (AE), um Pronto Socorro Municipal, um Hospital Municipal, um Serviço de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE/DST), 2 Serviços de atenção domiciliar (SAD), uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) (São Paulo (Município), 2019). A região conta ainda com um Hospital Universitário.

O serviço escolhido como campo de pesquisa é um CER II, que atende reabilitação física e auditiva. Ele ainda não é habilitado no Ministério da Saúde como CER, como veremos à diante, mas já recebe o nome e funciona de acordo como o previsto para os demais serviços desse tipo no município. Possui uma gerente, uma auxiliar administrativa, uma técnica de enfermagem, quatro fisioterapeutas, duas terapeutas ocupacionais, duas fonoaudiólogas, dois psicólogos e dois médicos compartilhados com serviço de Rede Hora Certa, com o qual também compartilham o espaço.

### 3.3 COLETAS DE DADOS

Foram utilizadas três técnicas de coletas de dados - pesquisa documental, entrevistas e grupos de discussão e observação - pois um dos objetivos da pesquisa é associar as proposições das legislações e normativas técnicas, aos relatos do processo de implantação da RCPCD e do CER e com a compreensão quanto ao funcionamento do serviço e as impressões da prática

cotidiana, a fim de compreender como eles relacionam-se entre si e com as compreensões de deficiência e reabilitação que regem um modelo de atenção às pessoas atendidas.

### **3.3.1 Pesquisa documental**

De acordo com Cellard (2014), o documento escrito é uma fonte preciosa para o pesquisador, que favorece a observação dos processos de maturação ou evolução de indivíduos, coletivos, conceitos, conhecimentos e práticas. Sá-Silva et. al. (2009) complementam que quando um pesquisador utiliza documentos a fim de extrair dele informações, ele deve investigá-lo, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise. Mais especificamente a respeito de análises de políticas públicas, Viana e Baptista (2008) apontam para a importância de considerar os processos e atores envolvidos na construção dos documentos, bem como princípios políticos e ideológicos que norteiam a ação.

Os documentos foram elencados a partir de levantamento na bibliografia estudada e dos relatos das pessoas entrevistadas. Foram escolhidos documentos que demonstram a história do processo de implantação e que apresentam contribuições nos quesitos “conceito e compreensão de deficiência e reabilitação”, “modelos de atenção” e nos “processos de trabalho da RCPCD e do CER”. O levantamento e estudo dos documentos foi realizado desde 2017, ainda na construção do projeto de pesquisa, até as entrevistas finalizadas em agosto de 2019, após esse momento foram realizados a sistematização das informações e preparação de material para apresentação.

O processo de análise contou com a investigação do contexto no qual foram produzidos os documentos, a partir da literatura e das entrevistas realizadas, seguida de leitura exaustiva, fichamento e sistematização das informações da contextualização, formato e apresentação e conteúdo do documento (Cellard, 2014).

A fim de aprofundar informações sobre a forma das diretrizes, objetivos, normas de funcionamento e como as atribuições relacionam-se com as ações propostas, foram desenvolvidos quadros para elucidar essa associação, facilitando a visualização. É importante reforçar que tais quadros não representam o conteúdo total dos documentos, mas um recorte escolhido pela pesquisadora sobre os seguintes temas: serviços ofertados – diversidade, qualidade e acesso; avaliação e monitoramento; educação permanente; e serviços de base

territorial e integração regionalizada – rede de saúde e rede intersetorial. Os quadros estão disponíveis para consulta no apêndice A.

Os documentos analisados estão apresentados no quadro 3.1 a partir de seus títulos, data ou ano, autores (entendidos como quem assina ou publica os documentos) e objetivo.

Quadro 3.1 - Documentos analisados por Título, Data/Ano, Autores e Objetivo

<b>Título</b>	<b>Data/Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivo</b>
Decreto 7.612 - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (BRASIL, 2011)	17 de novembro de 2011	Presidência da República	Promove, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência
Anexo VI da Portaria de Consolidação n. 3 (BRASIL, 2017)	3 de outubro de 2017	Ministério da Saúde	A Portaria de consolidação n.3 consolida normas sobre as redes do SUS, o anexo VI institui à RCPCD por meio de criação ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência, no âmbito do SUS, apresenta caracterização dos CERs e normatização de ambiência, a implantação de câmara técnica de assessoramento e apoio à RCPCD e materiais e complementa critérios específicos para a habilitação de serviços de atenção à saúde auditiva
Instrutivos de reabilitação física, mental, auditiva e Visual (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas) (BRASIL, 2014b)	02 de junho de 2014	Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em Saúde do Ministério da Saúde	Apresenta referencial teórico e normativo de habilitação, implantação e funcionamento dos CERs e Oficinas Ortopédicas
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Plano de ação da RRAS – 06 (SESSP, 2013)	Setembro de 2013	Grupo Condutor Regional da RRAS 6 – Município de São Paulo	Apresenta descrição do processo de elaboração do plano de ação para o estabelecimento da RCPCD na RRAS, incluindo características socio-demográficas, levantamento de atividades realizadas, descrição das ações propostas e elaboração de fluxos.
Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência (SMSSP, 2016)	2016	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	Subsidiária e contribui com a organização dos serviços e consolidação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no Município de São Paulo.

Fonte: a autora.

Em relação à Portaria de Consolidação n. 3, é importante esclarecer que esta foi publicada em 2017 e agregou normas sobre as redes do SUS, descrevendo, em seus anexos, cada uma das redes temáticas de atenção à saúde, redes de serviço em saúde e redes de pesquisa em saúde. O anexo VI, que versa sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência envolve as seguintes portarias: Portaria n.626/2006 - Define os Serviços de Atenção à Saúde Auditiva e os limites físicos e financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios; Portaria n.793/2012 – Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Portaria n.1303/2013 - Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à

Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e dá outras providências; Portaria 479/2016 – Institui Câmara Técnica de assessoramento e apoio às Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; e Portaria n.2776/2014 - Aprova diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva no SUS.

Para a pesquisa ser fidedigna aos documentos, se optou por analisar a Portaria de Consolidação n.3, mas também considerar a Portaria n.793/2012 da RCPcD, uma vez que tanto os demais documentos analisados, assim como as ações na implantação da RCPcD e do CER estudados, se sucederam e estiveram pautados na Portaria original de 2012 e não na Portaria de consolidação de 2017, já que foram desenvolvidos e realizados anteriormente. Foi realizada ainda uma comparação entre o conteúdo da portaria de 2012, na íntegra, e aquele apresentado na Portaria de consolidação n.3, e as diferenças consideradas nas análises, e apontadas no texto quando necessário.

### **3.3.2 Grupo de discussão e entrevistas**

Minayo (2009) considera a entrevista como uma das principais abordagens técnicas para um trabalho de campo. Segundo a autora, a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, através da qual o pesquisador busca informações contidas na fala dos atores sociais, com propósitos bem definidos.

Optou-se por entrevistar profissionais da equipe do CER e profissionais da gestão que participam do processo de implantação da RCPCD do CER. Os profissionais do serviço foram entrevistados a partir de grupo de discussão, usando roteiro semiestruturado de facilitação, a fim de conhecer como vivenciaram o processo de implantação do CER e da RCPCD, as atividades por eles realizadas no serviço, bem como os processos de trabalho no cotidiano dos serviços, especialmente relacionados à conceitos, modelos de reabilitação e norteadores técnicos que seguem.

As entrevistas individuais, realizadas a partir de roteiro semiestruturado diferente do anterior, visaram conhecer como foi o processo de implantação da RCPCD e do CER na região, e se foram transmitidas orientações técnicas para os serviços, quais foram essas orientações, pautadas em quais conceitos de deficiência e modelo de reabilitação e como isso foi realizado. As profissionais da gestão entrevistadas foram escolhidas pela pesquisadora a partir da

bibliografia estudada e de informações colhidas nos contatos anteriores com o grupo de pesquisa do Projeto Rede Viva.

Os roteiros de facilitação da discussão em grupo e o roteiro das entrevistas estão apresentados respectivamente nos apêndices B e C. O grupo de discussão e as entrevistas foram gravados e transcritos e avaliados a partir da análise de conteúdo. As entrevistas foram enviadas para apreciação e validação. Também foi realizado um último encontro com a equipe para aprovação de fluxo descritivo do trabalho, desenhado após as coletas da pesquisa.

Após aprovação de comitê de ética em pesquisa e da liberação dos responsáveis pela Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde, os contatos para realização do grupo e da entrevista foram realizados diretamente pela pesquisadora, com as pessoas escolhidas, e assim realizada a apresentação da proposta de pesquisa e marcação de datas. A realização do grupo e entrevista procurou seguir a ordem de iniciar pela equipe e posteriormente com profissionais de gestão, considerando-se a ordem daqueles profissionais vinculados ao nível local para aqueles de nível mais central, para que as conversas anteriores contribuíssem com subsídios para as próximas em uma escala de foco local para o processo de implantação mais amplo, mas essa dinâmica também dependeu da disponibilidade de agenda dos profissionais. Algumas foram marcadas com maior facilidade e outras encontraram maiores entraves e necessidade de remarcação. Todos os participantes concordaram e assinaram com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado no apêndice D.

No total foram realizadas 4 entrevistas individuais com profissionais da gestão e dois grupos de discussão com os profissionais da equipe do serviço. Os grupos de discussão aconteceram em horário de reunião de equipe, no próprio serviço, visando a participação do maior número possível de profissionais, com registro de vídeo e áudio, autorizado pelos participantes. As entrevistas aconteceram presencialmente em encontros marcados nos espaços de trabalho dos profissionais envolvidos e foram gravadas em áudio. Todas entrevistas e grupos foram realizados pela mesma pesquisadora também responsável pela transcrição. O quadro 3.2 apresenta informações sobre datas, locais e participantes das entrevistas e grupos de discussão e os quadros 3.3 e 3.4 apresentam, respectivamente, os participantes dos grupos de discussão e as entrevistadas, apontando profissão, funções desenvolvidas e momento de entrada no serviço ou setor.

Quadro 3.2 - Entrevistas e grupo de discussão por data, local e participante

	<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Participantes</b>
Grupo 1	18/03/2019 12h30 - 14h	CER	Gerente; TO1; Ft1; Fono1; Fono2; Ft2; Ft3; Psi1
Grupo 2	08/04/2019 12h30 - 14h	CER	Gerente; TO1; Ft1; Fono1; Fono2; Ft2; Ft3; Psi1; Psi2, Ft4
Entrevista 1	29/04/2019 9h15 - 10h40	Supervisão Técnica de Saúde da região	Articuladora de reabilitação da supervisão de saúde da região
Entrevista 2	24/05/2019 16h - 18h	CER	Gerente
Entrevista 3	04/06/2019 7h10 - 9h50	Coordenadoria Regional de saúde	Assessora da área técnica de reabilitação da coordenadoria regional
Entrevista 4	28/08/2019 14h30 - 15h15	Secretaria Municipal de Saúde	Representante da equipe de área técnica da pessoa com deficiência da SMSSP

Fonte: a autora.

Quadro 3.3 - Apresentação participantes grupo discussão

	<b>Entrada no CER</b>	<b>Função e Atividades desenvolvidas</b>
Gerente	NIR/NISA	Gestão e atendimentos pontuais de psicologia
TO1	2016	Terapeuta Ocupacional; Reabilitação física neurológica e ortopédica, e hanseníase. Órteses de MMSS
Ft1	2015	Fisioterapeuta; Reabilitação física neurológica e ortopédica, adulto e infantil
Ft2	2015	Fisioterapeuta; Intervenção Oportuna com bebês de 0 a 3 anos e reabilitação física ortopédica de adultos
Ft3	2015	Fisioterapeuta; Reabilitação física neurológica e ortopédica, adulto e infantil. Cadeiras de rodas.
Ft4	2015	Fisioterapeuta; Reabilitação física neurológica e ortopédica adultos
Fono1	NIR/NISA	Fonoaudióloga; Saúde auditiva (avaliação, diagnóstico e acompanhamento de AASI) e Reabilitação de linguagem neurológica
Fono2	NIR/NISA	Fonoaudióloga; Saúde auditiva (avaliação, diagnóstico, acompanhamento de AASI e atendimento terapêutico)
Psi1	2018	Psicóloga; Intervenção oportuna com bebês de 0 a 3 anos e reabilitação neurológica crianças
Psi2	2015	Reabilitação neurológica

Fonte: a autora.

Quadro 3.4 - Apresentação entrevistas por função, formação e percurso e entrada no setor

	<b>Função</b>	<b>Formação e percurso</b>	<b>Entrada setor</b>
Entrevista 1	Articulação de reabilitação da supervisão de saúde da região	Terapeuta Ocupacional. Percurso em saúde mental e atenção básica, trabalhadora da rede de saúde da região antes da entrada no setor	Iniciou atividades no setor em 2014, antes não havia nenhum profissional nessa função
Entrevista 2	Gerente CER	Psicóloga. Percurso por saúde mental. Atuou na saúde mental infantil do ambulatório e entrou no NIR em 2009. Prática principal no NIR com intervenção oportuna	Iniciou atividades na gerência em 2017. Enquanto NIR não havia coordenação própria, passou a ter gerente em 2015 com a implantação do CER
Entrevista 3	Assessoria de reabilitação da coordenadoria da região	Terapeuta Ocupacional. Percurso em atenção básica, saúde mental, especialmente com grupos operativos. Atuação em serviços públicos	Iniciou atividades no setor em 2013. Foi convidada para trabalhar no processo de implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência, já havia uma pessoa na função, com quem trabalhou em conjunto
Entrevista 4	Representante da equipe de área técnica da pessoa com deficiência da SMSSP	Fonoaudióloga	Iniciou atividades na área técnica da pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde em 2003

Fonte: a autora.

### 3.3.3 Observação participante

A observação participante é realizada através do contato direto do pesquisador com o fenômeno a ser estudado, a fim de obter informações sobre o objeto de estudo em seu próprio contexto. O observador estabelece uma relação face a face com os observados e, nesse processo, ele pode modificar e ser modificado pelo contexto. A partir dessa técnica é possível captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de entrevistas, já que a observação direta na própria realidade transmite o que há de mais imponderável na vida real (Minayo, 2009).

Nesse sentido, Fernandes (2015) completa que:

Trata-se de uma técnica de levantamento de informações que pressupõe convívio, compartilhamento de uma base comum de comunicação e intercâmbio de experiências com o(s) outro(s) primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar... entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto dinâmico de relações no qual os sujeitos vivem e que é por todos construído e re-construído a cada momento. (p. 490)

A autora ressalta ainda a importância do rigor metodológico e da observância ética para garantir a confiabilidade do estudo, e aponta a criação de um roteiro de observação e a construção de um diário de campo como procedimentos essenciais nesse sentido (Fernandes, 2015).

A observação foi realizada a partir de ações e atividades pontuais que foram escolhidas em conjunto entre a pesquisadora e a equipe do serviço, visando aquelas, que na compreensão dos sujeitos citados, fossem representativas de inovações que se propõe no CER enquanto estabelecimento de um serviço público de reabilitação dentro de uma rede de cuidados do SUS. As atividades consideradas mais relevantes pela pesquisadora, pautadas na pesquisa documental e nos relatos das entrevistas e grupo de discussão, foram propostas para a equipe que fez sugestões avaliando a viabilidade no cotidiano do serviço e a maior representatividade possível do trabalho por eles realizado.

Essas ações, consideradas mais relevantes a partir da análise dos documentos realizada até aqui e das informações coletadas nos grupos de discussão, são atividades de reunião e matriciamento com a rede de saúde e intersetorial, avaliações e estabelecimentos de Projeto Terapêutico Singular (PTS), terapias individuais e em grupo e atendimentos para prescrição, entrega e manutenção de OPMs, que podem ser alteradas dependendo das informações que serão obtidas nas demais análises e entrevistas, ou conforme o acordado com a equipe.

Foi utilizado um roteiro para guiar a observação e os registros que foram realizados em diário de campo. O roteiro do diário de campo está apresentado no apêndice E.

As pessoas que participaram das atividades observadas, tanto profissionais, quanto usuários foram esclarecidos quanto à pesquisa e a proposta de observação, e autorizaram a presença da pesquisadora, assinando TCLE. Apenas na atividade do fórum integrado, embora repetido o mesmo processo de esclarecimento da pesquisa e da presença da pesquisadora, não foi solicitado a autorização por TCLE de todos os presentes, visto que a equipe da Supervisão Técnica de Saúde, responsável pelo encontro, autorizou a presença e realização da observação. Optou-se, porém, por solicitar autorização e a assinatura do TCLE da profissional que fez a apresentação do tema no dia, também gerente do serviço sob o qual foi apresentado, para que o conteúdo de sua fala pudesse ser aproveitado. No quadro 3.5 estão apresentadas as atividades observadas.

Quadro3.5 – Atividade por data, participantes e tipo de atividade

<b>Atividade</b>	<b>Data</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tipo de atividade</b>
Acolhimento	08/10/2019 – 8h45 às 9h	Psi2 e TO2	Acolhimento ou Avaliação
Grupo de AVC	09/10/2019 – 17h40 às 18h40	Ft4, psi2 e 5 usuários	Terapêutica
Grupo de crianças	10/10/2019 - 7:30 às 8:15	Psi1, TO1 e 2 usuários e acompanhantes	Terapêutica
Atendimento individual da IO	10/10/2019 – 9:00 às 9:40	TO2 e Psi1, uma usuária e acompanhante	Terapêutica
Atendimento individual DA	10/10/2019 – 10:30 – 11:15	Fono2, uma usuária e acompanhante	Terapêutica
Grupo de reabilitação vestibular	10/10/2019 – 12:00 às 12:45	Fono2 e 2 usuários	Terapêutica
Acolhimento e Devolutiva de acolhimento	14/10/2019 8:10 às 8:45 – Caso 1 8:50 às 9:40 – Caso 2 9:50 às 10:15 – Caso 3 11:10 às 12:00 – Reunião	TO1 e Fono2, 3 usuários, acompanhantes e Psi1 e Ft2 participaram da reunião	Acolhimento ou Avaliação
	21/10/2019 – 8:10 às 8:30	TO1, TO2 e Fono2 e 2 usuários e acompanhantes	
Grupo de neurologia	18/10/2019 – 7:20 às 8:20	Ft2, Psi2 e Enf, dois usuários e acompanhante de um deles	Terapêutico
Reunião IO	18/10/2019 – 9:45 às 11:30	TO2, Psi1 e Ft2	Reuniões
Acolhimento IO	21/10/2019 – 7:15 às 8:00	Psi1 e TO2, uma usuária e acompanhantes	Acolhimento ou Avaliação
Matriciamento	Unidade 1: 21/10/2019 - 10:30 às 12:00.	TO, Ft e estagiária TO do NASF da UBS. Ft1, TO2, Psi1, TO1, Ft2 e gerente	Reuniões
	Unidade 2: 21/10/2019 - 14:50 às 17:40.	TO, Ft e Fono do NASF da UBS. Ft3, Psi2 e gerente	
Reunião de equipe	21/10/2019 – 12:45 às 14:30	Gerente, Ft1, Fono2, Ft2, Psi2, TO1, TO2, Ft3, Psi1	Reuniões
Grupo do Parque	22/10/2019 – 14:45 às 16:00	Ft3 e Psi1, 4 usuários e acompanhantes	Terapêutico
Atendimento em dupla de adolescentes	22/10/2019 – 16:40 às 17:40	Ft3 e Psi1, um usuário e acompanhante	Terapêutico
Reunião com CEFAI	24/10/2019 – 9:20 às 12:00	TO2, Psi1 e Ft2 e 2 profissionais do CEFAI	Reuniões
Fórum integrado	04/11/2019 – 9:20 às 12:00	26 participantes (de serviços de saúde, assistência social e STS), do CER: Gerente, TO2, Fono2 e Ft1	Reuniões
II Seminário de Atenção à Pessoa com Deficiência	29/11/2019 – 8:00 às 12:00	Gestores e profissionais da RCPeD, da educação e cultura	Educação permanente

Fonte: elaboração própria

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os dados coletados em documentos, entrevistas e grupo de discussão e observações foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática. Segundo Gomes (2009), essa técnica surgiu no âmbito da pesquisa quantitativa, mas foi introduzida no

âmbito da pesquisa qualitativa, principalmente por meio das contribuições de Laurence Bardin, a partir de 1979, a fim de compreender o conteúdo manifesto nas comunicações, buscando núcleos de sentido que representam o teor das informações contidas nelas e seu agrupamento por temas.

Ele indica os procedimentos metodológicos que abrangem: aproximação inicial do material para compreensão do conjunto e de suas particularidades, elaboração de pressupostos iniciais e determinação dos conceitos teóricos que irão orientar a análise; exploração do material, destrinchando trechos ou fragmentos dos textos ou comunicações, identificação, por inferências, dos núcleos de sentido, estabelecimento do diálogo destes com os pressupostos iniciais e seu agrupamento em temáticas mais amplas, em torno das quais possam ser discutidas as diferentes partes do material analisado; e síntese interpretativa da redação final (Gomes, 2009).

Minayo (2012) apresenta ainda contribuições para a análise qualitativa, apontando algumas sugestões importantes para o pesquisador como: impregnar-se sobre as informações e materiais obtidos no campo, investindo na compreensão de maneira mais completa; realizar repetidas leituras, antes e após categorizações a fim de que os temas possam ser agrupados em tópicos resumidos sem que percam sua riqueza, e que dentro de cada tópico as questões possam ser tratadas em suas homogeneidades e diferenciações internas; buscar compreender o sentido dos relatos e acontecimentos observados de tal forma que o pesquisador não precise ficar preso a eles; procurar por novos conteúdos teóricos que respondam a tópicos não contemplados; produzir texto com boa contextualização e fiel aos achados do campo e, por fim, assegurar a fidedignidade por meio de minuciosa descrição metodológica do trabalho no campo, de validação de achados e apresentação de contradições e dúvidas.

Seguindo os apontamentos dos autores, o processo de análise da pesquisa foi realizado, inicialmente, por meio da preparação do material e a leitura repetida dos dados obtidos, seguido da categorização de temas e elaboração de pressupostos balizadores da interpretação a partir de cada uma das técnicas apresentadas. Nesse momento, as categorias encontradas para a análise documental, as entrevistas e grupos de discussão e de observações eram diferentes, mas conversavam de alguma maneira entre si, abordando temas da constituição das políticas envolvidas, processo de implantação da RCPcD e CER e orientação dos profissionais, modelos de atenção, processos de trabalho, processo de tomadas de decisão, atividades desenvolvidas e educação permanente.

Em seguida, após a associação dessas categorias, foram retomados os materiais e pressupostos iniciais, criadas temáticas e elaboradas novas interpretações de modo que

relacionassem as informações das três metodologias. Os resultados serão apresentados a partir das temáticas gerais, a saber: narrativa histórica e processo de implantação da rede e do CER; compreensão de deficiência e reabilitação e modelos norteadores; processos de trabalho e atividades desenvolvidas e por fim formação profissional e educação permanente.

Para a discussão, procurou-se relacionar as informações obtidas em cada um dos tópicos dos resultados, tendo a compreensão de deficiência, os modelos de assistência e reabilitação e os processos de educação permanente como lente para debater e relacionar os achados, bem como pensar em novas proposições. Nesse sentido, para além do referencial teórico apresentado na introdução também se tomou a luz das considerações sobre Integralidade, Rede de Atenção e a Clínica Ampliada, conceitos em curso e amplamente discutidos no campo da saúde coletiva atualmente e que apareceram nos resultados. A apresentação da discussão está desenvolvida a partir dos tópicos de processo de implantação da RCPcD e do CER que questiona o tema da atenção às pessoas com deficiência como prioritário e evidencia as contradições dos documentos norteadores e do processo de trabalho, propondo uma avaliação das atividades desenvolvidas e artifícios para a superação de dificuldades e contradições.

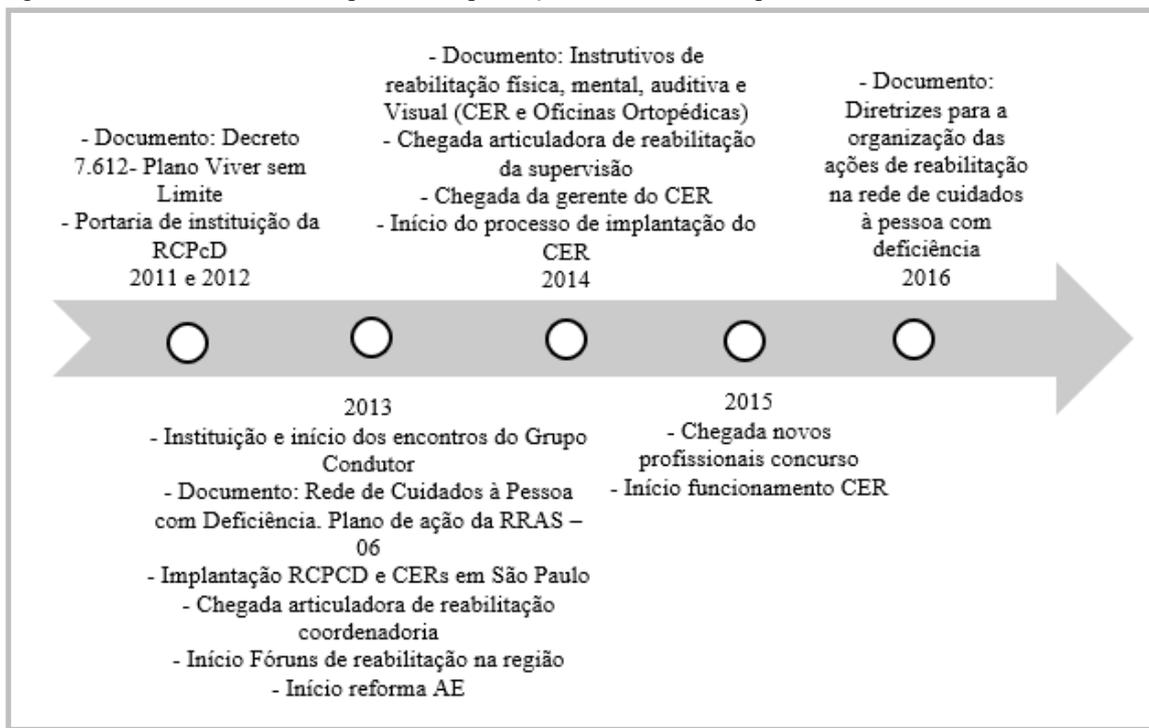


## 4 RESULTADOS

### 4.1 NARRATIVA HISTÓRICA E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPCD E DO CER

A figura 4.1 resume de maneira gráfica os principais marcos apresentados no processo histórico da implantação da RCPCD e do CER, como foco na microrregião estudada, conforme apresentado pelas entrevistadas.

Figura 4.1 - Linha do Tempo de implantação do CER no período entre nos anos 2011 e 2016



Fonte: a autora.

O percurso das políticas públicas e atenção à saúde e reabilitação para pessoas com deficiência é anterior ao *Plano Viver sem Limite* e marcado por influências de organizações internacionais e mobilizações sociais, especialmente das pessoas com deficiência e suas famílias. No entanto, a instituição do plano e as proposições que se seguiram a ele, são considerados pelas entrevistadas como um marco e um avanço importante para o cuidado com as pessoas com deficiência. Elas ressaltam que embora o município já oferecesse uma política própria de atenção à saúde e reabilitação das pessoas com deficiência, a adoção do tema como primordial no debate nacional na época possibilitou um fortalecimento e aprimoramento do trabalho realizado.

O *Plano Viver sem Limite* instaura uma proposta de integração e articulação entre políticas, programas e ações, para facilitar o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. Esse plano institui instâncias de gestão que deverão definir políticas, planos e ações, articular e monitorar os órgãos competentes com base em eixos de acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde e as diretrizes nessas vertentes. O plano também determina que a vinculação dos Municípios e Estados ocorra por meio de adesão voluntária (Brasil, 2011). Os grupos e Comitês responsáveis por seu desenvolvimento e suas atribuições estão apresentados no quadro 4.1.

Desde 2019 o Comitê Gestor e o Grupo Interministerial de Articulação e Monitoramento estão extintos pelo decreto n. 9784, devendo suas funções serem realizadas pelos órgãos que o representam. O Comitê Interministerial de Tecnologia Assistiva é mantido por meio do Decreto n. 10.094/2019. Segundo Dário Pasche, Diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES-MS), tanto o Comitê Gestor como o Grupo Interministerial foram decisivos na construção de políticas públicas para pessoas com deficiência, considerando uma lógica de maior articulação, interação e integração entre as áreas (Brasil, 2014a).

A coordenação do eixo de atenção à saúde esteve sob a responsabilidade da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do DAPES - MS, que instituiu, no ano de 2012, por meio da *Portaria n° 793*, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com a finalidade de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; e intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. A equipe que propôs a RCPcD considerou este um grande ganho, pois pela primeira vez a saúde da pessoa com deficiência é assumida como eixo estruturante, já que se constitui em uma rede prioritária (Brasil, 2014a, 2017). Como indicado anteriormente, a *Portaria n°793* foi substituída em 2017 pela *Portaria de Consolidação n.3* (Brasil, 2017).

Quadro 4.1 – Instâncias de gestão do Plano Viver Sem Limite

<b>Instâncias de Gestão</b>	<b>Comitê Gestor</b>	<b>Grupo Interministerial de Articulação e Monitoramento</b>	<b>Comitê Interministerial de Tecnologia Assistiva</b>
<b>Participantes</b>	Titulares de: - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; - Casa Civil da Presidência da República; - Secretaria-Geral da Presidência da República; - Ministério do Planejamento; - Ministério do Orçamento e Gestão; - Ministério da Fazenda; - Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome;	Representantes de: - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; - Casa Civil da Presidência da República; - Secretaria-Geral da Presidência da República; - Ministério do Planejamento; - Ministério do Orçamento e Gestão; - Ministério da Fazenda; - Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome; - Ministério da Saúde; - Ministério da Educação; - Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação; - Ministério da Previdência Social; - Ministério das Cidades; - Ministério do Esporte; - Ministério do Trabalho e Emprego; - Ministério das Comunicações; - Ministério da Cultura.	- Representantes de: - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; - Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação; - Ministério da Fazenda; - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; - Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; - Ministério da Educação; - Ministério da Saúde;
<b>Ações</b>	- Definir as políticas programas e ações; - Fixar metas e orientar a formulação, a implementação, o monitoramento e avaliação do Plano.	- Articular os órgãos e entidades envolvidas na implementação do Plano para assegurar a execução, monitoramento e avaliação das políticas, programas e ações; - Apresentar periodicamente as informações sobre a implementação ao Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.	- Formular, articular e implementar políticas, programas e ações para o fomento ao acesso, desenvolvimento e inovação em tecnologia assistiva;

Fonte: a autora.

A portaria da implantação da RCPcD versa sobre as disposições gerais, diretrizes e objetivos, além da descrição específica dos componentes da rede, como: a atenção básica; a atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; e a atenção hospitalar de urgência e emergência. A atenção especializada em reabilitação pode ser composta por estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), composto por dois ou mais serviços de reabilitação e pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O texto ainda determina que esses componentes devem seguir os preceitos inerentes indispensáveis à garantia da equidade no cuidado à população, tais como: acessibilidade, comunicação, manejo clínico, medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora, recuperação ou compensação da função perdida e manutenção da função atual (Brasil, 2017).

O documento normatizou ainda a operacionalização da RCPcD, descrevendo tanto os passos para implantação, quanto a caracterização, estrutura física, instalações e materiais dos componentes. Também instituiu a implantação de uma câmara técnica de assessoramento e apoio para realização de estudos específicos visando a ampliação e qualificação das ações para a implementação da rede.

De acordo com o *Plano Viver sem Limite*, a adesão dos Estados e Municípios à RCDcP era voluntária, e contava com a instituição de Grupos Condutores Estaduais e Municipais de Cuidados à Pessoa com Deficiência para a elaboração de diagnóstico, desenho de Planos de Ação Estadual e Municipal e a contratualização dos pontos de atenção. Os Grupos Condutores têm responsabilidades de implantação e acompanhamento da RCPcD da região segundo previsto nos Planos de Ação e contam com o apoio do Ministério de Saúde que deve monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da RCPcD (Brasil, 2017).

A partir de então começou o processo de implantação da RCPcD nos estados e cidades que aderiram à proposta, acompanhado pela equipe do MS que realizou viagens pelo Brasil, a fim de apoiar a implementação da proposta da RCPcD (Brasil, 2014a). Esta dinâmica foi confirmada pelas entrevistadas de níveis de gestão central, que relataram a presença constante de apoiadores do MS no processo de implantação que se deu na cidade.

As entrevistadas relatam que o início do processo em São Paulo aconteceu em 2013, com a instituição do grupo condutor, composto por representantes da área da saúde e atenção à pessoa com deficiência do Município e Estado e tinham o objetivo de fazer o diagnóstico da situação da atenção às pessoas com deficiência no município e a proposição de um plano de ação para a implementação das novas propostas ministeriais.

O documento *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Plano de ação da RRAS – 06* descreve a participação da Diretoria Regional de Saúde 1 (Grande São Paulo) da Secretaria Estadual de Saúde, da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, do Conselho Municipal de Saúde e dos seguintes setores da Secretaria Municipal de Saúde: Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, Gerência de Controle e Regulação, CEInfo, Autarquia Hospitalar Municipal, Atenção Básica, Atendimento Domiciliar, Coordenadorias Regionais de Saúde. Neste documento foram apresentadas as informações colhidas sobre a caracterização das pessoas com deficiência e o diagnóstico detalhado das ações de atenção à pessoa com deficiência prestados nos serviços de saúde da cidade (São Paulo (Estado), 2013).

A representante da área técnica da Pessoa com Deficiência (PcD) da SMS e a assessora da área técnica de reabilitação da CRS, que foram entrevistadas na pesquisa, participam do grupo condutor. Relatam que o processo de construção do diagnóstico e plano de ação no grupo

condutor foi muito rico, de trabalho intenso, de muitas trocas entre os participantes e que a atuação efetiva de cada uma das áreas e participantes foi um diferencial para sua construção. E entendem que essa foi uma grande prioridade no momento de sua execução, por isso as atividades aconteceram com tamanho empenho e disposição e acarretaram um bom resultado.

Para liderar esse processo na CRS da região do CER estudado a assessora da área técnica de reabilitação foi convidada a compor a equipe. Ela conta que, como os outros representantes das coordenadorias de saúde, ficou responsável pela apresentação de características da população, dados dos serviços de reabilitação nos territórios de abrangência e proposições para implantação da rede e que, para isso, sua ação inicial foi realizar os fóruns de reabilitação, para se aproximar e conhecer os profissionais e serviços das atividades que desenvolviam e como se relacionavam. Nos encontros iniciais os serviços apresentaram suas atividades, as demandas e dificuldades e auxiliaram a pensar nos fluxos da rede. Ela considera que esse foi um processo importante de reaproximação entre os profissionais que estavam muito distantes e solitários.

A partir do diagnóstico realizado e tendo em vista as propostas e diretrizes do SUS, do *Plano Viver sem Limite* e da Portaria de implantação da RCPcD, o grupo condutor definiu algumas ações gerais, em cada nível de atenção e de informações e regulação. De modo geral, as ações previstas no plano versam sobre a ampliação de acesso, os processos regulatórios, a melhoria de acessibilidade nos serviços, a prevenção e detecção precoce de deficiências, a articulação dos serviços de saúde e intersetoriais, o fortalecimento dos processos de educação permanente, a diversificação e ampliação de estratégias de reabilitação no território que possibilitem cuidado compartilhado, a prevenção de perdas funcionais, o desenvolvimento de potencialidades, o suporte aos cuidadores e inclusão social destas pessoas, a ampliação e aprimoramento do fornecimento e acompanhamento de OPMs e a instituição dos CERs nas diferentes supervisões técnicas de saúde, por meio da ampliação e implementação dos atuais NIR, de NISA e do APD (São Paulo (Estado), 2013).

As entrevistadas informam que a partir do final do ano de 2013, e principalmente em 2014, começou o processo de execução do plano de ação, com a aproximação do grupo condutor das equipes de gestão locais, a fim de realizar a articulação com os serviços já existentes nos territórios. A representante da área técnica da PcD relata que a SMS procurou trabalhar com a cooperação das equipes das CRSs e STSs, de forma que fossem uma ponte, orientando-as a incluir e estimular a participação dos serviços e profissionais no processo de implantação da rede e estabelecendo intermediação de orientações e dúvidas. Ela considera que

esse período foi importante para implantação e habilitação dos CERs pela cidade, mas ressalta que a realidade da rede e dos serviços de reabilitação não foi, nem é homogênea no município.

A assessora da área técnica de reabilitação da CRS explica que na região da coordenadoria o processo de implantação dos CERs foi diferente em cada STS a depender da estrutura tanto física, de recursos humanos e, especialmente, do tipo de administração municipal vigente: direta ou via parceria com uma organização social. Ela e as demais entrevistadas informam que na STS do CER estudado já havia equipes de NIR e NISA dentro de um Ambulatório de Especialidades (AE) e se optou, naquele momento, que fosse habilitado um CER nas modalidades pré-existentes naquele espaço, a saber reabilitação física e auditiva. Decidiram, portanto, que o espaço físico seria reformado e novos profissionais contratados via concurso, uma vez que a equipe não estava completa para os parâmetros do MS. Em paralelo, as entrevistadas indicam que havia um planejamento de transformá-lo, posteriormente, em CER IV, locado em outro espaço que fosse exclusivo para esse serviço, e afirmam que foram realizadas diversas tentativas de iniciar esse processo, tendo enfrentado dificuldades, especialmente de encontrar um novo espaço físico para sua instalação, mas que ainda hoje esse plano não foi descartado.

As entrevistadas relatam também que no final de 2013 e início de 2014 foram indicadas duas novas profissionais para auxiliar no processo de implantação da RCPcD e do CER na região, uma na função de articuladora de reabilitação da STS e outra na função de gerente de CER. Até então, como NIR/NISA não havia indicações de gerente do serviço que era subordinado à coordenação do AE. Essas profissionais, junto com assessora da área técnica de reabilitação da CRS foram responsáveis tanto pelo acompanhamento da reforma, entrada de novos profissionais e reorganização dos processos de trabalho do CER, quanto pela articulação com os demais serviços do território.

Em relação aos processos para implantação e habilitação do CER, a assessora da área técnica de reabilitação da CRS e a articuladora de reabilitação da supervisão técnica de saúde, relataram que para a condução da reforma e solicitação de contratação de profissionais, foi necessária intensa articulação e negociações com diferentes setores da STS, CRS e SMS, como recursos humanos, obras e financiamento, para a apresentação das necessidades de estrutura física e de equipe, tanto para o funcionamento adequado do CER como para a sua habilitação, segundo as normas previstas pelo MS. Elas referem que, apesar de o tema ter sido colocado como prioridade nos níveis superiores de gestão, encontraram resistência por parte dos outros setores nesse processo e as associam às grandes demandas também por profissionais e espaço

físico das outras áreas, assim como à pequena importância dada ao tema da pessoa com deficiência.

O processo de reforma e tomada de posse dos profissionais do concurso se estendeu até o ano de 2015 quando chegaram 4 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo (no ano seguinte, mais uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e profissionais ampliaram a equipe, realocadas de outras unidades). A gerente atual, que na época compunha a equipe NIR/NISA, mas não na função de coordenação, relata em sua entrevista que com a chegada dos profissionais a equipe, realizou leituras sistemáticas e discussões de documentos norteadores, especialmente a portaria de implantação da RCPcD, a fim de compreender qual era a missão e objetivo do CER e refletir, a partir da estrutura disponível, sobre como organizar as práticas para seguir as proposições.

Nesse sentido, as entrevistadas descrevem uma aproximação delicada das responsáveis pela área da reabilitação em nível de STS e CRS a fim de apresentar as mudanças de orientação do trabalho e os paradigmas que as orientariam, e buscar construir, em conjunto, novas práticas e processos de trabalho. Descrevem que os fóruns de reabilitação continuaram acontecendo e se estabeleceram como espaços potentes de trocas, além disso relatam que realizaram conversas mais específicas com os profissionais, em visitas às unidades e participação em reuniões de equipe. Relatam, também, que perceberam resistência de alguns profissionais dos serviços do território e do NIR/NISA para se adequarem ao novo funcionamento enquanto RCPcD e CER, e creditam isto a formação profissional mais antiga e tradicional, que focava a atenção às pessoas com deficiência restrita aos especialistas, de maneira cindida, bem como ao desafio de reinventar um trabalho, que já se realizava há muito tempo, ao medo do desconhecido e à grande demanda por atendimentos à população na região.

Em relação à participação das pessoas com deficiência nesse processo, as entrevistadas da STS e CRS informam que no território há um movimento atuante de pessoas com deficiência que, na época, realizaram reuniões com a participação destas para apresentação da proposta da implantação da RCPcD e CER. Segundo as entrevistadas, eles contribuíram com reflexões quanto as necessidades do território e participaram de ações compartilhadas para sensibilização e obtenção de novo espaço para construção de novo prédio para o CER. No entanto, a gerente do serviço relata que não houve participação de usuários do CER, na sua implantação, assim como pouca atuação do conselho gestor, que era compartilhado com o AE e não tinha representantes do NIR/NISA.

Ainda como marco importante do processo inicial da implantação da RCPcD e do CER, as entrevistadas apontaram a criação em 2015 e publicação em 2016 das *Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*. O documento que é revisão do “Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais na área da Saúde da Pessoa com Deficiência do Município de São Paulo” de 2011 se propõe a subsidiar e contribuir com a organização, o funcionamento dos serviços e ações que devem ser realizadas por eles (São Paulo (Município), 2016a).

A representante da área técnica da pessoa com deficiência da SMS salienta que esse documento foi revisto e construído a muitas mãos, com a participação dos assessores da área de reabilitação das CRSs e que, antes de finalizado, foi apresentado às equipes dos NIRs, NISAs e CERs e que após esta análise, tanto as críticas como sugestões foram incorporadas. Esse documento, segundo as demais entrevistadas e conforme a observação da pesquisadora, auxiliou muito a organização da prática no CER.

Atualmente, o CER estudado ainda compartilha o espaço físico com os demais serviços do complexo: um CEO, uma AMA e o Rede Hora Certa, antigo AE, mas possui salas próprias, coordenação e organização interna específicas.

No entanto, ao contrário do que se esperava no início do processo, o CER não foi habilitado, pois, segundo as entrevistadas, encontrou entraves nos processos burocráticos no período ótimo para as habilitações, momento em que os demais serviços do município foram habilitados. Além disso, o CER estudado possui hoje as condições físicas, de equipamento e de profissionais ainda mais distantes do que o padrão solicitado, uma vez que, após a reforma, perdeu algumas salas e já não conta com todos os profissionais da equipe mínima solicitada pelo ministério devido a algumas aposentadorias.

Para as entrevistadas, a não habilitação acarreta problemáticas para o serviço por ausência de financiamento específico, falta de transporte sanitário e de manutenção da equipe mínima necessária, mas, principalmente, em relação à restrição de possibilidades de atividades da saúde auditiva, pois, por não serem habilitados, não podem dispensar o Aparelho de Ampliação Sonora Individual (AASI). Em relação ao funcionamento e processos de trabalho do serviço, foi ressaltado pelas entrevistadas e está descrito no documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* que este deve ser o mesmo para os NIRs/NISA ou CER, independente da habilitação.

Finalmente, as entrevistadas e os participantes do grupo de discussão consideram que o processo de implantação da RCPcD e do CER não foi um processo estanque ou pontual, pelo contrário, entendem-no como um processo que teve um começo mais intenso, de diversas

atividades e mudanças, mas que permanece em contínua construção. No entanto, ressaltam que atualmente a área da atenção à PcD não está mais em evidência e não é tratada com a mesma priorização que outrora, o que configura uma problemática importante, já que é uma rede e serviços novos precisam de empenho para serem implantados e crescerem adequadamente. A representante da área técnica da pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde informou que o grupo condutor, que havia passado um período sem se reunir devido ao direcionamento da força de trabalho a outras demandas, atualmente está retomando suas atividades, com a proposta de fazer uma revisão do funcionamento dos serviços, das redes e dos documentos, a fim de apontar avanços, problemáticas e novos desafios.

#### 4.2 COMPREENSÃO DE DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO E MODELOS NORTEADORES

As práticas em assistência à saúde e reabilitação são sempre pautadas por conceitos ou modelos referentes à compreensão de deficiência e abordagens em reabilitação.

Na análise documental foi possível observar que alguns desses conceitos são explicitados, a partir de considerações a documentos fundantes da concepção de deficiência e reabilitação, ou de construção teórica própria, enquanto outros aparecem nas entrelinhas do discurso. Foi possível notar ainda a apropriação de alguns temas debatidos em saúde coletiva para os modelos assistenciais, como as perspectivas da integralidade e da humanização dos cuidados.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e seu protocolo facultativo, promulgados com caráter de emenda constitucional pelo decreto n. 6949 de 2009 no Brasil, é apresentada no artigo primeiro no Decreto do *Plano Viver sem Limite* como balizador das políticas, programas e ações pautados a partir dele. Ela é ainda, em conjunto com o Relatório Mundial sobre a Deficiência da OMS citada na *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Plano de ação da RRAS – 06* e nas *Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na RCPcD* para ajudar a conceituar deficiência e reabilitação. Ambas haviam sido consideradas também na Portaria n. 793/2012 de implantação da RCPCD, mas na consolidação de portarias em 2017, o texto de considerações foi retirado (Brasil, 2011; São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência propõe a superação do modelo médico para o modelo social de compreensão da deficiência, apontando que a deficiência é uma condição definida a partir da relação que a sociedade estabelece com as características dos sujeitos, e que a atenção prestada às pessoas com deficiência, a partir da ótica dos direitos, é pautada nos direitos humanos e de cidadania (Brasil, 2009a)

O Relatório Mundial sobre a Deficiência parte das mesmas premissas e apresenta contribuições teóricas e práticas para ações na direção do instituído na Convenção, e aprofunda conceitos de deficiência, apresentando e problematizando os modelos médico e social e considera a CIF, enquanto modelo biopsicossocial, como modelo ideal de compreensão de deficiência. A CIF é também adotada para a conceituação de reabilitação, que é definida como conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência a terem ou manterem funcionalidade na interação com seu meio ambiente, considerando toda a complexidade apontada no modelo. Segundo o Relatório, a reabilitação deve acontecer durante determinado período, ser realizada por uma pessoa ou por uma equipe multiprofissional e ser necessária desde a fase aguda ou inicial até a fase de manutenção (Organização Mundial da Saúde, 2011).

O *Instrutivo de reabilitação do CER e oficinas ortopédicas* apresenta em sua introdução uma abordagem teórica sobre os conceitos norteadores, propondo a discussão a respeito do termo (re)habilitação, pois considera que a deficiência inaugura uma nova experiência e momento na vida do sujeito, que deve ser, portanto, habilitado nesse novo contexto. O documento indica que atendimento deve ser realizado por equipes multidisciplinares e interdisciplinares e as ações pautadas nas necessidades de cada indivíduo e com o foco em sua funcionalidade, considerada a partir dos preceitos da CIF. Considera, ainda, que o olhar da reabilitação dentro do contexto da funcionalidade amplia os horizontes e privilegia aspectos relacionados à inclusão social, desempenho de atividades e participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade (Brasil, 2014b).

Nas descrições dos documentos estão presentes conteúdos que indicam compreensões de deficiência e reabilitação. Entre diretrizes e objetivos, apresentam-se considerações que corroboram com perspectivas colocadas pelos debates trazidos pelo modelo social, como: garantia de direitos e cidadania; diversificação de ações em reabilitação; priorização por serviços de base territorial e regionalizados; inclusão social, autonomia e participação das pessoas com deficiência na sociedade e nas decisões sobre si e seu processo terapêutico; enfrentamento de estigmas e preconceito; fomento à acessibilidade e ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Porém, na descrição e detalhamento de funcionamento, atribuições e ações, as considerações são mais pautadas em atividades e terapêutica centrada

em procedimentos e até em patologias, na concessão de OPMs e AASI e, portanto, mais condizentes com a perspectiva médica de compreensão da deficiência do modelo biomédico de reabilitação.

Nas entrevistas, os participantes, especialmente do grupo de discussão, consideraram que não têm o hábito de refletir sobre perspectivas ou conceitos que norteiam o trabalho e tiveram certa dificuldade para fazer distinções e nomeações. As profissionais da gestão e participantes da equipe consideram que estão em processo de transição entre modelos, de mudança de paradigmas, onde a RCPcD e o CER são marcos importantes. Também apontam que os documentos norteadores propõem uma prática mais pautada em ações em rede de atenção e em uma concepção mais ampliada sobre deficiência, saúde e reabilitação, mas ressaltam que a descrição em legislações e documentos não acarreta instantaneamente mudanças nessa prática e apontam para o grande desafio que é exercitar no dia a dia do serviço uma forma diferente de fazer reabilitação.

A transição à qual se referem trata de práticas tradicionais de reabilitação, nomeadas por alguns também como modelo biomédico para uma nova prática. O modelo tradicional ou biomédico é descrito, pelas participantes, como centrado na patologia, em um profissional específico ou na somatória de profissionais sem interação entre eles. O novo modelo ou nova prática é nomeado por elas como baseada no PTS, clínica ampliada ou modelo biopsicossocial e é pautado na atuação interprofissional, na rede de saúde e intersetorial, e em ações com o foco no sujeito e na participação ativa deste e de sua família no cuidado, de maneira a possibilitar maior autonomia, participação social, circulação em diversos espaços e inclusão.

Nesse sentido, elas consideram que é preciso ter um olhar diferente e mais amplo para as pessoas com deficiência e suas necessidades, focado em garantias de direitos de acesso e cuidado, tanto no âmbito da saúde como nos outros setores como educação, lazer, trabalho e assistência social. A representante da área técnica da pessoa com deficiência da SMS apresenta a estratégia dos APD como um exemplo de atuação com o foco em um modelo que propõe atuação no território, nos processos de independência, autonomia, circulação e participação social. Ela considera que a presença dessas equipes dentro dos CERs e sua experiência nesse tipo de trabalho suscita uma modificação nos processos mais tradicionais de reabilitação.

A equipe do CER acredita que no dia a dia de suas atividades, os profissionais transitam entre os dois modelos, a depender do caso e da demanda, uma vez que, segundo elas, quando a problemática do caso está relacionada e pode ser resolvida com intervenções no corpo e na biomecânica dos sujeitos ou com uso de aparelhos, se baseiam mais no modelo biomédico e

exemplificam com casos de ortopedia ou de saúde auditiva, que necessitam de uso de AASI. E em relação aos casos que apresentam demandas ou são atravessados por influências psicossociais, estes são abordados a partir do modelo por elas nomeados como biopsicossocial, e exemplificam em geral pelas condições de crianças que trazem demandas escolares ou ainda por pacientes com condições neurológicas em geral. As profissionais complementam com a ressalva de que, mesmo quando atuam sobre a perspectiva do modelo biomédico, procuram não deixar de enxergar o sujeito no seu contexto.

Nesse sentido, as entrevistadas pontuam que a proposta de atuação baseada em práticas mais ampliadas na rede, e contexto das pessoas com deficiência, não deve significar que as pessoas com deficiência não precisam de terapia e reforçam que é um problema que, às vezes, elas não têm acesso quando precisam e concluem que o ideal é que a equipe possa ter um olhar para o sujeito em seu contexto e construa com ele um PTS, que possa abarcar diversas possibilidades, como a própria terapia, a concessão de aparelhos auxiliares, o cuidado contínuo na rede de saúde e a participação e inclusão nos espaços do território.

As participantes da pesquisa problematizam ainda que grande parte dos usuários chega ao CER com a expectativa de uma reabilitação a partir do viés biomédico, que é a abordagem socialmente esperada, e que alguns profissionais apresentam maior dificuldade e resistência para mudar a forma como vem desenvolvendo seus trabalhos. Os profissionais da equipe avaliam que, muitas vezes, mesmo quando se propõem a desenvolver atividades de reabilitação mais ampliadas, eles se restringem aos relatos dos usuários e família sobre o contexto e orientações para buscar serviços da rede, pois da maneira como organizam as atividades no serviço não conseguem conhecer o cotidiano dos pacientes, sua casa e seus desafios reais de circulação no território. A articuladora da STS também faz uma avaliação de que a gestão deveria estar mais presente no dia a dia do serviço, para o apoio a essa mudança de paradigma. No entanto, apesar dessas dificuldades e desafios, elas acreditam que essa é uma discussão sobre a qual as pessoas têm se apropriado mais e que as práticas têm caminhado no sentido de sua ampliação.

Nas atividades que contaram com a participação da pesquisadora, os aspectos observados no cotidiano do serviço revelaram, prioritariamente, uma prática pautada em uma compreensão ampliada de deficiência, para além dos aspectos de estrutura e função das pessoas nessas condições, também com atenção para seu contexto, e sua subjetividade e uma abordagem mais integral para responder às demandas que surgem desse olhar. Entre esses aspectos, que serão aprofundados na apresentação das atividades desenvolvidas, estão o trabalho interprofissional, que se estabeleceu em quase todas as atividades observadas de maneira efetiva,

o esforço para atuação em rede de saúde e intersetorial, a ampliação do olhar para a realidade e condições de cada uma das pessoas atendidas, especialmente no momento de discutir os casos em equipe e nas reuniões ampliadas com outros profissionais da rede como também a tentativa de extrapolar os espaços de reabilitação.

### 4.3 PROCESSOS DE TRABALHO E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O processo de trabalho pode ser entendido como a maneira na qual os profissionais desenvolvem suas atividades profissionais. No campo da saúde coletiva, um importante autor que debate as práticas de saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, se baseia na teoria marxista para indicar que os processos de trabalho em saúde são ações humanas executadas para transformar um objeto a partir de meios em instrumentos próprios à sua prática. Essas ações, segundo ele, devem responder a carecimentos ou necessidades e são orientadas à uma finalidade determinada pela forma como os agentes do processo aprendem a realidade, dentro do contexto socio-histórico e as forças atuantes nos embates no campo (Mendes Gonçalves, 1992 apud Caldeira, 2009; Mendes Gonçalves, 1992;1994 apud Godoy, 2014). A partir dessa perspectiva que serão apresentados os elementos desse tópico e posteriormente debatidos em relação à toda contextualização das concepções de deficiência e modelos de reabilitação.

#### 4.3.1 Equipe

No Quadro 4.2, estão descritos o número de profissionais registrados como funcionários do CER e sua jornada de trabalho, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) em novembro de 2019, bem como o número de profissionais na equipe mínima, prevista para a modalidade de CER, de acordo com o *Instrutivo de Reabilitação para CER e Oficinas Ortopédicas*, do MS e pelas *Diretrizes para a Organização das Ações de RCPcD* da SMS.

Quadro 4.2. Quadro de profissionais em atividade no CER

Profissional	Número de profissionais	Jornada de trabalho individual	Horas semanais	Número de profissionais - Instrutivo e/ou Diretrizes*	Horas semanais segundo Instrutivo MS
Fonoaudióloga	2	40	80	4	160
Terapeuta Ocupacional	2	30	60	2	60
Fisioterapeuta	5 (sendo uma profissional responsável apenas por parte administrativa da concessão de OPM)	30 ou 20	140 (sendo 30h de uma profissional responsável apenas por parte administrativa da concessão de OPM)	4	120
Psicólogos	3 (incluindo gerente na função de psicóloga)	40	90 (incluindo 10 horas da gerente na função de psicóloga)	2	80
Médico Neurologista	1 (compartilhado com Hora Certa)	5	5	1 (ou ortopedista)	40
Médico Otorrinolaringologista	1 (compartilhado com Hora Certa)	5	5	1	40
Médico Ortopedista e traumatologista	1 (compartilhado com Hora Certa)	5	5	1 (ou neurologista)	40
Gerente	1	30	30	1	-
Assistente administrativo	1	40	40	3 a 5	-
Enfermeiro	0	0	0	2	80
Auxiliar de Enfermagem	1	30	30	Opcional	-

Fonte: a autora.

\*As categorias profissionais de Médico Clínico, Proctologista, Urologista ou Gastroenterologista, Nutricionista, Musicoterapeuta, Assistente Social e Pedagogo são opcionais e não estão presentes no CER estudado

O número de profissionais está aquém do previsto para a equipe de CER nas modalidades auditiva e física, principalmente em relação a fonoaudiólogos, enfermeiros e médicos. As entrevistadas relatam que no momento da implantação do CER o número de fonoaudiólogos estava dentro do esperado, e que após a aposentadoria de duas profissionais não houve recolocação, permanecendo o quadro insuficiente de profissionais da área. Por outro lado, referem que nunca contaram com profissionais de enfermagem. A articuladora de reabilitação da STS acredita que não há um conhecimento sistematizado e divulgado da atuação deste profissional na reabilitação e considera que faltam enfermeiras na rede municipal e que, portanto, há prioridade para sua vinculação à atenção básica e hospitalar. Em setembro de 2019, após as entrevistas, foi incorporada ao CER uma técnica de enfermagem, que contribui realizando orientações específicas à equipe e aos usuários.

Em relação aos médicos, as entrevistadas narram que foi realizada uma pactuação de liberação de horas de especialistas do ambulatório da Rede Hora Certa, inicialmente pró-forma,

para constar administrativamente no CNES, mas que atualmente eles realizam atividades dentro do CER, embora ainda não cumpram as 5 horas previstas para cada um. Para elas, essa participação representa um ganho importante na qualidade do serviço, com atendimentos compartilhados e discussão de casos e há um constante tensionamento na tentativa de ampliar as horas e atividades médicas no serviço.

Outro profissional em número insuficiente é o assistente administrativo ou o assistente de gestão de políticas públicas (AGPP). Embora esteja previsto de 3 a 5 AGPPs, o CER conta com apenas um, que teve por algum tempo jornada de trabalho compartilhada com outros serviços. A falta desse profissional sobrecarrega os demais com atividades, que não são de sua competência e compromete a organização administrativa necessária para o bom andamento do serviço. As entrevistadas salientam que a falta de AGPPs é um problema encontrado nos serviços de gestão direta do município de todas as secretarias e que não há perspectivas de resolução dessa problemática.

Ainda em relação à falta dos profissionais, as entrevistadas da STS e CRS informam que realizam diversas reuniões com os responsáveis pelos recursos humanos do território pensando em soluções, mas consideram que se o processo de habilitação estivesse mais avançado teriam mais força para a solicitação de complementação da equipe. A falta de profissionais nos serviços tem, segundo elas, se tornado um desafio para os serviços públicos de administração direta de todo o município, especialmente em gestões que não priorizam realização de concursos públicos. Elas comparam a administração direta do CER com outros serviços da região administrados por organizações sociais, pontuando que nesse tipo de administração não costuma haver problema para a contratação e substituição de profissionais, mas que, por outro lado, há uma grande rotatividade dos profissionais, que dificulta o estabelecimento dos fluxos e da interação em rede.

#### **4.3.2 Fluxograma e atividades desenvolvidas**

As atividades desenvolvidas pela equipe e profissionais do CER foram reunidas a partir do grupo de discussão, das entrevistas e da observação, e serão apresentadas por meio de fluxogramas descritores (Franco; Merhy, 2003) e de quadro explicativo (quadro 4.3).

A elaboração do fluxograma tomou por base as reflexões trazidas por Franco e Merhy (2003) que consideram o fluxograma descritor como uma ferramenta analisadora dos processos de trabalho, através de uma representação gráfica. Os autores indicam que este deve ser elaborado pela equipe a partir da perspectiva usuário-centrada, e que sua formulação e discussão procuram identificar o fluxo do processo de trabalho a fim de compreender aspectos da micropolítica da sua organização e da produção de serviços. Segundo os autores, os símbolos utilizados para essa representação são a elipse, para a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, para os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, que diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo (Franco; Merhy, 2003).

A proposta do uso desse instrumento nesse estudo, bem como sua representação gráfica é inspirada no fluxograma descritor de Franco e Merhy, mas não atende exatamente aos passos propostos pelos autores para a sua construção. O fluxograma, aqui apresentado, foi baseado em fluxograma descritor produzido em 2017 por grupo de pesquisa Rede Viva e profissionais da equipe, que contou com a participação direta da pesquisadora deste estudo.

Uma vez que o fluxograma desenvolvido em 2017 priorizava a relação do CER com a RCPcD, sem detalhamento das atividades e processo de trabalho internos e sofreu mudanças até o ano de 2019, foi necessário a construção de novo fluxograma, dirigido pelos dados atuais e mais condizentes com o foco do estudo. O resultado foi apresentado aos profissionais e aprovado por eles, após algumas correções.

Esse fluxograma não pretende ser uma descrição exata de todos os processos de trabalho realizados pelo serviço, mas procura apresentar um panorama claro para a compreensão da complexidade de seu funcionamento, com foco nas atividades realizadas pela equipe. Para tanto seu registro completo está apresentado na figura 4.2, e ainda está dividido, em 3 fluxogramas específicos das atividades realizadas em reabilitação física (figura 4.3), saúde auditiva (figura 4.4) e intervenção oportuna (IO) (figura 4.5).

A entrada para o atendimento no CER deve acontecer por encaminhamento de outros serviços em marcações 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. Os serviços preferenciais de encaminhamento são as UBSs, hospitais ou serviços de especialidades em casos com necessidade de reabilitação imediata como pós-fraturas, cirurgias ou reabilitação vestibular e o programa Alô Mãe Paulistana para caso de crianças de até 12 meses. São disponibilizadas, ao todo, aproximadamente 225 vagas por mês para todas as

atividades que o serviço oferece, o número de entrada para cada atividade será demonstrado em suas apresentações específicas.

O perfil de casos que devem ser encaminhados para o CER foi estabelecido em pactuação local no território e prevê pessoas com deficiência auditiva (para terapia), com queixas de perdas ou dificuldade auditiva e com queixas no sistema vestibular para reabilitação auditiva, bem como recém-nascido de alto risco ou com deficiência estabelecida, crianças com deficiências, e pessoas em pós-alta hospitalar, que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) ou traumatismo craniano encefálico (TCE) com até um ano e meio após o evento. Ou ainda pessoas em processos pós-operatórios e/ou pós-trauma recentes com até 6 meses após o evento e com necessidade de OPMs para a reabilitação física.

Esse perfil de população alvo está próximo ao estabelecido pelo documento de *Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na RCPcD* da SMS, que indica ainda casos crônicos agudizados e o acompanhamento para casos crônicos, em caráter de suporte em situações nas quais as UBSs não consigam realizar esse atendimento. Em relação aos AVE e TCE, esse mesmo documento indica como critério o tempo de atendimento para até um ano após o evento, ampliado na pactuação da RCPcD da região estudada.

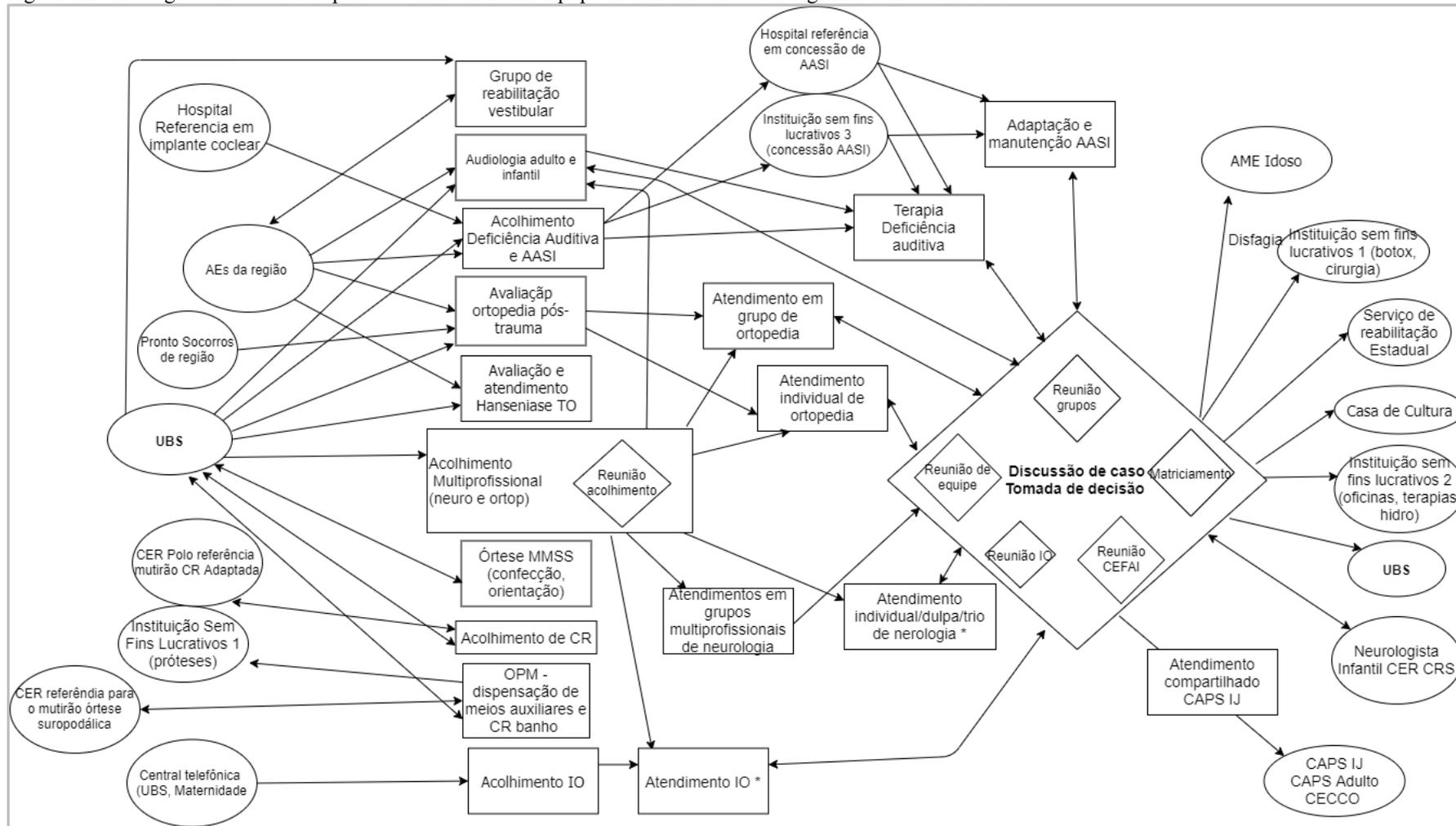
As entrevistadas pontuam a importância do estabelecimento de fluxos, clareza da população alvo e casos prioritários para uma intervenção mais oportuna, resolutiva e de qualidade, e relatam que para essa construção foi necessário intenso trabalho em rede tanto no território, quanto em instâncias superiores de gestão, bem como com outros setores como regulação e informática.

Os fluxos de encaminhamento foram mais bem organizados após a formalização e estabelecimento de vagas no SIGA, pois as participantes do grupo de discussão e a gerente relataram que anteriormente esses encaminhamentos e marcações eram realizados por tramitação interna de documentos (TID) ou agendas de papel e dificultavam o acesso dos usuários ao serviço, uma vez que dependia da presença de profissional administrativo responsável pela agenda, ou contato por telefone, que nem sempre era realizado com sucesso. Eles consideram que a implantação da agenda no sistema não é apenas questão administrativa, mas garante acesso mais rápido às atividades que a unidade oferece, e que esse acesso qualifica o cuidado e o estabelecimento de conexões na rede, mas pontuaram que manter os fluxos de encaminhamento funcionando adequadamente é um desafio, especialmente devido à rotatividade de profissionais nas outras unidades de saúde e no setor de regulação.

A organização dos fluxos, ampliação e aprimoramento dos processos de acesso foram aspectos bastante abordados também nos documentos, constando tanto nas diretrizes quanto nas ações das legislações, instruções e normativas da implantação da RCPcD e do CER.

No momento de encerramento do processo de reabilitação, ou em outras necessidades não abarcadas pelo serviço, o CER também realiza encaminhamentos para diversos serviços tanto da saúde quando intersetoriais. As participantes do grupo de discussão e as entrevistadas apontam que esses encaminhamentos de referência, ou contra-referência, especialmente no retorno para a UBS, devem ser realizados com descrição dos processos de reabilitação realizados e a previsão de próximas ações. Porém, em uma das reuniões de matriciamento observada, as profissionais da UBS queixaram-se que não recebem informações no momento em que o usuário recebe alta do CER, o que demonstra necessidade de melhorar esse processo.

Figura 4.2 - Fluxograma descritor do processo de trabalho da equipe do CER referente ao segundo semestre de 2019



Fonte: a autora

\*Os atendimentos individuais/dupla/trio podem ser realizados por profissional de uma especialidade apenas ou então por profissionais de mais de uma especialidade

O CER conta com equipes responsáveis pelos serviços de reabilitação física, que abordam tanto problemáticas neurológicas do sistema nervoso central quanto ortopédicas e em hanseníase, de saúde auditiva e de IO. Algumas atividades são específicas de cada um desses setores, outras são compartilhadas por mais de um ou todos eles. Da mesma forma, parte dos profissionais atuam em um setor específico, outros circulam entre atividades em diferentes setores. Essa organização foi apontada pelos participantes do grupo de discussão e pela gerente como desafiadora, no sentido de manter a integração e a atuação multiprofissional e de transversalidade da equipe, mesmo com suas atividades específicas.

Não por acaso, o desafio de contemplar a complexidade dessa organização se apresentou também para a pesquisadora no momento de sua descrição. Na tentativa de retratar essa complexidade da melhor forma possível, as atividades serão apresentadas a partir de dois grupos de caracterização que se entrelaçam. Um deles demonstra o caráter da atividade, envolvendo as atividades de acolhimento ou avaliação no momento de entrada no serviço, as atividades terapêuticas e atividades de reuniões e discussões de casos, por meio do quadro 4.3. O outro, está apresentado separado por equipe ou atividades comuns, por meio do fluxograma e de descrição em texto.

Quadro 4.3 - Atividades desenvolvidas no CER conforme objetivos e população acompanhada

	<b>Atividades</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População</b>
Atividades de Acolhimento ou Avaliação	Acolhimento Multidisciplinar	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER	RN de alto risco ou com deficiência estabelecida (após 1 ano); Crianças com deficiências; Pessoas com sequelas pós-alta hospitalar e pós trauma; Pessoas com sequelas de AVE e TCE até 1 (um) ano e meio após o evento
	Avaliação de ortopedia	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER	Pessoas em situação de pós-operatório e pós-trauma até 6 meses após o evento; qualquer idade.
	Avaliação audiológica	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER	Pessoas com queixas de dificuldades de audição, ou com indicação para AASI; qualquer idade
	Acolhimento Deficiência Auditiva e AASI	Receber e acolher pessoas encaminhadas para o CER	Pessoas com deficiência auditiva já diagnosticadas que necessitam de terapia
	Avaliação Hanseníase	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER	Pessoas com hanseníase; qualquer idade
	Grupo de reabilitação Vestibular – Primeiro Encontro	Receber e acolher pessoas encaminhadas para o CER	Pessoas com alterações no sistema vestibular
	Acolhimento cadeira de rodas (CR)	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER para prescrição de CR	Pessoa com necessidade de CR, qualquer idade
	Acolhimento IO	Receber, acolher e avaliar pessoas encaminhadas para o CER	RN de alto risco ou com deficiência estabelecida, até 1 ano de idade

continua

conclusão

	<b>Atividades</b>	<b>Objetivos</b>	<b>População</b>
	Atendimento de OPM	Prescrever, conceder e fazer manutenção ou reencaminhar pessoas com demanda por OPMs	Pessoa com necessidade de OPMs, qualquer idade
	Terapia deficiência auditiva	Terapia individual para reabilitação de pessoas com deficiência auditiva	Pessoas com deficiência auditiva em uso de AASI ou com implante coclear. Preferencialmente criança
	Atendimento individual, dupla ou trios de demandas neurológicas	Reabilitação de pessoas com deficiência	Pessoas com deficiência adulto ou criança com mais de 1 ano que apresentam demanda de atenção individualizada
	Atendimentos individuais, dupla ou trios de reabilitação ortopédica	Reabilitação de pessoas com problemáticas ortopédicas	Adultos ou crianças pós-fratura, ou pós-cirúrgico
	Grupo reabilitação vestibular	Reabilitação de problemáticas do sistema vestibular	Pessoas com alterações no sistema vestibular
	Grupo de crianças	Reabilitação em grupo de pessoas com deficiência	Crianças com problemáticas neurológicas, idade entre 4 e 5 anos
	Grupo do parque	Reabilitação em grupo de pessoas com deficiência. Propiciar saída do serviço de saúde e circulação no território	Crianças com demandas de problemáticas de comportamento e transtorno de desenvolvimento, além das limitações físicas, e que podem beneficiar-se da ampliação do espaço fora do setting terapêutico
	Grupo de cuidados	Orientação em grupo de pessoas com deficiência.	Adultos com problemáticas neurológica em geral AVC
	Grupo de Parkinson	Reabilitação em grupo de pessoas com deficiência	Adultos com Parkinson
	Grupo de AVC	Reabilitação em grupo de pessoas com deficiência	Adultos com sequela de AVC
	Grupos ortopedia	Reabilitação em grupo de pessoas com problemáticas ortopédicas, por segmento (Coluna, MMII, MMSS)	Adultos com problemáticas ortopédicas agudas, pós-trauma e pós-cirúrgico
	Atendimento em IO	Estimulação para desenvolvimento neuropsicomotor e orientações para responsáveis	Bebês com risco para o desenvolvimento neuropsicomotor
	Plantão de OPM	Manutenção das OPMs, orientações quanto ao uso e cuidado com os instrumentos	Pessoas que utilizam OPMs
	Plantão de AASI	Manutenção do AASI, orientações quanto ao uso e cuidado com o aparelho	Pessoas que utilizam AASI
Reuniões	Reunião de equipe	Espaço para troca de informações, tomadas de decisões e discussões de demandas administrativas e casos	
	Reunião IO	Discussão de casos, tomadas de decisões e organização de agenda IO	
	Matriciamento	Compartilhamento e discussão de casos com as UBSs de referência e ajuste de fluxos	
	Reunião com CEFAL	Compartilhamento e discussão de casos de crianças que estão em idade escolar	
	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	

Fonte: A autora

#### 4.3.2.1 Atividades gerais realizadas pela equipe CER

O acolhimento e avaliação multiprofissional é uma das portas de entrada do CER, tanto para as atividades de reabilitação física, quanto para IO, em casos de crianças maiores de 1 ano, e conta com a participação dos profissionais das três equipes. Todas as participantes, da entrevista e do grupo de discussão apontam o acolhimento e avaliação multiprofissional como uma das principais mudanças trazidas com a implantação do CER e a RCPcD, elas relatam que antes a entrada no serviço acontecia por profissional, ou seja, a atenção básica encaminhava para fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional separadamente e para mais de um, quando avaliassem necessidade, o que representava uma concepção mais fragmentada da reabilitação e que com a nova proposta a inserção acontece no serviço de reabilitação, em sua equipe multidisciplinar que vai avaliar e dar sequência às devidas condutas.

O documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* prevê que a avaliação multiprofissional em reabilitação seja realizada em equipe e que no mesmo dia seja realizado o acolhimento no serviço, atendimento médico e atendimento inicial de equipe técnica, bem como a discussão do caso e a conduta a ser implementada. O documento aponta também que a avaliação deve ser alicerçada nos conceitos da CIF e que poderá ser organizada em dias e agendas diferentes por deficiência e população infantil ou adulta. O número previsto de vagas disponíveis no documento é de 40 casos novos/mês na avaliação multiprofissional de reabilitação física (São Paulo (Município), 2016a).

No CER estudado, a avaliação multidisciplinar em reabilitação, nomeada por eles como acolhimento, é realizada por dupla ou trio de profissionais de diferentes especialidades que acolhem o paciente com demanda de reabilitação ortopédica ou neurológica e realizam avaliação inicial, sem uso de instrumento nem protocolo específico. Ao final do período, realizam discussão em reunião da equipe da avaliação com os profissionais presentes e posteriormente em data marcada, previamente, dão a devolutiva das atividades sugeridas para o usuário.

Na observação da atividade foi possível notar um funcionamento organizado e apropriado pelos profissionais, que ao mesmo tempo que estabelecem um olhar e perguntas ampliadas para as demandas de reabilitação como um todo e para o contexto do usuário, também são resolutivos com demandas que dizem respeito a suas práticas profissionais. Por exemplo, em um dos casos observados a TO1 que avaliava um caso de fratura de punho, já fez medições específicas de amplitude de movimento e deu orientações iniciais para a usuária.

Nesse sentido, a principal dificuldade dessa atividade, segundo as profissionais, é elas não saberem qual a demanda do caso, o que dificulta a organização das profissionais para um acolhimento mais resolutivo, respeitando as especificidades das categorias equipes.

Embora a avaliação médica, que segundo o documento deve ser realizada sempre no momento da avaliação multiprofissional, não aconteça dessa forma, as profissionais da equipe têm acesso aos médicos do Rede Hora Certa que são referência do serviço, que podem ofertar apoio em casos necessários. Durante o período de observação, o ortopedista auxiliou a Psi1 e a TO2 com a avaliação específica, em um acolhimento da IO, uma vez que estas tinham dúvidas quanto à movimentação dos membros inferiores de uma criança.

Entre as atividades de avaliação, embora não estabelecida como atividade usual da equipe, o serviço realizou também avaliação compartilhada com o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSij) do território, que foi relatada em reunião da equipe e fórum integrado. Os profissionais que participaram da atividade, Psi2 e TO2, explicaram a decisão de fazer a avaliação compartilhada de dois casos de crianças com deficiência, que apresentavam problemáticas importantes de comportamento, bem como cognitivos, que causavam dúvidas nas equipes dos dois serviços sobre qual seria a melhor estratégia de acompanhamento, e assim, decidirem conjuntamente quais ações mais apropriadas para eles. Os profissionais dos dois serviços concluíram que os dois casos não apresentam demandas de sofrimento psíquico graves, mas dificuldades comportamentais relacionadas às suas condições de limitações físicas e cognitivas em relação com seus contextos, por isso optaram pelo atendimento no CER, incluindo abordagens que cuidassem desses aspectos.

A reunião de equipe também conta com a participação de toda a equipe, acontece semanalmente com duração de 1 hora e 30 minutos e é, segundo os participantes do grupo de discussão, o espaço para as trocas de informações da equipe e tomada de decisões quanto às questões administrativas e de casos em atendimento. A reunião de equipe está prevista pelo documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* da SMS como “estratégia fundamental para integração da equipe, discussão de casos, compartilhamento de saberes e responsabilidades, aprimoramento técnico e integração das ações realizadas” (p. 29) e deve abarcar 10% da carga horária dos profissionais (São Paulo (Município), 2016a).

A reunião de equipe observada contou com a participação da TO1, TO2, Psi1, Psi2, Fono2, Ft1, Ft2 e Ft3, e a gerente. Ela fez informes referentes à manutenção do espaço físico e os TO2 e Psi2 apresentaram a experiência da avaliação compartilhado com o CAPSij, já descrita anteriormente, e propuseram a ampliação da discussão dos casos avaliados e a tomada de

decisão da proposta de atendimento para eles. Nesse momento ficou evidente a problemática do território, que é a ausência de serviço especializado para pessoas com deficiência intelectual, e os profissionais desenvolveram um debate a respeito do atendimento dessas demandas no serviço, optando pelo compartilhamento dos casos que os profissionais encontrassem maior dificuldade de manejo e ampliação dessa discussão para o fórum integrado. A interação entre profissionais foi respeitosa e cooperativa, apesar dos embates nas tomadas de decisão, a reunião foi registrada em ATA.

As reuniões de matriciamento e a participação em fóruns integrados também são atividades do conjunto da equipe CER. As articulações com a rede de saúde e intersetorial são apresentadas com relevância em todos os documentos norteadores estudados tanto enquanto diretrizes a fim de garantir a integralidade e continuidade da atenção, quanto nas ações indicadas, em grande parte de maneira superficial, sugerindo a articulação com equipamentos de atenção básica e hospitalar de saúde e com os setores e equipamentos de assistência social, lazer, esporte e educação. Nos documentos do plano de ação para a *Rede de Cuidados à PcD da RRAS 06 e Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* da SMS são sugeridos os fóruns de reabilitação e ações de apoio matricial de forma mais estruturada para atingir os objetivos de articulação com a rede (São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

Nesses documentos o fórum de reabilitação é proposto como reunião periódica com a participação dos serviços de diversos níveis de atenção da saúde bem como os demais setores de atenção à pessoa com deficiência e os interlocutores dos níveis gerenciais do território. Esses fóruns têm função de contribuir para a articulação de serviços em rede, a qualificação do acesso e do atendimento, e para a pactuação de responsabilidades do cuidado às pessoas com deficiência, especialmente aquelas em risco de violação de direitos (São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

Na microrregião do CER em questão os fóruns de reabilitação tiveram grande importância no processo de implantação da RCPcD, como foi explicitado, e desde 2017 ele passou a funcionar como fórum integrado aos antigos fóruns de saúde mental, infância e adolescência e violência. Segundo as entrevistadas da STS e da gerência e as participantes do grupo de discussão, essa opção foi tomada devido à sobrecarga dos profissionais para participarem de diversos fóruns. Elas ressaltam que em alguns aspectos foram positivos já que alguns assuntos e casos discutidos são realmente transversais aos temas, mas que a articulação da RCPcD perdeu força nesse formato, bem como alguns debates mais específicos.

Os fóruns integrados acontecem mensalmente, são organizados pelos interlocutores da STS e contam com a discussão de temas previamente acordados entre os participantes. O encontro do fórum observado pela pesquisadora foi sobre atenção à infância e adolescência, contou com a apresentação do trabalho desenvolvido pelo CAPSij da região e a discussão a respeito de cuidados a crianças em situação de sofrimento e dificuldades escolares principalmente. Participaram do CER a gerente, TO2, Fono2, Ft1 e Psi1. Normalmente participam apenas a gerente e mais um profissional, mas elas explicaram que como a equipe considerou a infância e adolescência como um tema importante participaram mais profissionais com as práticas voltadas para essa faixa etária.

Em relação ao matriciamento, o documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* da SMS apresenta a indicação de realização de apoio à Atenção Básica e Hospitalar do território por meio de duplas de referência do CER para cada UBS ou equipamento de saúde para discussão de casos, avaliações compartilhadas e efetivação de PTS conjuntos. Sugere ainda maior aproximação para realização em ações conjuntas em caso de UBSs sem equipe de reabilitação ou NASF e a articulação com esses profissionais, nas UBSs que contam com eles. O texto ainda indica que 10% da carga horária da equipe deve ser disponibilizada para atividades de matriciamento (São Paulo (Município), 2016a).

No CER estudado o matriciamento acontece por meio de reuniões com as UBSs, para as quais a equipe disponibiliza uma vez por mês dois horários, de manhã e tarde, com a participação de uma ou duas unidades por período. Esses encontros acontecem no CER e são solicitados pelas UBSs ou pela própria equipe da unidade, na medida que qualquer um destes serviços percebem necessidade de discussão de algum tema ou de casos, que são previamente separados e informados via e-mail. A gerente é a responsável pela organização das datas e comunicações pelo e-mail e participam das reuniões os profissionais que estão presentes no período. Quando o profissional de referência do caso não está presente, ele deixa explicitado em prontuário o caso, motivo de discussão e qualquer solicitação que haja para os colegas façam as discussões, as anotações são realizadas em ATA e nos prontuários das pessoas acompanhadas.

Foram observadas pela pesquisadora duas reuniões de matriciamento, com a participação de uma UBS em cada. As duas unidades contavam com equipe NASF e foram profissionais dessa equipe que estiveram presentes, sendo da UBS1 uma TO, uma fisioterapeuta e uma estagiária de TO e da UBS2, uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga e uma TO. Os encontros duraram entre duas e três horas e foram abordadas dúvidas técnicas sobre uso e

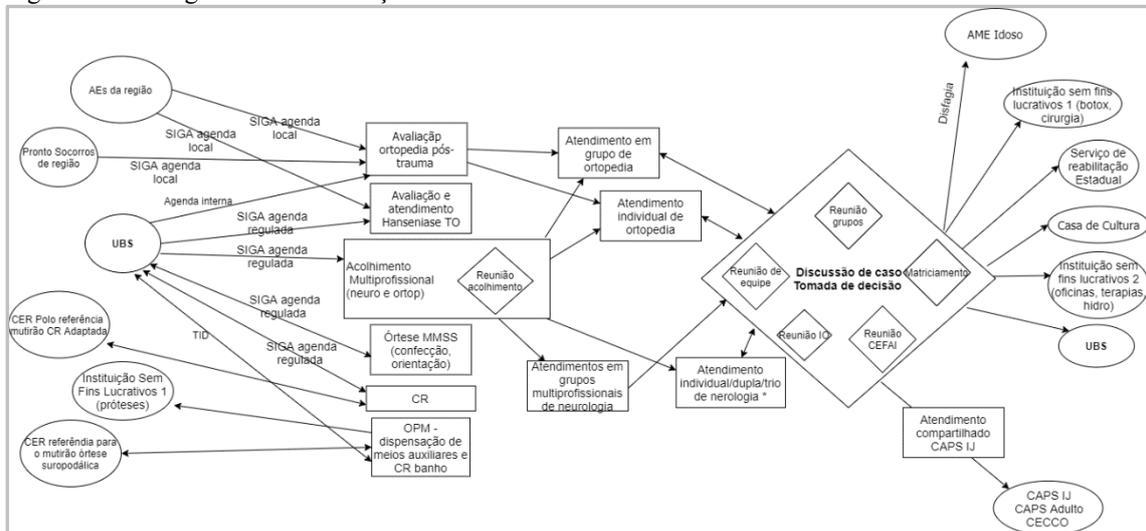
dispensação OPMs e fluxos de encaminhamentos tanto para o CER quanto para outras unidades de reabilitação do município, bem como a discussão de casos individuais. Nas discussões de casos, os profissionais trocaram informações sobre as atividades desenvolvidas em cada um dos serviços, bem como sobre informações referentes ao contexto social e familiar dos usuários, buscando ampliar a compreensão a respeito de potencialidades e dificuldades no processo terapêutico e definiram ações realizadas por cada uma delas individualmente ou de forma compartilhada. As relações estabelecidas entre os profissionais foram de cooperação e trocas horizontais, responsáveis e cuidadosas.

No grupo de discussão, a equipe aponta as reuniões de matriciamento como uma atividade importante para a ampliação da atuação em reabilitação do CER, já que pensa o sujeito em outros espaços de cuidado e propicia uma continuidade mais adequada das atividades de reabilitação e inclusão, mas pontuam uma série de entraves e dificuldades para sua realização. Eles consideram que não há um estímulo de nível gerencial das UBSs para a participação no matriciamento, pois muitas vezes as metas de atendimento sobrepõe-se à essa atividade e replicam queixas dos profissionais das UBSs que dizem que quem precisaria participar dos encontros não vai (normalmente quem participa do matriciamento são os profissionais de reabilitação das unidades, seja NASF ou tradicional) e do deslocamento até o CER para a reunião. Há uma tentativa de trabalhar essas dificuldades com a gestão dos serviços com apoio da supervisão.

Outras atividades de ações em rede intersetorial do serviço são a reunião da equipe do IO com o Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (CEFAI) e grupo no parque, que pode ser considerado como um indutor de ações conjuntas com esse espaço. Além disso, durante as discussões de casos em diversos espaços, o contato e articulação com outros setores, especialmente de assistência social, foram pensados como possibilidades de intervenção.

### 4.3.2.2 Reabilitação física

Figura 4.3 Fluxograma da reabilitação física



Fonte: A autora

\*Os atendimentos individuais/dupla/trio podem ser realizados por profissional de uma especialidade apenas ou então por profissionais de mais de uma especialidade

As atividades de entrada para os atendimentos da equipe de reabilitação física são os acolhimentos e as avaliações ortopédicas pós-trauma e aquelas específicas em hanseníase. O acolhimento já foi apresentado anteriormente (32 vagas/mês). As avaliações de ortopedia são encaminhadas por ortopedistas da Rede Hora Certa do complexo, de outros AEs da região, ou prontos-socorros em casos de pós-trauma ou pós-cirúrgicos, marcadas em vagas na agenda local do SIGA e realizadas por fisioterapeutas ou terapeutas ocupacional (16 vagas/mês). As avaliações em hanseníase podem ser marcadas por especialistas, em sua maioria dermatologistas da Rede Hora Certa em vagas na agenda local do SIGA, ou pela UBS em vagas de agenda regulada do SIGA (4 vagas/mês). Em relação às OPMs, os encaminhamentos vêm da UBS por transmissão interna de documento (TID), em casos da maior parte das OPMs e cadeira de banho padrão, ou por vaga em agenda regulada do SIGA em casos de órtese de membro superior (6 vagas/mês) e cadeiras de rodas (12 avaliações/mês).

Embora nos documentos norteadores não haja a especificação para atendimento de hanseníase no CER, essa é uma pactuação local para referência de atendimento à essa população. Nesse sentido, o documento do plano de ações da *Rede de atenção a PcD da RRAS 06* indica que o programa de hanseníase poderia fazer articulações com as ações de reabilitação (São Paulo (Estado), 2013).

As atividades terapêuticas da reabilitação física são atendimentos individuais/duplas/trios, com um especialista ou multiprofissionais, ou em grupos, com um especialista ou multiprofissionais, e os atendimentos para avaliação, concessão e manutenção de OPMs. Em relação aos atendimentos terapêuticos, o documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPCD* indica a liberdade de organização da equipe conforme a demanda e necessidade das pessoas atendidas e do território, mas estabelece que deve haver grupos no serviço e sugere agenda sistemática para grupos de: pais e cuidadores, bebês com atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor, sequelas de AVE e TCE, cinesioterapia e reeducação postural, leitura e escrita, linguagem oral reabilitação auditiva e oficinas terapêuticas (São Paulo (Município), 2016a).

Para as participantes do grupo de discussão, os grupos são estratégias privilegiadas para práticas de reabilitação ampliada em detrimento dos atendimentos individuais. Eles consideram que nos grupos conseguem trabalhar em uma perspectiva mais psicossocial, uma vez que os participantes compartilham as dificuldades e experiências que acabam produzindo reflexões e mudanças nos outros. Por outro lado, alguns fazem a ponderação de que o fato de fazer o grupo em si não configura uma abordagem ampliada e que é possível ser reducionista e centrado apenas nas patologias e recuperações de funções. Nessas atividades, se o terapeuta não possibilitar espaço para outras demandas, a depender das intervenções e do foco que o terapeuta oferece, o atendimento individual pode também abordar aspectos menos reducionistas.

Os profissionais explicam que decidem por atendimentos individuais ou em grupo para cada usuário durante as discussões de equipe, dependendo da demanda e da gravidade e exemplificam que, casos que demandam um trabalho corporal maior do terapeuta são privilegiados em atendimentos individuais, e casos que podem se beneficiar de trocas com outros usuários, são acompanhados em grupo. No entanto nas observações essas decisões pareceram muito subjetivas e sem a clareza de critérios estabelecidos.

Foram observados dois grupos diferentes de AVE/TCE, um grupo infantil realizado na unidade e outro realizado no parque. Os quatro grupos são contínuos e com número de vagas estabelecidas sendo que o acesso a eles se dá a partir de decisões em reuniões de equipe.

A justificativa para haver dois grupos para a problemática de AVE/TCE, é a grande demanda e a alternância de horário, sendo que um acontece de manhã com Ft4 e Psi2 e o outro a tarde com Ft2, Psi2 e auxiliar de enfermagem, para que uma maior quantidade de usuários possa participar. Um dos grupos havia começado há poucas semanas no dia que foi realizada a observação, provavelmente por isso a organização e interação entre os profissionais pareceu confusa e as atividades cindidas, os dois usuários e acompanhantes também não se relacionaram

entre si. Já o outro grupo, da mesma temática, apresentou organização e funcionamento mais adequados, nele os 5 usuários participantes trocaram experiências sobre dificuldades e ansiedade, desejo de cura e processo de reabilitação, com intervenções pontuais dos profissionais para reflexões desses assuntos, posteriormente fizeram alguns exercícios indicados pela fisioterapeuta em manual que puderam levar para casa.

O grupo infantil, realizado por TO1 e Psi1, atende crianças com comprometimento grave e longo tempo de reabilitação no serviço, tendo como objetivo trabalhar o brincar e a interação entre elas. Participaram do grupo duas crianças e seus cuidadores, mas o funcionamento era mais próximo a dois atendimentos individuais concomitantes do que à atividade grupal.

Para além da dificuldade das duas crianças de interagirem, os pais presentes também só brincavam com seus filhos e conversavam individualmente com os profissionais. Nesse grupo as profissionais relataram a dificuldade com a pouca assiduidade dos usuários e associaram isso ao horário muito cedo (7h15), que afirmam não ser possível modificar devido à disponibilidade da sala. O espaço ideal para a realização desse grupo é a sala de cinesioterapia, pois tem tablado e espaço para as crianças e os acompanhantes, no entanto, na maior parte do tempo essa sala precisa ser compartilhada com outros atendimentos, mas para o objetivo do grupo e a característica das crianças, as profissionais entendem que esse compartilhamento não é viável.

O outro grupo infantil observado, tem a característica diferencial de acontecer fora do *setting* terapêutico do CER, o grupo do parque, como o nome diz, acontece em um parque na região e conta com a participação da Psi1, Ft3 e Ft4.

Esse grupo, segundo as profissionais, já acontecia mesmo quando era NIR e já circulou outros parques e fez passeios em espaços diversos na cidade. O perfil são crianças que não se adequam ou não apresentam respostas satisfatórias no espaço e formato tradicional de reabilitação. Seu objetivo é, portanto, estimular a apropriação de espaços fora da unidade de saúde e propiciar vivências de desafios em *settings* diferentes para trabalhar aspectos de desenvolvimento infantil e aquisição de habilidades.

No dia da observação estavam presentes 4 crianças que participaram de brincadeiras livres e dirigidas, inclusive propiciando a participação em conjunto das responsáveis. Algumas crianças apresentaram mais facilidade de interação, inclusive com outros frequentadores, outras não, mas esse não pareceu um foco da proposta, pelo menos no dia observado. Durante as atividades apareceram problemáticas trabalhadas pelas terapeutas, desde treino de habilidades motoras, até comportamentos de introversão exacerbada, resistência à realização de

movimentos e dificuldades na aceitação de limites. As responsáveis interagiram bastante e estabeleceram trocas, mesmo sem o apoio das profissionais, conversaram principalmente sobre transporte público.

Em relação à faixa etária da adolescência e juventude, no grupo de discussão a equipe falou sobre o interesse em realizar um grupo voltado para esse público e as Ft3, Ft4 e Psi1 montaram uma dupla, que foi uma das atividades observadas pela pesquisadora. Embora no dia só contasse com a presença de um dos dois participantes, que apresentam sequelas graves, tanto motora quanto cognitivas por paralisia cerebral, a atividade prevista para fazer com os dois e seus cuidadores eram orientações de manipulação, mas especialmente a atenção aos cuidadores, com exercício de alongamento com eles, além de discussão sobre o tema de cuidado com quem cuida e realiza a divisão de responsabilidades. No entanto, as profissionais relataram dúvidas e dificuldades quanto à atenção nessa faixa etária, bem como a necessidade de empoderamento da família quanto aos cuidados e romper com a ideia de necessidade de estar em reabilitação a vida inteira. O número expressivo de faltas em quase todos os grupos foi também um fator importante na observação.

A equipe de reabilitação física atua com a assistência de aparelhos e instrumentos de apoio, entre eles as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e órteses de membro superior, tanto para os casos que vêm da atenção básica com essa demanda, quanto para os usuários em avaliação e tratamento. A possibilidade de dispensação de aparelhos e instrumentos de apoio na reabilitação física, ainda que o serviço não seja habilitado enquanto CER, está relacionada ao fato de o NIR/NISA ter sido habilitado como serviço de reabilitação física pelo Ministério da Saúde, com a proposição da Portaria de nº 818 de 05/06/2001, que organizava e implantava as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física antes do estabelecimento da RCPcD.

Na coleta dos dados não houve atenção específica para o funcionamento das atividades que envolvem concessão de OPMs na RCPcD e no CER, visto que outro mestrado desenvolvido pelo grupo de estudos se debruçou especificamente sobre esse tema (Barroso, 2019), mas sim para a importância dessa atividade dentro dos processos de trabalho gerais em reabilitação. Nesse sentido, se observa que as OPMs ocupam um lugar de grande destaque tanto nas proposições dos documentos quanto na prática assistencial desenvolvida.

A *Portaria de Consolidação n.3* apresenta o objetivo de ampliar a oferta de OPMs, propondo como ações tanto a criação das Oficinas Ortopédicas como serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção destes aparelhos, como a responsabilidade dos componentes de atenção especializada para sua indicação e acompanhamento do processo de

aquisição, adaptação e adequação ao ambiente e contexto da pessoa com deficiência (Brasil, 2017). O *instrutivo de reabilitação do CER e oficinas ortopédicas* complementa que o processo de concessão e adaptação de OPMs faz parte do tratamento e que todo CER deve contar com uma oficina ortopédica de referência (Brasil, 2014b). Da mesma forma, o documento do plano de ação *da Rede de Cuidados à PcD da RRAS 06* e o *Diretrizes para organização das ações de reabilitação na RCPcD* apresentam o objetivo de ampliar e aprimorar o fornecimento e acompanhamento do uso de OPMs como parte do processo de reabilitação e não dissociado dos atendimentos terapêuticos, sendo que o segundo aprofunda, em anexo, as ações que deverão ser realizadas no CER, descrevendo detalhadamente o fluxo de acesso e as ações desenvolvidas tanto do atendimento, avaliação, prescrição, dispensação, adaptação e acompanhamento, quanto as atividades administrativas decorrentes destas (São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

As entrevistadas apontam que a ampliação do acesso e aprimoramento na qualidade do fornecimento de OPMs foi um objetivo alcançado e um avanço muito importante para a RCPcD porque a concessão desses equipamentos pelos CERs, que estão mais próximos do território e são responsáveis pelo atendimento terapêutico dos usuários, aumenta a qualidade na indicação e a efetividade do uso. Além disso elas acreditam que essa mudança causou também alterações nos processos de trabalho dos serviços, visto que mais pessoas com deficiência tem acesso a esses espaços e provocam novas demandas por intervenções e acompanhamentos. Barroso (2019) afirma que até o ano de 2015 todas as OPMs eram concedidas por instituição filantrópica e o NIR, ou CER se comportavam basicamente como reguladores para acessar essas vagas.

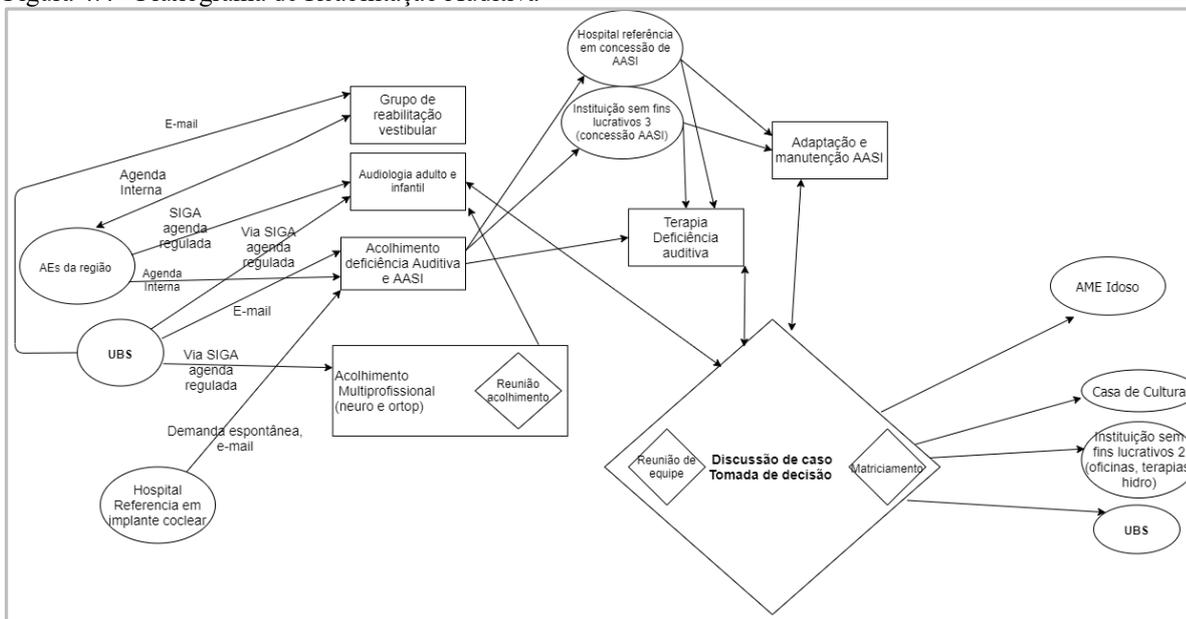
Elas complementam que fez parte desse momento um processo judicial da Defensoria Pública que ordenava o atendimento para cessar longas filas por cadeira de roda adaptada e outras OPMs, o que causou um empenho grande da SMS e estabeleceu novos fluxos, processos de trabalho, de atendimento em mutirões e parceria com empresas de tecnologia assistiva, por outro lado elas acreditam que outras demandas ficaram suspensas enquanto se fez necessário reunir os esforços para esse tema.

As atividades de prescrição e confecção de órteses de membro superior são desenvolvidas pela TO1, bengalas, andadores e cadeiras de banho podem ser prescritas por profissionais da UBS e solicitados via TID, ou por qualquer profissional da equipe da reabilitação física, são dispensados no CER e treinados e adaptados no serviço ou na UBS a depender do profissional solicitante. Os trâmites administrativos desse processo são realizados por fisioterapeuta adaptada. A Ft3 é responsável pela avaliação e prescrição de órteses de

membros inferiores e cadeiras de roda adaptada, que são confeccionadas nos pontos de produção realizados em estratégia de mutirão em alguns outros CERs da cidade, para onde essa profissional é deslocada para participar dos processos de concessão da cadeira de roda. Já os casos com necessidade de próteses são encaminhados para instituição filantrópica que realiza o processo completo de avaliação, prescrição, concessão, treinamento e manutenção.

### 4.3.2.3 Reabilitação auditiva

Figura 4.4 - Fluxograma de Reabilitação Auditiva



Fonte: A autora

A Equipe de saúde auditiva é formada pelas Fono1 e Fono2, sendo que a primeira compartilha também atendimentos com a equipe de reabilitação física e um otorrino da Rede Hora Certa. A entrada do usuário para atendimento por essa equipe acontece por meio da vaga de audiologia (21 vagas infantil/mês e 80 vagas adulto/mês), acessada pelas UBSs via agenda regulada do SIGA ou para as solicitações do otorrinolaringologistas do Rede Hora Certa via agenda local do SIGA; para vaga para o grupo de reabilitação vestibular também por solicitações do otorrinolaringologistas do Rede Hora Certa via agenda local do SIGA, ou das UBSs via e-mail (6 vagas/mês); e para vaga de acolhimento de deficiência auditiva e AASI, solicitada por hospital de referência para implante coclear, por demanda espontânea ou e-mail

e pelas UBSs, via e-mail (28 vagas/mês para AASI, sem quantidade estipulada para terapia de Deficiência Auditiva [DA]).

É importante esclarecer que as pessoas que são atendidas em audiologia não são incluídas no serviço, elas retornam com o resultado do exame para a unidade que solicitou e podem ser encaminhadas novamente na vaga de acolhimento de deficiência auditiva e AASI, caso tenham indicação de um otorrinolaringologista para o uso do aparelho, salvo casos de exceção que otorrinolaringologistas encaminham conjuntamente para audiologia e prescrição de AASI.

As atividades terapêuticas da reabilitação auditiva são os atendimentos de reabilitação auditiva, plantão de AASI e o grupo de reabilitação vestibular. Como já foi mencionado anteriormente, por não ser habilitado como CER, o serviço não pode fazer as concessões das AASI, portanto a equipe de saúde auditiva fica responsável pela avaliação e diagnóstico de perda das pessoas com deficiência auditiva, e aquelas com indicação para o aparelho são encaminhados para pontos de prescrição e concessão como hospital e organização sem fins lucrativos de referência da região. No entanto, todo o processo de adaptação e manutenção é realizado no próprio CER.

Os documentos norteadores apresentam orientações específicas da reabilitação auditiva e todos estão relacionados às práticas de recuperação da função, seja por uso de AASI, implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso. Nesse sentido, o anexo VI da *Portaria de consolidação 3* apresenta um capítulo de reabilitação auditiva, sendo esta a única modalidade que tem nesse documento uma normatização específica, propondo habilitação de serviços de nível hospitalar com atenção especializada em atenção às pessoas com deficiência auditiva (Brasil, 2017).

O *Instrutivo de reabilitação do CER e oficinas ortopédicas do MS*, esclarece que “Os serviços que oferecem reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que podem fazer a concessão de AASI” (Brasil, 2014b. p. 13), apresentando critérios de indicação de uso, seleção e adaptação do aparelho, com detalhamento de idades, tipo de perda, diagnóstico diferencial e tipo do aparelho. São descritas ainda instruções para verificação de desempenho e benefício fornecido pelo aparelho e a avaliação dos resultados, bem como informações pontuais de formato da terapia fonoaudiológica em atendimento individual ou em grupo. O *Diretrizes para a organização de ações pra reabilitação da SMS* descreve os parâmetros de tempo, números de atendimento e orientações para configuração das agendas (São Paulo (Município), 2016a).

Os documentos não abordam a problemática da reabilitação vestibular, no entanto, como relata uma das fonoaudiólogas da equipe, esta foi uma demanda do território apresentada para o serviço, especialmente pelos otorrinolaringologistas da Rede hora certa, pois este é um atendimento específico pouco acompanhado na atenção básica.

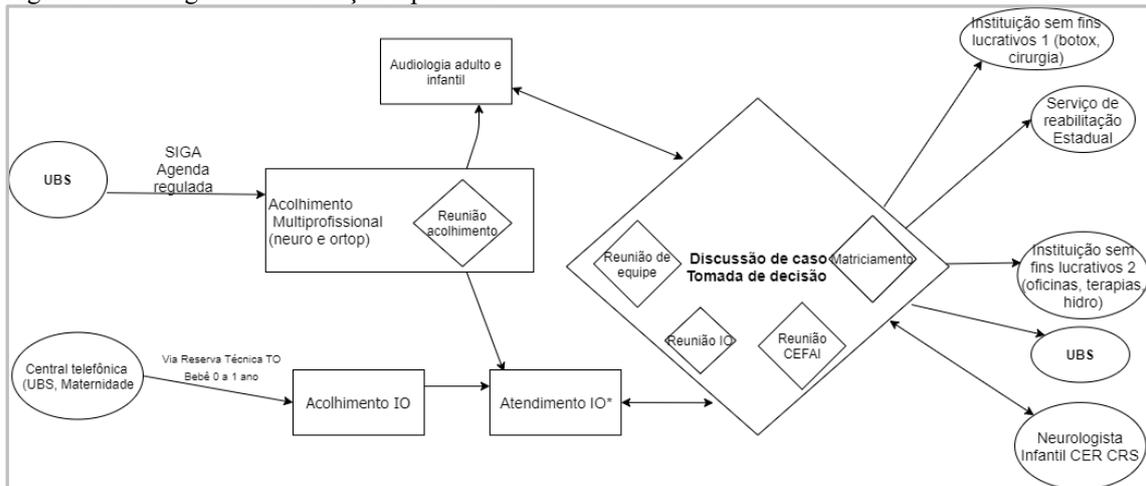
Para responder à essa problemática a Fono2 propôs um grupo fechado com 6 encontros, para reabilitação e orientações. O encontro observado foi o segundo encontro; a profissional explicou os transtornos vestibulares, realizou exercícios e retomou orientações realizadas no encontro anterior e as usuárias apresentaram relatos dos sintomas e melhoras seguindo orientações e trocaram experiências. Havia duas usuárias presentes, em um grupo com 4 participantes, nesse sentido, a coordenadora do grupo informou que muitas vezes os usuários melhoram logo do início do grupo com as orientações e não dão sequência ao tratamento.

O atendimento de saúde auditiva observado foi de uma criança de 8 anos com perda auditiva profunda na orelha direita e leve na esquerda, na qual faz uso do aparelho. A profissional realiza a avaliação do funcionamento do aparelho e atividades de estimulação de linguagem e fala, se aproveitando de pistas visuais e táteis, mas também desenvolve conversas com a usuária, sobre rotina e dificuldades. É perceptível que a partir dessa conversa ela observa e faz intervenções quanto à audição, mas a fonoaudióloga apresenta um olhar ampliado na atenção com a criança, pois percebe maior retração na presença da mãe e solicita sua saída para estimular comportamento mais ativo e autônomo.

#### 4.3.2.4Intervenção oportuna

O cuidado em prevenção, identificação e intervenção precoce em alterações/atrasos do desenvolvimento ou deficiências é um objetivo comum aos documentos estudados, que é apontado superficialmente na *Portaria de consolidação n.3*, como atribuição específica da atenção básica e no *Instrutivo de Reabilitação do CER e oficinas ortopédicas* do MS (Brasil, 2014b; Brasil, 2017).

Figura 4.5 Fluxograma Intervenção Oportuna



Fonte: a autora.

\*Os atendimentos IO podem ser grupo, individual/dupla/trio com uma especialidade profissional ou multiprofissional

Nos documentos locais, este objetivo passa a ser mais bem estruturado e compartilhado entre os diferentes níveis de atenção na rede. O documento do plano de ação da *Rede de cuidados à PcD da RRAS 06* responsabiliza a atenção hospitalar por exames de triagem de problemáticas do desenvolvimento, como teste do pezinho, triagem auditiva e triagem visual; a atenção básica pela busca ativa, atendimento, suporte à família e monitoramento de recém-nascidos que falharam na triagem neonatal, ou apresentam riscos pro desenvolvimento, bem como pela articulação da continuidade deste trabalho quando necessário com os serviços especializados; e a atenção especializada pelo estabelecimento de fluxo e atividades que permitam a ampliação das ações de intervenção oportuna para recém-nascidos de alto risco (São Paulo (Estado), 2013). Já o documento de *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na RCPcD* da SMS estabelece os recém nascidos de alto risco ou com deficiência estabelecida como população alvo de acesso preferencial e apresenta nos seus anexos protocolo de intervenção oportuna, detalhando os critérios para acompanhamento no serviço, anamnese de avaliação e instrumento de avaliação e acompanhamento com fichas de acordo com os diferentes períodos do desenvolvimento desde o nascimento até o 60º mês de vida (São Paulo (Município), 2016a).

O atendimento de intervenção oportuna na cidade de São Paulo é anterior à implantação da RCPcD e do CER e, embora tenha sido aprimorado após o estabelecimento destes, já contava com indicações de avaliação e acompanhamento bem estabelecidos pela secretaria e uma proposta de trabalho em equipe multidisciplinar e de rede no documento de orientação técnica dos NIR e NISA de 2011. As participantes do grupo de discussão e a gerente do CER em sua

entrevista individual afirmam que a equipe da intervenção oportuna foi pioneira, mesmo enquanto NIR, em atuação interdisciplinar, no trabalho com a família, na realização dos matriciamentos e atividades com o setor de educação, que atualmente estão mais internalizados pela equipe como um todo. A equipe da IO é formada pela Ft2, Psi2 e TO2 que também realizam outras atividades no serviço na equipe de reabilitação física.

O acesso aos atendimentos da equipe de IO acontecem preferencialmente pelo acolhimento da IO em vagas de reserva técnica para crianças de até 12 meses, que são agendadas via central telefônica do programa alô mãe (20 vagas/mês), mas crianças com mais de 12 meses também são encaminhadas pela UBS para a vaga de acolhimento multidisciplinar. O acolhimento do IO funciona a partir das perspectivas da avaliação multiprofissional, mas apenas com as profissionais da equipe de IO e uso do instrumento de avaliação proposto pela SMS, que faz parte do protocolo sugerido no Documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação da RCPcD*. As profissionais da equipe da IO consideram que o momento de acolhimento é muito importante para o estabelecimento do vínculo com a família, visando o desenvolvimento de um bom trabalho com eles, foi possível observar que elas são muito cuidadosas e atenciosas nesse processo e resolutivas, já que já oferecem orientações nesse momento.

As atividades terapêuticas em Intervenção oportuna são atendimentos de estimulação, reabilitação, orientação e monitoramento, realizados individualmente, ou em duplas, trios e pequenos grupos, preferencialmente por dupla de profissionais a depender do projeto cada usuário, dos protocolos estabelecidos e da organização das profissionais da equipe.

O atendimento de intervenção oportuna observado pela pesquisadora foi individual, mas realizado de maneira compartilhada por TO2 e Psi1. A usuária de dois anos apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e não chegou ao serviço no momento propício de intervenção dentro do primeiro ano, mas estava em processo de avaliação e acompanhamento pela equipe. Durante o atendimento as profissionais ofereceram estímulo para exploração do ambiente e de brinquedos e conversaram com a mãe sobre rotina, realização e orientação de brincadeiras em casa e acompanhamentos médicos para investigação diagnóstica e de reabilitação em outros serviços, uma vez que a criança havia sido encaminhada para instituição filantrópica para acompanhamento, mas não foi inserida.

A relação das profissionais com a acompanhante e a usuária foi muito cuidadosa e abordada de forma horizontal, com escuta atenta e tomadas de decisões compartilhadas. Embora esse caso não represente a atuação mais rotineira da equipe com as crianças mais novas, que são a população alvo preferencial para a equipe, é comum o acompanhamento até os 3 anos de

idade, tanto de crianças que apresentem atrasos, quanto das que fazem parte de protocolos específicos de acompanhamento como a caso de sífilis congênita.

A equipe da IO realiza uma reunião específica semanal para discussão de casos e organização das atividades, com participação das três profissionais. Na observação desta atividade ficou evidente a boa interação, de cooperação e parceria entre as profissionais, com participação igualitária nas atividades e decisões e na divisão de responsabilidades. Elas organizaram casos que seriam discutidos em matriciamento, organizaram agenda e marcação de alguns atendimentos e realizaram agendamentos para neuropediatra em CER de referência para essa especialidade, imprimiram marcações e ligaram para avisar responsáveis.

Tanto nas discussões na reunião quanto no atendimento acompanhado, é possível perceber que as profissionais estabelecem um olhar transdisciplinar para o desenvolvimento infantil com atenção a algumas especificidades, por exemplo a fisioterapeuta não precisaria realizar todos os atendimentos de alguma criança com dificuldade na marcha, mas é essencial que ela acompanhe e compartilhe com as colegas de alguma forma.

A equipe de IO também faz reuniões com o CEFAI, o órgão de apoio a inclusão das escolas municipais, a fim de garantir e aprimorar a qualidade da presença das crianças dentro da escola, para isso são discutidos alguns casos ou temas pertinentes e solicitados para auxiliar as escolas na inclusão das crianças com deficiência. As reuniões são marcadas no começo de cada ano e acontecem preferencialmente todo mês. Participaram da reunião observada os profissionais do IO e duas profissionais do CEFAI da Diretoria Regional de Ensino (DRE) da região e foram discutidos alguns casos de crianças que estão ou não em escolas da prefeitura, foram também tiradas dúvidas de processos de trabalho e administrativo do CEFAI e o cadastro prioritário para as crianças com deficiência que ainda não frequentam as escolas.

Embora na discussão em grupo as profissionais tivessem relatado que atualmente eles estivessem tentando ampliar as idades das crianças discutidas, para inserir as mais velhas e atendidas pela equipe de reabilitação física também, na observação só estavam presentes profissionais e foram discutidos casos da IO.

#### 4.3.2.5 Tomadas de decisão, PTS e alta

As participantes do grupo de discussão descreveram com mais profundidade os artifícios para a tomadas de decisões e para organização tanto das atividades desenvolvidas, quanto do planejamento das intervenções terapêuticas com cada usuário, individualmente ou em grupos. As atividades desenvolvidas e os processos de trabalho são decididos de maneira dinâmica e permanente a partir das demandas que chegam ao serviço e das orientações dos documentos norteadores e níveis gerenciais superiores, mas as profissionais consideram que têm autonomia para criar dentro desse contexto. O Conselho Gestor também é apontado como espaço de tomada de decisão em relação ao funcionamento do serviço, que conta com a participação dos usuários, embora seja compartilhado com o complexo do AE como um todo.

Os espaços de tomada de decisão em relação aos processos terapêuticos das pessoas atendidas são, segundo as profissionais, as reuniões de equipe, de acolhimento e entre os técnicos que compartilham grupos. Elas consideram que há a participação dos usuários no acolhimento multidisciplinar e durante as próprias terapias. As entrevistadas e as participantes do grupo de discussão usam o termo projeto terapêutico singular (PTS) para falar sobre o planejamento e acompanhamento do processo terapêutico dos pacientes.

O PTS é uma estratégia de organização do cuidado, estabelecida pela Política Nacional de Humanização, que organiza as condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (Brasil, 2009b).

Os documentos norteadores indicam a realização de Projetos Terapêuticos para a organização do processo de cuidado e reabilitação. A *Portaria de consolidação n.3* faz referência à realização de PTS na RCPcD tanto nas diretrizes da atenção e quanto nas ações do serviço especializado nas relações com a rede de atenção (Brasil, 2017). O *Instrutivo de Reabilitação do CER e das Oficinas Ortopédicas* apresenta a importância de construir um projeto terapêutico por meio de abordagem interdisciplinar e baseado nas necessidades singulares das pessoas atendidas. Este projeto terapêutico deve ser construído em momentos de reunião de equipe para eleição de aspectos prioritários e deve ser revisto e reavaliado periodicamente. Em relação à estratégia específica do PTS, esta é citada apenas na descrição de processos de trabalho da reabilitação visual, intelectual e das oficinas ortopédicas (Brasil, 2014b).

Os documentos municipais indicam a realização de PTS, que devem ser elaborados e executados pela atenção básica e/ou especializada em conjunto com a pessoa com deficiência, a família e equipamentos do território, com priorização para casos de maior vulnerabilidade (São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a). A *Diretriz para a organização das ações de reabilitação da RCPcD* procura se aprofundar um pouco na descrição do PTS, apresentando metodologia de trabalho para a realização deste que envolve a adoção de “estratégias de ações para a habilitação e reabilitação estabelecidas a partir das necessidades singulares, considerando fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos, bem como o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade” (p. 29). Em anexo o documento apresenta ainda a sugestão de instrumento para a construção do PTS que conta com as etapas de avaliação multidisciplinar, plano de ação, equipe de referência para o acompanhamento do caso e data de previsão de reavaliação, bem como com indicação de uso da CIF para contribuir na avaliação e discussão (São Paulo (Município), 2016a).

Segundo os relatos nos grupos de discussão, o que as participantes nomeiam como PTSs são os combinados das estratégias de intervenções e periodicidade decidida muito mais *para*, do que *com* os usuários. Esses combinados são realizados tanto no momento da entrada no serviço, nas reuniões da equipe de avaliação multidisciplinar e devolutiva para o usuário, quanto na continuidade das intervenções, seja nos grupos, na reunião de equipe, ou durante os atendimentos terapêuticos com a participação dos usuários e suas famílias e no momento de finalização do processo terapêutico. Elas consideram que começaram a incluir a realização do PTS em seus processos de trabalho após a implantação do CER, mas ponderam que esta é uma novidade para a área da reabilitação e apresentam como dificuldade principal o envolvimento do usuário no processo de construção do próprio PTS.

Para além da construção do PTS, as profissionais fizeram uma reflexão em relação à participação do usuário na sua reabilitação, na corresponsabilização do seu processo terapêutico. Foram discutidos perfis de pacientes diferentes, como os que consideram que o profissional como detentor do saber e não questionam ou debatem qualquer solicitação, os mais resistentes que não seguem quaisquer orientações, os passivos que só “recebem” as intervenções e os mais ativos que seguem todas orientações, participam com qualidade das atividades propostas. Em contrapartida, elas ponderaram também as próprias atitudes enquanto profissionais de saber lidar com as diferenças entre os usuários, estimulá-los a estarem mais presentes e responsáveis em seus processos de recuperação e estabelecer uma relação terapêutica horizontal que abra espaço para trocas. Abordaram ainda a importância da

participação das famílias nesses processos, trabalhando as expectativas, as necessidades de cuidados, a importância de seguir orientações e até mesmo auxiliando, esclarecendo e apoiando em tomadas de decisões.

Durante as atividades observadas, em nenhum momento de tomada de decisão sobre o projeto terapêutico de casos discutido, o usuário ou a família estiveram presentes, nem mesmo no acolhimento multiprofissional. Por outro lado, nos atendimentos e grupos foi possível observar o estímulo e orientações em relação à corresponsabilização pelo cuidado do processo de reabilitação, realizados de maneira adequada, respeitando os contrapontos e dúvidas dos usuários e familiares, debatendo e pensando juntos formas da continuidade do cuidado fora do espaço terapêutico.

O momento da alta foi colocado no grupo de discussão como um nó dentro dos processos de tomada de decisão. As participantes explicaram que a alta é dada de acordo com a avaliação da equipe do processo de reabilitação de cada caso, e é constantemente discutida nos atendimentos, grupos e reuniões. Eles pontuam que a dificuldade principal para o momento da alta é que entre as pessoas com deficiência há uma expectativa de manutenção em reabilitação por toda a vida, por isso já indicam desde o começo do atendimento que as ações de reabilitação naquele serviço durarão por tempo determinado e fazem diversas conversas com os usuários e famílias durante os atendimentos e especialmente quando se aproxima o momento do desligamento. As profissionais também orientam quanto à continuidade do cuidado que deve acontecer na atenção básica e possibilidade de atividades e inclusão em outros espaços de lazer, cultura, educação, trabalho, entre outros. Não há nenhuma orientação nos documentos norteadores sobre o aspecto da alta.

#### 4.3.2.6 Atividades administrativas e de avaliação e monitoramento do trabalho

Outras atividades também foram colocadas pela equipe em grupo de discussão como parte importante dos processos de trabalho para uma boa organização do trabalho e qualidade de atenção para os usuários. Entre elas estão à disposição da agenda e regulação, o registro, tanto em prontuário quanto de produção, e avaliação e monitoramento (Brasil, 2014b, 2017).

Em relação a esses aspectos, os documentos ministeriais apenas pontuam a importância de construção de indicadores e sistemas capazes de avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção em saúde. Os documentos do plano de ação para a *Rede de Cuidados*

à *PcD da RRAS 06 e Diretrizes para a organização das ações de reabilitação* da SMS procuram apurar essas orientações. O primeiro sugere o aprimoramento do SIGA para a oferta e registro de atendimentos e para ser usado enquanto monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, e o segundo aprofunda a descrição do registro dos atendimentos que devem ser em prontuário do usuário, em planilha de acompanhamento interno do serviço e no SIGA a partir da relação de documentos da tabela unificada do SUS (São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

O CER possui duas planilhas de acompanhamento interno, uma para os casos de reabilitação física e auditiva e outra específica da IO. Essas planilhas contém informações de: data do primeiro atendimento; prontuário; nome; registro SUS; data de nascimento; unidade encaminhadora; UBS de referência; avaliador; conduta; data do início do processo terapêutico; periodicidade dos atendimentos; reavaliação de PTS; profissionais envolvidos; data da alta; motivo da alta e continuidade em reabilitação.

A AGPP é responsável por preencher os oito primeiros itens, no momento de abertura do prontuário, e o restante deveria ser alimentado pelos profissionais. No entanto, essa continuidade de preenchimento não é realizada na prática e a planilha não está atualizada em relação a projetos terapêuticos e alta. Devido a isso, não é possível obter, por meio desta, o número de pessoas atendidas, apenas a média de entradas de novos usuários por mês, que nos meses de agosto, setembro e outubro totalizaram entre 70 a 80 pessoas (esse número não inclui os exames de audiologia, pois para essa atividade não há abertura de prontuário no serviço). No entanto, a gerente informa que as profissionais utilizam esse instrumento para realizarem levantamentos das pessoas atendidas, ainda que manualmente e com diferenciação em relação a características, como idade e UBS.

Em relação ao número de pessoas atendidas, o *Instrutivo de reabilitação do CER e oficinas ortopédicas* indica mínimo de 150 usuários/mês para a reabilitação auditiva e de 200 usuários mês para reabilitação física (Brasil, 2014b).

No CER, a agenda é disponibilizada preferencialmente no SIGA e é proposta de acordo com a organização das atividades oferecidas e dentro das possibilidades oferecidas pelo sistema. Ela é desenvolvida pela gerente e construída em conjunto com a equipe técnica. Esse processo foi aprimorado após a implantação da RCPcD e do CER e possibilitou melhorias tanto em relação ao acesso dos usuários, como à qualificação do cuidado e estabelecimento de redes.

O registro do atendimento em prontuário é abordado pelas entrevistadas como parte do atendimento terapêutico, embora tenha sido relatada pelas profissionais da equipe a dificuldade

de garantir a realização dessa atividade dentro da rotina do trabalho. Durante as observações foi possível verificar que poucas profissionais desenvolviam esse registro durante ou logo depois dos atendimentos, muitas vezes acumulavam prontuários para evolução ao fim do dia.

O registro da produção deve ser preenchido diariamente pelas profissionais a partir dos procedimentos do boletim de produção ambulatorial e ser lançado periodicamente no SIGA, além deste há ainda o registro referente às OPMs solicitadas e concedidas na autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC).

A principal dificuldade para o desenvolvimento adequado das atividades administrativas, segundo as entrevistadas e participantes do grupo de discussão, é a falta de profissional de AGPP, o que responsabiliza gerência e técnicos por atividades que não são suas atribuições, sobrecarregando-os.

Outra problemática é referente ao fato do CER, uma vez não habilitado pelo MS, necessitar ainda de vínculo com a Rede Hora Certa, não só para espaço físico, mas também com a parte administrativa de agenda, procedimentos e prontuários das atividades da equipe de saúde auditiva, que ainda está vinculada ao antigo AE como NISA. Após lançada a produção desta equipe via Rede Hora Certa a cada final de mês, o CEInfo, na STS redireciona essa informação para informações sobre a produtividade do CER. Em relação ao prontuário, os usuários que passam especificamente na saúde auditiva têm apenas o prontuário da Rede Hora Certa, mas pacientes que são também acompanhados pelo CER, como o caso de alguns bebês da intervenção oportuna têm dois prontuários. O combinado nesses casos é fazer a evolução no prontuário do Rede Hora Certa, com cópia para o do CER.

Quanto à avaliação do trabalho desenvolvido, seja das atividades oferecidas ou da qualidade das intervenções terapêuticas, as participantes do grupo de discussão apontam que acontece nos espaços de trocas entre as profissionais, nas reflexões sobre as suas práticas. Elas contam que especialmente nos grupos há um período destinado para essas conversas e reflexões. A gerente do CER descreve ainda a experiência, nomeada de jornada, que se configura como encontros com duração de um ou mais dias inteiros e com a participação de toda a equipe para a avaliação do trabalho realizado e planejamento para a mudança, ou continuidade das ações. Ela conta que após a implantação do CER essa atividade já foi realizada em dois momentos e que é muito importante para os processos de trabalho da equipe.

Para a avaliação e monitoramento do CER em níveis superiores, a representante da área técnica da pessoa com deficiência da SMSSP e a assessora da área de reabilitação da CRS apontam o uso de instrumentos como o CNES, procedimentos, números de entradas no serviços e filas de espera, mas reconhecem que essas informações não representam a completude do

trabalho desenvolvido. Elas informam que houve a tentativa de construção de um instrumento de monitoramento na lógica de indicadores que contemplasse os diversos aspectos relevantes para a avaliação adequada do serviço, baseado na proposição dos documentos norteadores. Esse instrumento não foi finalizado e não está sendo utilizado, mas está previsto, segundo elas, como atividade para ser realizada pelo grupo de trabalho da área técnica da pessoa com deficiência.

Foi discutido entre as entrevistadas e as participantes do grupo de discussão a importância que os processos administrativos têm para mudança da prática de reabilitação, em que elas consideraram que esses devem traduzir o trabalho desenvolvido no cotidiano do serviço, tanto no processo de agendamento, quanto no apontamento das produções e pontuam que houve algumas evoluções nesse sentido após implantação da RCPcD e CER, como por exemplo a criação da vaga de avaliação multiprofissional de reabilitação no SIGA. No entanto, elas salientam que o sistema principalmente de avaliação e monitoramento ainda apresenta dificuldades, uma vez que está mais focado em modelo médico centrado em atendimentos e ações tradicionais de reabilitação, e não abarca ações multiprofissionais ou de grande importância para a rede, como o agendamento e apontamento de coterapias e reuniões de matriciamento. A representante da área técnica do ministério informa que, nesse sentido, a SMS já fez solicitações para o MS de alteração na tabela de procedimentos.

#### 4.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Atividades de educação permanente foram abordadas pelas entrevistadas como uma ação de grande importância para o aprimoramento das práticas profissionais em reabilitação. Elas consideram que para realizar mudanças paradigmáticas é necessário oferecer para os profissionais fundamentação teórica, ressaltando que as formações profissionais para atuação em reabilitação não são homogêneas, e muitas vezes foram centradas nas especificidades de categorias e no modelo biomédico tradicional de reabilitação, e por isso é de responsabilidade da gestão possibilitar o aprimoramento dessas técnicas.

O tema da promoção de educação permanente é também tratado em todos documentos analisados, seja a partir de proposição de pesquisas em inovações em estratégias de reabilitação e tecnologia assistiva, ou cursos de atualizações. Mas, embora esteja entre as diretrizes das legislações, os documentos norteadores não aprofundam propostas de ações nesse sentido, nem

sugestões de temas, o documento do plano de ação para a *Rede de Cuidados à PcD da RRAS 06 e Diretrizes para a organização das ações de reabilitação* da SMS sugerem a utilização da “Política Nacional de Humanização como estratégia de educação permanente para todos os profissionais da saúde com vias a garantir a efetivação da relação entre os serviços e programas a partir dos conceitos de equipe de referência, apoio matricial e projeto terapêutico singular” (São Paulo (Estado), 2013, p. 36).

Segundo as entrevistadas e as participantes do grupo de discussão, desde a implantação da RCPcD na cidade, e especialmente no território estudado, as atividades de educação permanente propostas e realizadas foram os próprios fóruns de reabilitação, encontros específicos, periódicos e contínuos por linhas de cuidado, como hanseníase ou de saúde auditiva, e cursos de qualificação. Entre os cursos citados nas entrevistas e no grupo de discussão temos curso de Libras, comunicação alternativa, intervenção oportuna, AVC, disfagia, prescrição e confecção de órteses, prescrição de cadeiras de roda e da realização de exame de Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE/BERA). A assessora de reabilitação da coordenadoria regional de saúde acrescenta que, em relação aos modelos de compreensão de deficiência e reabilitação, os espaços dos fóruns foram mais utilizados.

Um problema apontado pelas entrevistadas de gestão de nível local é a pouca oferta de cursos e vagas para os profissionais da atenção básica. Nesse sentido elas informaram que no curso de disfagia foi organizado um evento de replicação das informações por quem havia feito o curso anteriormente, de maneira a ampliá-las para outros profissionais da rede e que pretendem desenvolver essa estratégia quando da realização de outros cursos.

Outra atividade de iniciativa da coordenadoria regional de saúde estudada é a organização de Seminários de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência para diversos serviços da saúde e de outros setores da região. Segundo a assessora de reabilitação da coordenadoria regional de saúde, o primeiro Seminário foi realizado no final de 2016 para a apresentação de práticas exitosas na atenção às pessoas com deficiência dos serviços e, em 29/11/2019, foi realizado o II Seminário, que foi umas das atividades observadas pela pesquisadora, em que foi abordado o tema da implantação da RCPcD, dos modelos de atenção e desafios atuais.

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados evidenciam avanços, mas também diversos embates e enfrentamentos. Os principais aspectos serão discutidos aqui, em uma divisão didática entre a **narrativa histórica e de implantação do CER** e os **processos de trabalho**, seguindo a lógica dos resultados. No entanto, é essencial a compreensão de que esses aspectos estão todos interligados, em grande parte pela discussão das perspectivas de compreensão de deficiência e dos modelos de atenção e reabilitação, bem como pelos múltiplos aspectos socioculturais, de influências histórico, políticas e econômicas que atravessam as proposições e atuações em Políticas Públicas, o respeito à cidadania e a garantia de direitos humanos e básicos dos cidadãos.

Ou seja, a prática no cotidiano do serviço de saúde não está descolada, pelo contrário, tem íntima ligação com as definições de políticas, legislações, documentos e com os limites da construção destes, porque, além de seguirem suas proposições, estão expostas e são influenciadas pelos mesmos embates e tensionamentos entre concepções e paradigmas de deficiência, saúde, doença e interesses políticos e econômicos, que se estabelecem nos contextos micro e macropolíticos.

### 5.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPCD E DO CER

#### 5.1.1 Tema prioritário?

As entrevistadas relatam que no período de elaboração e implantação da RCPcD e do CER o tema da deficiência foi tomado como importante foco de atenção, com esforços desde o nível federal, até estadual e municipal.

Campos et al. (2015) corroboram com essa percepção afirmando que anteriormente ao Viver Sem Limite e portaria da RCPcD, a saúde da pessoa com deficiência era um tema preterido no SUS, pois as iniciativas em nível nacional nesse campo eram pontuais, muitas vezes fragmentadas e sem relação com os princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado à saúde. Dário Pasche, Diretor do Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas (DAPES-MS), complementa que, pela primeira vez, tanto na preparação anterior quanto nos desdobramentos posteriores às suas publicações, a questão das pessoas com deficiência foi colocada como agenda prioritária nas discussões nacionais, especialmente após o estabelecimento da Secretaria Nacional de Direito das Pessoas com Deficiência da Secretaria de Direitos Humanos (Brasil, 2014a).

No entanto, não houve a continuidade desta atenção após o período inicial de todo o processo, justamente no momento essencial de manutenção e aprofundamento de propostas na prática, o que culminou em uma grande heterogeneidade da realidade da RCPcD nas diferentes regiões da cidade de São Paulo. Nesse sentido a cidade logo sofreu com uma diminuição de habilitações dos CERs pelo MS, bem como o CER estudado sofreu com as dificuldades de articulação para contratação de profissionais e substituição posterior dos profissionais aposentados para a realização da reforma e mudança para espaço físico próprio.

O estudo de Peixoto et al. (2018) sobre políticas de saúde para pessoas com deficiência em Aracajú – SE, corrobora com a afirmação de que também na cidade estudada, o Plano Viver sem Limite era uma janela de oportunidades, pois respondeu momentaneamente às pressões sociais para a discussão de novas propostas e espaço na sociedade para as pessoas com deficiência, mas sofreu refrações em âmbito local, e teve um processo de implantação inacabado, devido a determinações locais e correlações de forças entre os distintos atores.

Essas problemáticas evidenciam embates sempre presentes tanto nos interesses políticos e econômicos em relação às políticas de saúde em geral quanto na especificidade das pessoas com deficiência. Vieira (2017) contribui nesse sentido afirmando que as contínuas relações de tensão entre o Mercado, o Estado e a Sociedade afetam a ideologia e as expressões de poder nas múltiplas interfaces teóricas e analíticas sobre a saúde, a deficiência e a conjuntura social, e elas são continuamente atuantes nas articulações e tomadas de decisão nos níveis gerenciais na área da saúde. Santos (2017) complementa que, após o período de grande efervescência da constituição e implantação do Viver Sem Limite e da RCPcD, encontramos um cenário político institucional tenso e incerto, de subfinanciamento e desmonte das políticas sociais, como por exemplo, as consequências da Emenda Constitucional de teto dos gastos, que congelou o financiamento para a saúde, entre outros, por 20 anos.

### 5.1.2 Políticas, Documentos Norteadores e as contradições nas concepções de deficiência e modelos de reabilitação

Os resultados também apontaram que houve um indicativo de um caminho de ampliação da compreensão em relação à deficiência e reabilitação no processo da criação e redação das legislações e documentos norteadores, bem como de implantação destes, visto com otimismo tanto pelos participantes da pesquisa quanto por autores como Nogueira et al. (2016) e Campos et al. (2015). Esses autores indicam que o Plano Viver sem Limite e a RCPcD avançaram na consolidação de preceitos das políticas internacionais, especialmente a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e na instituição de um cuidado integral e ampliado para essa população, a partir de preceitos e diretrizes do SUS.

No entanto, verificou-se diversas contradições teóricas e técnicas dos documentos que demonstram que não há uma homogeneidade na compreensão da deficiência. Também não há nesses documentos clareza em relação à indicação para a assunção do modelo social, embora este tenha sido eleito como modelo a ser seguido pela convenção, tampouco ao meio de intervir em processos de atenção à saúde e reabilitação pautados nesse modelo, permanecendo uma visão hegemônica sobre deficiência como problema individual.

Em relação a essa dimensão, Santos (2017) reforça que os conceitos médico, social e biopsicossocial, como quadros teóricos que orientam as práticas assistenciais foram propostos há décadas e que, ainda assim, o cenário dos modelos e práticas de reabilitação permanecem em aberto com debates e as tensões entre as escolas de pensamento. Há, pelo contrário, uma hegemonia do modelo biomédico que ainda centraliza as necessidades de reabilitação na superação das limitações individuais, ainda que para isso olhe para cada caso de maneira ampliada.

Nesse sentido, na *Portaria de consolidação n.3* são propostas diretrizes de diversificação de estratégias de cuidado e o desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício de cidadania. Essas diretrizes indicam uma compreensão da deficiência relacionada às condições ambientais e sociais. No entanto, no momento de traduzir as ações concretas nos diferentes níveis de atenção, o documento orienta a “melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção de perda funcional, redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função, da

compensação da função perdida e da manutenção da função atual [grifo nosso]” (Brasil, 2017). Ou seja, na verdade, há um reforço a uma prática pautada no modelo biomédico, já de acordo com a afirmação de Rocha (2006) a inclusão ou integração social como finalidade última do processo de reabilitação em decorrência dos objetivos de manutenção e ganho de funcionalidade alcançados reafirma a perspectiva de que a pessoa com deficiência está excluída socialmente em razão de sua condição funcional e que é nele, no enfoque nas incapacidades, que a ação reparadora deve agir.

No mesmo caminho, o documento do *Instrutivo de reabilitação do CER e oficinas ortopédicas*, que se propõe como uma referência para a implantação dos serviços e suas ações, partindo do direcionamento da portaria, realiza uma apresentação teórica inicial com a organização do processo de trabalho pautada em equipe multidisciplinar, rede de saúde, integralidade e olhar ampliado e singularizado para a pessoa com deficiência. Porém, as ações dos profissionais aprofundam-se apenas nos aspectos técnicos da reabilitação tradicionalmente realizada. Entre as ações descritas estão os procedimentos de avaliação, a instituição de critérios de elegibilidade e definição de condutas bastante restritos e voltados, especificamente, à recuperação de função e concessão de aparelhos, especialmente nas reabilitações visual e auditiva, sendo que esta última trata especificamente somente de AASI (Brasil, 2014b).

A normatização de procedimentos técnicos não pode ser considerada por si só como um problema, pois são parte importante para as ações de reabilitação e cuidados à saúde de pessoas com deficiência. Instigam um olhar questionador, especialmente quando são priorizadas apenas práticas tradicionais e são aprofundados em maior nível de detalhamento, enquanto práticas inovadoras pautadas nos princípios e diretrizes de ampliação da compreensão e de possibilidades de abordagens para as pessoas com deficiência, não.

Já o documento das *Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na RCPcD*, da SMS de São Paulo, realiza uma descrição mais profunda sobre os processos de trabalho pautada em modelo de atenção integral e ampliada, apresentados no documento que o antecede. Porém, ainda assim, reproduz aspectos de abordagem do modelo biomédico tradicional de reabilitação, ao dar ênfase aos critérios de elegibilidade para acesso à atenção especializada restritos ao parâmetro biomédico de maior possibilidade de evolução e prognóstico, critérios estes que se mostraram muito bem estabelecidos e disseminados entre os serviços da RCPcD da região e entre os profissionais do CER estudados (São Paulo (Município), 2016a). Santos (2017) considera que o estabelecimento de critérios de admissibilidade é burocrático, e que estes carregam a base conceitual da visão médico-hegemônica de saúde e deficiência e podem

se tornar excludentes, especialmente para pessoas com deficiências graves, exatamente quando o conjunto de suas necessidades de saúde é ainda mais complexo.

Complementando a discussão sobre as contradições evidenciadas nos textos dos documentos, Vieira (2017) em estudo que analisa o discurso das políticas da RCPcD, aborda as diretrizes específicas de atenção às diferentes patologias e condições, produzidas e publicadas pelo MS, e considera que as informações nelas contidas assumem o formato de rituais de condutas uniformes e impessoais, o que se contrapõe a uma atenção integral das pessoas. A autora também ressalta que, embora o objetivo primeiro nas diretrizes das políticas estudadas fosse a compreensão ampliada do conceito saúde, a ênfase na integralidade e a incorporação de estratégias para produção de autonomia são pouco discutidas, frente ao modelo estabelecido nos documentos das diretrizes de atenção e concordamos com as conclusões da autora que indica que:

Observamos dois pontos importantes: a ausência sobre a natureza intrínseca das relações sociais e o caráter normalizador formatando o poder disciplinar, que perpassa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares. Esse assujeitamento compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza, exclui, em uma palavra, normaliza. (Vieira 2017, p. 121)

## 5.2 PROCESSOS DE TRABALHO

Os resultados do estudo dos processos de trabalho demonstraram um espaço físico e a composição de equipe aquém do indicado pelos documentos norteadores e do necessário para o funcionamento ideal do serviço e a realização das atividades previstas. O território apresenta uma população de quase 460.000 pessoas e 15 UBSs e apenas um CER, que conta com equipe menor do que previsto na equipe mínima. Nesse sentido, não há nos documentos norteadores indicação que relacione população atendida para cada CER, no entanto, há indicação do número de 200 e 150 pessoas atendidas por mês em reabilitação física e reabilitação auditiva respectivamente (Brasil, 2014b). Apenas as vagas de entrada o CER estudado totalizam uma média de 225 por mês, embora parte delas seja para ações pontuais como exames de audiologia (por volta de 100 por mês) e tenha uma porcentagem de perda primária.

O último levantamento, realizado no segundo semestre de 2019 demonstrou que os usuários que entraram em processo de reabilitação totalizaram uma média de 70/80 novos por mês. Considerando que os atendimentos em reabilitação são frequentes e contínuos, ou seja, os 70/80 que iniciam o processo de reabilitação permanecerão em atendimento por longo tempo,

se somando aos anteriores e aos dos próximos meses, constata-se que o número apresentado é alto para o indicado pelo MS. Esses números indicam a necessidade de ampliação de serviços desse tipo ou da complementação da equipe, mas a ausência de um instrumento atualizado que ofereça informações precisas de número de pessoas atendidas dificulta o subsídio para negociações. Por outro lado, o profissional administrativo, AGPP, que geralmente é responsável por alimentar planilhas e instrumentos, é um dos que é inferior ao estipulado.

A despeito dessa precarização, os profissionais conseguem se organizar para oferecer um trabalho com qualidade tanto nas ações desenvolvidas, quanto na atenção oferecida. Como é possível observar nos fluxos apresentados, as atividades desenvolvidas são múltiplas e sua organização complexa, e se mostrou como um desafio abordar a diversidade das pessoas atendidas em seus tipos de condições, deficiência e idades e a diversidade de tipos de ações desenvolvidas, desde intervenção precoce e prevenção, diferentes terapias individuais e em grupo, ofertas de equipamentos auxiliares, atividades de apoio matricial até as atividades administrativas.

Para abarcar todos esses aspectos, a equipe se estruturou em equipes menores e dividiu a responsabilidade de atividades específicas, formando as equipes e ações de reabilitação física, auditiva e IO, e estipulando profissionais responsáveis especificamente pelo atendimento de hanseníase e pela avaliação de cadeiras de roda, por exemplo. Da mesma forma, há uma tentativa de separação por idades e por problemáticas, entre ortopedia e neurologia na equipe de reabilitação física, mas a alta demanda acaba fazendo com que grande parte das profissionais se responsabilize por casos diversos. Além disso, há também profissionais que transitam entre as diversas equipes, ao mesmo tempo que todas profissionais devem se responsabilizar pelas atividades descritas como atividades comuns e por ações transversais de atenção as pessoas com deficiência.

Essa complexidade e multiplicidade da atenção são um desafio tanto para gestão quanto para os profissionais, possivelmente devido a inovação que representa a integração da atenção para pessoas com diferentes tipos de deficiência em um mesmo centro de reabilitação (Campos et al. 2015). Além disso, a revisão bibliográfica sobre as políticas públicas de saúde e reabilitação para pessoas com deficiência indicou que poucos estudos se debruçam sobre as ações na prática dos serviços, o que representa pouco conhecimento sobre esses aspectos.

Faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento e se desempenhem positivamente em diferentes ações específicas, evitando reproduzir uma prática muito rígida e especializada que perca de vista a necessidade das ações comuns às demandas mais amplas da deficiência, como a atuação multiprofissional e com transversalidade da equipe e o contexto da

atenção em saúde no SUS. É necessário estimular a realização de estudos que se aprofundem nas especificidades do trabalho do CER e ofereçam estratégias de educação permanente para apoiar os profissionais nesse novo desafio.

De toda forma, os resultados também indicaram avanços importantes relacionados aos processos de trabalho após a implantação da RCPcD na cidade e do CER estudado, entre eles: o aprimoramento dos processos de prescrição e concessão de OPMs; a instituição da vaga de acolhimento e avaliação multiprofissional; o fortalecimento da atenção em rede e a prática profissional pautada em ações interdisciplinares a partir das demandas dos sujeitos; escuta atenta, acolhedora e responsável; e em relações horizontais com os usuários e equipe.

Em relação ao aprimoramento dos processos de prescrição e concessão de OPMs tanto no CER estudado quanto nas RCPcD das diferentes regiões da cidade de São Paulo, foi importante a mudança da responsabilidade de instituições filantrópicas parceiras para os CERs, representando mais autonomia do serviço nas intervenções terapêuticas e menor dependência dos antigos equipamentos, além disso o acesso aos equipamentos direto nos CERs aparenta ser mais rápido (Barroso, 2019).

As OPMs foram realmente adotadas como uma prioridade desde a proposição dos documentos, em âmbito nacional, estadual e municipal e na prática da gestão, com grandes esforços voltados a elas, como educação permanente e organização de fluxos e processos de trabalhos específicos. Esses equipamentos podem ser muito 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 (Barroso, 2019). Porém, os equipamentos por si só não são suficientes para atingir tais objetivos e, nesse sentido, não se verificou o mesmo empenho na proposição de estratégias ou acompanhamento em outros aspectos do processo de reabilitação necessária para transformações sociais de superação de estigmas, mais acesso à serviços e maior cidadania.

### **5.2.1 A integralidade, as redes de atenção e a clínica ampliada: possibilidades para o processo de trabalho em reabilitação.**

Os avanços representam a adoção de fundamentação e práticas baseadas nos conceitos de integralidade, humanização e clínica ampliada, amplamente debatidos em saúde coletiva,

que têm se aproximado da discussão, produção científica e prática da atenção à pessoa com deficiência.

Nesse sentido, autores têm tratado sobre as mudanças na prática reabilitação baseada no **conceito de integralidade**, defendendo-o como um aporte teórico importante para a exploração do tema de reabilitação, considerando-se as dimensões da funcionalidade e participação social e por permitir iluminar as lógicas e racionalidades, que marcam os encontros terapêuticos e o funcionamento das redes de atenção (Santos, 2017; Pereira, 2009b; Othero, 2010).

Os documentos norteadores também abordam o conceito da integralidade e fazem referências à Política Nacional de Humanização e aos **conceitos de Clínica Ampliada, PTS, equipes interdisciplinar de referência e de apoio matricial** para a proposição de práticas de cuidado à saúde e reabilitação das pessoas com deficiência, centrando esforços nos contextos nos quais os sujeitos estão inseridos e na integração entre os serviços de saúde e serviços intersetoriais (Brasil, 2014b, 2017; São Paulo (Estado), 2013; São Paulo (Município), 2016a).

Esses conceitos estiveram presentes também no conteúdo das entrevistas, do grupo de discussão e nos debates nas atividades acompanhadas na observação a observação. O conceito da Clínica Ampliada foi inclusive utilizado pelas entrevistadas para definir o modelo utilizado no serviço para atenção e reabilitação das pessoas com deficiência.

A **integralidade** é um dos princípios fundantes do SUS que, segundo Mattos (2009), implica em superar reducionismos e objetivação dos sujeitos, e em abarcar os problemas de saúde em suas mais diversas dimensões. Para isso ele propõe três conjuntos possíveis de sentido, que são as relações estabelecidas na prática profissional, na assistência ao usuário, a organização do trabalho em rede de saúde, e as respostas governamentais aos problemas de saúde, a partir da formulação de políticas e programas de saúde. O autor afirma ainda que o amplo reconhecimento das necessidades dos sujeitos atendidos é o aspecto principal para nortear a formulação de respostas a partir do conceito da integralidade.

Pereira SO (2009) indica que, nas práticas de saúde e reabilitação para pessoas com deficiência, ao se adotar uma perspectiva de determinação sócio-histórica da deficiência, aproxima-se da materialização do princípio da integralidade, pois refuta o olhar puramente biomédico. Indica a importância da assimilação do princípio da integralidade nas direções de aprimorar as relações estabelecidas entre profissionais e pessoas com deficiência, ampliando a capacidade de escuta, bem como as ofertas de reabilitação, no caminho para a superação da visão sobre um corpo com lesão e a inserção social das pessoas com deficiência e de articular o conjunto de serviços à atenção à saúde.

Em relação à articulação dos serviços de atenção às pessoas com deficiência, Othero (2010) aponta que sua concretização depende de um estabelecimento de relações entre a micro e a macropolítica, e não apenas do espaço singular dos serviços – mesmo que esses cumpram sua função social a contento. Pereira SO (2009) complementa com a condição de rearticulação da assistência em reabilitação entre os serviços de diferentes níveis de atenção à saúde, particularmente a atenção básica, para em conjunto fortalecer ações de prevenção de eventos que causam deficiência, da promoção de saúde e ações de reabilitação das pessoas com deficiência.

No sentido dessa articulação, o Ministério da Saúde indica a organização das **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** entre os diferentes serviços responsáveis pelo cuidado à saúde de uma população com condições específicas (Brasil, 2017). Segundo Mendes (2015), as RAS são organizações poliarquicas de conjuntos de serviços de saúde que atuam de forma cooperativa e interdependente, com base na missão comum de oferecer o acompanhamento longitudinal, e promover uma atenção à saúde baseada nas características e demandas da população adscrita.

A RCPcD é uma das redes temáticas de atenção à saúde, que em 2017 foram compiladas na *portaria de consolidação n3*. Os pontos positivos da implantação dessa rede para o funcionamento da atenção à saúde das pessoas com deficiência verificados na realidade de São Paulo e microrregião estudadas são o estabelecimento dos fluxos e da vaga de acesso via do acolhimento e avaliação multidisciplinar e o aprimoramento das trocas entre os serviços, por meio da instituição dos Fóruns de Reabilitação e do matriciamento. As reuniões com o CEFAI representam a articulação intersetorial.

Berach (2018), em seu estudo mais específico sobre estabelecimento e funcionamento da rede de reabilitação da microrregião estudada confirma que as articulações para a discussão de casos e organização de fluxo dos encaminhamentos para equipamentos de saúde e intersetoriais se mostraram uma etapa indispensável para o estabelecimento da RCPcD .

Tais avanços foram estabelecidos, uma vez que as articulações com a rede de saúde e intersetorial foram destacadas com relevância em todos os documentos norteadores e apontadas pelas entrevistadas da gestão como um dos objetivos principais no processo de implantação da RCPcD. No entanto, pode-se verificar dificuldades para a manutenção desses espaços atualmente, evidenciadas pela junção do fórum de reabilitação com outras áreas no fórum integrado e pela falta de estímulo e muitas vezes resistência das gerências de algumas unidades para que os profissionais participem das reuniões de matriciamento. Essas dificuldades estão relacionadas à alta demanda de atendimentos e necessidade de realização de outras atividades,

condizentes com um modelo de atenção e reabilitação tradicional e médico centrado, e são um exemplo da constante tensão entre modelos também no cotidiano dos serviços.

Outras dificuldades apresentadas nos resultados é a priorização da atenção especializada no que diz respeito aos incentivos para aprimoramento da atenção às pessoas com deficiência, como no direcionamento das ações em educação permanente, no detalhamento de ações nos documentos norteadores e no privilégio das intervenções das instâncias de gestão, em detrimento principalmente da atenção básica. Rodes et al. (2017) reforçam essa priorização, indicando também que há uma disparidade grande em relação à distribuição de profissionais de reabilitação entre os níveis de atenção, com priorização da atenção especializada e que a oferta desses profissionais no nível na atenção básica é baixa e desigual.

O outro conceito adotado nas fundamentações, a **Clínica Ampliada** é apresentada, na série de textos básicos para a saúde do MS para o HumanizaSUS, como uma ferramenta de atenção à saúde que, como o nome diz, amplia o objeto de saber e intervenção na clínica, a partir da articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas (Brasil, 2009b).

Campos (2003) e Cunha (2005) descrevem que na prática tradicional biomédica os profissionais em saúde, tendem a estabelecer seu objeto de interesse na doença e em intervenções previamente conhecidas e estabelecidas, causando alienação dos profissionais, fixação nos procedimentos técnicos, “hiperespecialização” e fragmentação do sujeito. Os autores explicam esse fenômeno a partir da compreensão de que todo saber produz uma certa ontologia dos seus objetos, a partir de uma padronização e suposição de regularidade e, para a sua superação, propõe uma reflexão crítica ao saber constituído, sem desprezá-lo, mas considerando o estabelecimento do sujeito como objeto de interesse. Eles ressaltam ainda que ao se apropriar do sujeito, deve-se considerar sua doença ou condição, mas também seu contexto e sua singularidade, para propor intervenções que alcancem atuar sobre essa variabilidade de aspectos. E ainda apontam como necessário para essa mudança o trabalho em equipe e pautado na validação dos diversos saberes, seja dos profissionais ou das pessoas atendidas (Campos, 2003; Cunha, 2005).

Além da ampliação do objeto de interesse, são eixos fundamentais para a realização de uma Clínica Ampliada a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas e as transformações dos meios de trabalho. Para esse objetivo são definidas as estratégias de atuação em equipe multiprofissional de referência, de apoio matricial, a construção de PTS, a escuta qualificada e estabelecimento de vínculo, afeto e as relações horizontais entre equipes e usuários (Brasil, 2009b).

Os preceitos da Clínica Ampliada mostraram-se como pilares na organização dos processos de trabalho e grande parte das atividades desenvolvidas, como foi possível constatar na proposição e no exercício do acolhimento e avaliação em equipe multidisciplinar, nas reuniões de equipe e de apoio matricial, na prática interdisciplinar nos atendimentos e grupos compartilhados e na atenção, afeto e respeito dispensados em todos os momentos de relação entre profissionais e usuários. Por outro lado, há alguns aspectos que podem ser aprimorados, para que o desempenho das estratégias para a atenção com base na Clínica Ampliada, esteja cada vez menos presente no discurso e mais no cotidiano das atividades do serviço.

Nesse sentido, o **PTS** é uma estratégia de uso controverso. Segundo documento do MS “O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (p. 39), que deve ser realizado a partir dos seguintes passos: definição de diagnósticos por meio de olhar ampliado e avaliação de diferentes profissionais; definição de objetivos/metastas; divisão de responsabilidades e reavaliação. Em todos os passos é essencial a participação do usuário, inclusive na definição dos objetivos/metastas e na corresponsabilização (Brasil, 2009b). No entanto, embora os profissionais relatem que estabelecem PTSs para as tomadas de decisão em relação ao processo de reabilitação, na descrição dessa ação em grupo de discussão, bem como na observação realizada durante o campo, ficou evidente a ação interprofissional e o olhar ampliado no momento de avaliação e diagnóstico, mas insipiente a participação dos usuários no processo total, especialmente definição de objetivos/metastas e divisão de responsabilidades.

Para a corresponsabilização no processo terapêutico, tanto em sua decisão, quanto execução, se faz necessário que o profissional possa enxergar cada usuário na subjetividade que o faz mais ou menos ativo no seu processo, e atue de maneira diferente com cada um para apoiá-los e estimulá-los a serem mais participativos. Mas, para além disso, há de se pensar se os objetivos entre profissionais e usuários estão alinhados.

Cunha (2005) indica que para a proposição do PTS na perspectiva da clínica ampliada, é necessária “uma certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença”(p. 188) e completa que o caminho do usuário é somente dele, e é ele que dirá se e quando quer ir, negociando ou rejeitando as ofertas da equipe de saúde.

Outra estratégia que merece debate é o **apoio matricial**, que foi desenvolvido como arranjo para organização dos processos de trabalho de serviços de saúde a fim de superar a racionalidade verticalizada, compartimentalizada, fragmentada e alienante comum às práticas biomédicas, a partir das trocas entre saberes profissionais de diferentes disciplinas e níveis de

especialidade. Nos serviços de especialidades, é como se houvesse “dois usuários”: as pessoas atendidas propriamente ditas e outras equipes com as quais estes usuários são compartilhados. Esses serviços devem realizar o matriciamento por meio de atendimentos conjuntos que possibilitam a troca de saberes e de práticas em ato, bem como a partir de discussão de casos e formulações de PTS em conjunto (Brasil, 2009b).

Nessa perspectiva, o documento da *Diretriz para a organização das ações de reabilitação na RCPcD* indica nas metodologias de trabalho o estabelecimento de profissionais de referência do CER para as UBSs, e equipamentos de saúde do território para além da discussão de casos, além de realizar avaliações, atendimentos e efetivação de PTS em conjunto, recomendando que 10% da carga horária dos profissionais seja utilizada para isso (São Paulo (Município), 2016a).

Sendo assim, para além da importância enquanto articulação da rede das reuniões de matriciamento do CEFAI e fóruns de reabilitação, a estratégia do apoio matricial deve ser aprimorada para que o CER se estabeleça de fato como um serviço de referência, não só para as pessoas atendidas, 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.

A discussão sobre os resultados referentes **ao trabalho em equipe interprofissional**, baseia-se na descrição de Peduzzi et al. (2009b) para avaliar o exercício desta ferramenta no CER estudado como adequada e de boa qualidade. Ficaram evidenciados nas relações estabelecidas, nos atendimentos compartilhados e reuniões, tanto a cooperação, como horizontalidade nas relações, divisão de responsabilidades e reconhecimento e respeito ao papel e especificidade de cada um. Peduzzi et al. (2009b) indicam o trabalho em equipe interprofissional como uma estratégia para a integração das especialidades e dos profissionais, pautada em relações de colaboração que possibilitam a articulação das ações e o desenvolvimento de uma atenção integral à pessoa atendida, definindo como adequadas aquelas equipes que consigam estabelecer:

comunicação e colaboração entre profissionais, definição de objetivos comuns, construção de um projeto assistencial comum, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade e accountability, que se refere à prestação de contas pelos resultados produzidos; reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, complementaridade e interdependência das ações, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, horizontalização das relações de poder e atenção centrada no paciente/usuário. (Peduzzi et al., 2009b, p. 173).

No entanto, é um problema a não participação dos profissionais médicos nas reuniões de equipe, avaliações multidisciplinares e em outras atividades compartilhadas. Segundo os

relatos nas entrevistas e discussão em grupo, estes profissionais são procurados pelos demais da equipe em momentos pontuais, para discussão de caso ou solicitação de avaliação compartilhada, mas não há uma participação estabelecida. No que tange a esta questão, considerando as ações e características apresentadas por Peduzzi et al. (2009b), é possível concluir que os profissionais médicos não estão compondo efetivamente as equipes, já que não participam dos momentos de tomadas de decisão, de compartilhamento de saber e da construção de projeto terapêuticos. Nos documentos norteadores não há diferenciação quanto a participação dos médicos nas atividades da equipe interprofissional, mas aparentemente esta é uma mudança ainda não alcançada pelo serviço estudado.

As entrevistadas apresentaram outra problemática, também relacionada à complexidade e multiplicidade das atividades realizadas e da organização dos processos de trabalho, que é a integração das equipes de reabilitação auditiva com as equipes de reabilitação física e de intervenção oportuna.

Peduzzi et al. (2009b) indicam que as divergências quanto à abordagem eleita para os cuidados às pessoas atendidas, a indefinição dos resultados comuns a serem alcançados e a ausência de consenso quanto ao projeto assistencial são entraves para o bom funcionamento da equipe. Nesse sentido, embora os documentos norteadores apontem para a importância da integração de diferentes tipos de deficiência em um mesmo serviço, e a necessidade de práticas transversais a elas, os próprios profissionais tratam das abordagens das diferentes demandas de reabilitação de maneira muito específica e cindida das diretrizes principais da atenção. Esses conflitos já presentes desde os elementos norteadores para o processo de trabalho, podem influenciar na dificuldade da interação das diferentes equipes de reabilitação no cotidiano do trabalho, reforçando a necessidade de aprofundar estudos nas especificidades do trabalho do CER e o fortalecimento das ações em educação permanente nesse sentido.

Outra linha de reflexão sobre essa problemática é a compreensão de que a equipe específica de reabilitação auditiva não é interprofissional, já que efetivamente conta com duas fonoaudiólogas e um otorrinolaringologista, que como já foi discutido, não compõe de fato a equipe interprofissional. Os documentos norteadores indicam a composição da equipe do CER como um todo, sem distinção de atuação específica em reabilitação física ou auditiva, mas sugerem a participação de psicólogo e assistente social (opcional) nas ações em ambas. Por outro lado, como já foi discutido anteriormente, quando estes mesmos documentos aprofundam nas ações para a reabilitação auditiva, abordam só os aspectos muito particulares de atuação de

fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas, sem indicação de como outros profissionais podem compor ações mais integradas.

Nesse sentido, Viana et al. (2014) apresentam uma avaliação de serviço de reabilitação auditiva e indicam que, apesar de ser composto por uma variedade de profissionais, a atuação entre eles de forma integrada é incipiente, pois o foco das ações recai sobre a ênfase no oferecimento de aparelhos auditivos. As autoras ainda indicam a ausência de intérpretes em libras e a falta de formação para os profissionais não fonoaudiólogos, tanto nesta língua quanto para a atuação em demandas das pessoas com a deficiência auditiva. Esse é um aspecto que as fonoaudiólogas da reabilitação auditiva do CER estudado também problematizam, indicando que estão sozinhas em relação aos outros profissionais na prática em reabilitação auditiva.

Por fim, Peduzzi et al. (2009b) indicam alguns aspectos decisivos para a constituição de um bom trabalho em equipe interprofissional, demonstrando a importância do interesse e empenho dos níveis gerenciais para indicarem e viabilizarem as práticas interprofissionais e a formação, ou educação permanente, para os profissionais focados na preparação e estímulo para desenvolver esse tipo de trabalho. Nesse sentido, é possível atribuir a esses aspectos tanto as questões positivas quanto negativas pontuadas nos resultados, já que foram relatados esforços importantes em todos os níveis gerenciais para o desenvolvimento de ações interprofissionais no serviço, inclusive em ações de educação permanente, mas a participação dos profissionais médicos nas equipes, bem como a integração dos demais técnicos do serviço para as atividades oferecidas em reabilitação auditiva não foram elencados como prioridades nessas atividades.

O APD, é uma estratégia que foi citada nas entrevistas como inovadora e estabelecida sob os fundamentos da integralidade e clínica ampliada. Como já foi apresentado, o APD é um programa, por enquanto específico no município de São Paulo, criado em 2010 com objetivo de aprimorar a atenção à saúde das pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social e suas famílias. A equipe, composta por além de técnicos em reabilitação, por acompanhantes de saúde da pessoa com deficiência de nível técnico, que desenvolvem ações que visam a manutenção e fortalecimento dos vínculos territoriais e familiares, o aprimoramento do cuidado, a prevenção de agravos, o desenvolvimento de potencialidade, autonomia, cidadania e protagonismo dos sujeitos e que evitem o abrigo/internação (São Paulo (Município), 2016b).

O presente estudo não se aprofundou nos processos de trabalho da estratégia do APD, uma vez que o CER estudado não conta com essa equipe, mas, alguns autores apontam para o êxito dessa experiência. Brunetti e Avelar (2016) realizaram um estudo sobre a percepção dos familiares de pessoas atendidas sobre a estratégia e afirmam que os discursos apontam que o

APD atua como um importante apoio para esses familiares e como articulador entre estes e as pessoas com deficiência intelectual e o território onde vivem e circulam, fortalecendo autonomia e independência. As autoras indicam ainda que os processos terapêuticos possibilitam uma ruptura do estigma da pessoa com deficiência intelectual e o exercício de cidadania.

Almeida et al (2016) também avaliam em relato da experiência do APD na cidade de São Paulo que a estratégia contribui com o trabalho da RCPcD e propicia a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, por meio do desenvolvimento do protagonismo, exercício da cidadania e a equiparação de oportunidade. Eles também identificam que o APD mobiliza parcerias e mudanças no território e que contribui para quebra de paradigmas, pois promovem vivência e reflexões com os diversos atores nas experiências de inclusão e autonomia das pessoas atendidas. Mas, a despeito de toda a potência dessa estratégia, ela recebe pouco investimento no sentido de ampliação e crescimento, visto que ainda é restrita apenas à deficiência intelectual e não está presente em todos os CERs, nem territórios do município.

### **5.2.2 Ações baseadas no indivíduo e ações coletivas**

As ações de manutenção e ganho de funcionalidade, assim como a dispensação de OPMs, compõem o rol de técnicas tradicionais que são importantes em um processo de reabilitação e podem apoiar o objetivo de maior participação e autonomia das pessoas com deficiência na vida social. No entanto, o apontamento destas como as ações prioritárias, e a restrita proposição de ações, de fato diversificadas e inovadoras, ainda evidenciam a hegemonia da concepção biomédica de deficiência e de modelo de reabilitação, o, que ainda precisa ser superado.

Existem atividades como grupos, o matriciamento, a reunião com o CEFAI, que ampliam as práticas tradicionais de reabilitação; também é verdade que os profissionais estabeleçam um olhar ampliado para compreender o contexto e as demandas dos usuários, bem como uma escuta cuidadosa para os sofrimentos e dificuldades apresentadas devido à deficiência. Porém, em todas essas atividades, as intervenções continuam pautadas em ações individuais sobre aqueles sujeitos, não observando ações coletivas, de reconhecimento das

características comuns às pessoas com deficiência do território e atendidas no serviço, e o investimento em reflexões e proposições para mudanças que atuem de fato na sociedade e não apenas sob a realidade de cada um. Da mesma forma, as famílias têm maior participação no processo terapêutico, mas a função delas é somente explicar o contexto e seguir as orientações realizadas pelos profissionais. Para confrontar a concepção social de deficiência, o serviço deveria estar mais sintonizado com a sociedade e menos com indivíduos, como se apresenta.

Pereira SO (2009) trata sobre esse aspecto comparando o que ela chama de ação possível e ação necessária, já que, em sua pesquisa, observa também esse conflito entre processos de trabalho cujo objeto de ação de reabilitação é o indivíduo, quando deveria extrapolá-lo para processos externos ao serviço. A autora afirma que as estratégias para garantir as ações necessárias, que implicam em abordagens efetivas sobre o contexto, estariam sistematicamente bloqueadas por limites de ordem operacional ou jurídica do serviço, fortalecendo apenas as ações já reconhecidas como possíveis, ou seja, aquelas sobre os indivíduos.

Portanto, a priorização do desenvolvimento da ação nomeada pela autora como necessária, requer um afastamento efetivo das práticas tradicionais de reabilitação para a execução de outra abordagem, que ainda não está completamente estabelecida e que deve ser construída por cada equipe, com articulação das redes de saúde e intersetoriais, bem como com a participação dos usuários e movimentos sociais de pessoas com deficiência a partir da realidade do território (Pereira, 2009b).

As críticas apontadas e a necessidade de transformações no paradigma biomédico em relação ao processo saúde-doença e aos modelos assistenciais no geral, e à compreensão da deficiência e as propostas de reabilitação são próximas, mas não são equivalentes. Há especificidades no debate da atenção e reabilitação da pessoa com deficiência, que precisam ser enxergados mais profundamente, para uma verdadeira transformação dos processos de reabilitação.

Nesse sentido, Rocha (2006) avalia que há, no SUS, uma tentativa de construir uma nova linguagem de reabilitação, mas que a preocupação das experiências públicas tende a concentrar-se mais na implantação de serviços, do que em discutir as concepções que embasam os modelos assistenciais e criar propostas de ações inovadoras nesse sentido.

A reabilitação, nessa perspectiva, conclama a uma postura ética, ao debate conceitual e ao conhecimento e aprofundamento da reflexão sobre os modelos de compreensão da deficiência e reabilitação, porque, em um sentido amplo, a participação e inclusão social precisam ser tomadas pelos profissionais e pela população como valor ético e político nas ações propostas e oferecidas para as pessoas com deficiência (Rocha, 2006; Santos, 2017).

Para que a RCPcD e os CERs contribuam de fato com a concretização de uma sociedade inclusiva é necessário que estabeleçam ações de normatização, não mais da pessoa com deficiência, mas da coletividade, em que todos devem estar adaptados ao convívio das diferenças, preparados para elas e aceitando-as como possibilidades de existência (Rocha, 2006).

Para isso, Rocha (2006) indica que se entenda a constituição dos mecanismos de exclusão e articule seu desmonte por meio de ações coletivas e compartilhadas; que se compreenda a reabilitação como estratégia de solução de problemas vividos em uma comunidade, sendo, portanto, espaço de intervenção; que se compreenda a reabilitação não como atribuição exclusiva dos profissionais, mas de responsabilidade do coletivo; e que se estabeleça ações de controle epidemiológico e de vigilância sanitária no campo das deficiências e incapacidades, e ensaios em torno de novos conceitos de avaliação e desligamento, bem como de metas de intervenção e avaliação de serviços deslocados de abordagens exclusivamente médicas.

Godoy (2014) apresenta uma discussão a respeito das práticas de terapeutas ocupacionais a partir da fundamentação teórica em saúde coletiva. Embora o campo de pesquisa da autora tenha sido um equipamento de saúde mental, ela apresenta aspectos que contribuem para a construção de ações que mudem efetivamente as problemáticas ao nível social da reabilitação de pessoas com deficiência. Ela indica que, as finalidades da prática em saúde coletiva são assegurar direitos sociais e possibilitar a emancipação das pessoas atendidas, e que o trabalho em saúde nessa perspectiva é compreendido como prática social, que deve estar articulada a outras práticas sociais e instaurar necessidades ampliadas a partir do conhecimento dos processos sociais que determinam o processo saúde-doença. Para isso, sugere intervenções que extrapolem as relações internas à instituição, com foco na mobilização dos sujeitos na busca e acesso a direitos sociais, considerando que:

A participação que leva ao acesso a direitos, entretanto, pode produzir em seus agentes reflexões e questionamentos sobre os ordenamentos não só de suas vidas, mas da sociedade, assumindo posição menos capturada pelas necessidades de reprodução social, abrindo possibilidade de, além do acesso aos direitos, interferir no projeto da sociedade que participa (Godoy, 2014, p. 183).

### 5.2.3 Mudança de paradigma

Ficou evidente no desenvolvimento deste estudo que a concepção médica de compreensão da deficiência e o modelo biomédico de reabilitação exercem ainda, mesmo com o empenho de movimentos que procurem superar sua hegemonia, fortes influências nas práticas de saúde e reabilitação das pessoas nessas condições, ainda nos dias atuais, e mesmo dentre os serviços de saúde pública, que tendem a repetir as ações dos serviços particulares e filantrópicos.

Para a superação deste modelo de reabilitação, instituindo ações de fato coletivas nos serviços, os responsáveis pela atenção às pessoas com deficiência e reabilitação, devem aprimorar o processo de trabalho fundado na integralidade, na clínica ampliada, no apoio matricial e na afirmação das pessoas com deficiência como sujeito de direitos, o que requer um importante investimento dos atores envolvidos na implantação das Políticas Públicas, tanto em nível gerencial, quanto em nível profissional e de representantes de movimentos sociais.

Nesse sentido, Pereira SO (2009) aponta para a necessidade de apoio forte em nível gerencial e para a participação efetiva dos usuários e movimentos sociais de pessoas com deficiência. Em relação a esses aspectos, foi possível observar, no contexto histórico e do funcionamento do CER estudado, um envolvimento dos usuários e movimentos sociais incipiente, mais forte no momento da implantação e focado mais nos aspectos estruturais do serviço do que nos seus processos de trabalho e menos em possibilidades de atuações conjuntas em prol de transformações em processos sociais.

O apoio da gestão, embora preocupado com a articulação da RCPcD e no estabelecimento de uma atenção mais integral à pessoa com deficiência, esteve focado também no aprimoramento de ações técnicas tradicionais e centradas no sujeito e pouco demonstrou articulação para ações coletivas. Além disso, para estimular e possibilitar que os profissionais exerçam um trabalho de atenção à pessoa com deficiência e reabilitação integral, articulado com a rede de saúde e intersetorial e que promova mudanças sociais para a inclusão e participação dessas pessoas, é necessário que haja a construção de indicadores abrangentes, a partir do estudo das realidades locais, bem como de instrumentos de avaliação e monitoramento desse trabalho. Atualmente esses instrumentos são principalmente os registros de procedimentos técnicos e tradicionais e o levantamento números de atendimento e dispensação de OPMs.

É também essencial estimular a participação das pessoas com deficiência não apenas nos seus processos individuais de reabilitação, mas também no envolvimento nas discussões sobre as práticas de reabilitação e modelos de atenção atuais, além de em ações compartilhadas com os serviços para mudanças do funcionamento social que perpetua estigmas e exclusão. Nesse sentido, a antiga batalha das pessoas e movimentos de pessoas com deficiência para que possam ser protagonistas das decisões e de ações sobre os interesses e debates que dizem respeito sobre o grupo (Verdugo, 2003; Rocha, 2006; Diniz, 2007) permanece, uma vez que sua participação nos processos de tomada de decisão do serviço, bem como nos debates realizados nos espaços da RCPcD ainda é incipiente. Uma sugestão é a participação de usuários e representantes de movimentos sociais nos fóruns de reabilitação, por exemplo.

Finalmente outro aspecto essencial para a mudança do paradigma defendido nesse estudo é o investimento em formação de profissionais mais preparados para trabalhar a partir da perspectiva de compreensão da deficiência como condição social e relacional. Ceccim e Carvalho (2006) indicam que a formação de profissionais da saúde é pautada em paradigmas biologicista e de superespecialização, com foco na doença e em práticas uniprofissionais, na centralidade do hospital como espaço prioritário de prática profissional e espaços de aprendizagem e apontam para a necessidade e proposições para a superação dessa problemática. Já Alves (2014) complementa que se por um lado existe a necessidade de mudança na formação profissional, há também a necessidade dos serviços prepararem os trabalhadores para lógica de organização do trabalho e sensibilizá-los quanto às políticas institucionais e locais, afirmando que “para a reorientação do modelo assistencial, é imprescindível o alinhamento dos conceitos fundamentais para os profissionais da área de reabilitação, além do desenvolvimento de novas habilidades proporcionadas pela educação permanente” (p. 36).

Peduzzi et al. (2009a) afirmam que a Educação Permanente é a aprendizagem envolvida no processo de trabalho, de natureza participativa e multiprofissional, que acontece no cotidiano das pessoas e organizações a partir de problemáticas reais, das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, e que possa transformar a prática. As autoras complementam que é necessário atentar para que as ações de capacitação no trabalho não reproduzam a tecnicidade e a normatividade do trabalho, mas se configurem como oportunidades de reflexões e aprimoramento dos processos de trabalho, “de modo que os trabalhadores da saúde possam reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades de saúde dos usuários e da população, buscando assegurar direitos e qualidade na prestação de serviço, na perspectiva do fortalecimento do SUS” (p. 123).

Durante as entrevistas as profissionais da gestão relatam conhecer e concordar com a necessidade e importância da educação permanente para aprimorar a atenção à saúde das pessoas com deficiência e reabilitação, no entanto os conteúdos trabalhados em educação permanente elencados foram também majoritariamente voltados às técnicas tradicionais. Os estudos apresentados confirmam que é extremamente necessário ampliar também o conteúdo da formação dos profissionais, possibilitando a eles aprofundarem-se sobre os pilares que sustentam suas práticas, demonstrando a necessidade de ampliação destas para uma atuação no campo da saúde e inclusão das pessoas com deficiência que proporcione não só uma atenção focada na normalização do indivíduo, mas em uma sociedade mais preparada para lidar com a diversidade e de fato inclusiva. Os fóruns locais de reabilitação podem ser um bom espaço para isso como indica Guardia (2019), mas também é necessário que esse tema tome sua importância nas ações de educação permanente da SMS.

Nessa perspectiva, em uma avaliação do processo da pesquisa, os participantes do grupo de discussão afirmaram que este estudo foi muito importante para eles, pois tiveram a oportunidade de refletir sobre as suas ações para aprimorá-las e relataram interesse em mais momentos como esse.

O produto desse mestrado profissional, apresentado no apêndice F, é a estruturação de uma oficina para profissionais de reabilitação, especialmente atuantes no SUS, que propõe a reflexão quanto às práticas de atenção e reabilitação oferecidas as pessoas com deficiência e o desenvolvimento de ações que promovam a participação e inclusão social dessas pessoas, para além do apoio ao indivíduo com foco transformações no funcionamento social. Essa oficina contará com a sensibilização e contextualização para as perspectivas de compreensão da deficiência, modelos de atenção em saúde e modelo de reabilitação, espaço para a participação e trocas entre os profissionais sobre as atividades que desenvolvem em seus espaços de trabalho e a construção de uma atividade de ação coletiva que possa ser desenvolvida dentro da realidade dos seus serviços.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou grande parte de seus objetivos. Foi possível aprofundar o conhecimento dos documentos, da legislação e dos norteadores da RCPcD e do CER e enxergar suas contradições a respeito da compreensão de deficiência e modelos de reabilitação. Estes documentos apresentam diretrizes e considerações iniciais que indicam para uma abordagem social da compreensão da deficiência, mas não se aprofundam em como desenvolver ações que sigam essa compreensão, em alguns momentos, pelo contrário sugerem ações associadas ao paradigma médico de compreensão e de modelo de reabilitação, especialmente os de nível federal.

Foi também possível conhecer o histórico do processo de implantação da RCPcD e do CER na cidade de São Paulo como um todo, mas mais especificamente na microrregião estudada, compreendendo um momento inicial de grandes esforços e um rico processo de construção e articulação entre diversos setores da SMS, tanto em nível central quando descentralizadas para esse fim, que não se sustentou posteriormente.

Em relação ao cotidiano, processos de trabalho e atividades desenvolvidas no CER estudado, foi marcante a complexidade e multiplicidade de demandas e atividades desenvolvidas e a necessidade das profissionais e equipes transitarem entre ações específicas para acompanhamento de pessoas com diferentes tipos de deficiência, ou ciclo de vida para aquelas ações comuns enquanto equipe, e transversais enquanto a condição de pessoas com deficiência, sem distinção da modalidade.

Além disso, ficou evidente que até o momento os investimentos principais no sentido de aprimorar as práticas em reabilitação, tanto na RCPcD da cidade quanto no CER estudado, foram para articulação da rede entre os serviços de saúde, estabelecimento de fluxos, o aprimoramento de técnicas tradicionais de reabilitação, como a concessão de OPMs e AASI e para o trabalho pautado em equipes interprofissionais, com olhar ampliado para o usuário e sua família em seus contextos e território. Esses investimentos resultaram em avanços em práticas de qualidade no que tange a atenção ao indivíduo contextualizado em sua família e território, mas foram incipientes para a construção de práticas que ampliem e superem ações focadas no sujeito e suas limitações para as transformações sociais necessárias para maior participação e inclusão efetiva das pessoas com deficiência.

A educação permanente se estabeleceu como uma importante possibilidade de aprimoramento e transformação das práticas, no sentido de superação do modelo biomédico de reabilitação. No entanto, os relatos das participantes indicaram que a maior parte de atividades

de formação dos profissionais foi pautada em técnicas tradicionais e focadas em superação de limitações individuais das pessoas acompanhadas. É necessário que sejam abordados também outros conteúdos, especialmente que questionem práticas já estabelecidas e que possibilitem o compartilhamento e a construção de outras que representem a mudança desejada. O produto deste mestrado profissional é uma oficina de sensibilização para diferentes abordagens de compreensão da deficiência e de modelos de atenção e reabilitação, trocas de experiências e criação de propostas de ações em reabilitação ampliadas para mudanças sociais.

Foi um grande desafio e cuidado no processo da pesquisa realizar as coletas de dados nas entrevistas e no campo de maneira que causasse o mínimo de desconforto possível, assim como articular os resultados e discussão de forma que não desqualificasse o empenho das participantes na construção de uma rede, serviço e ações para a oferta do cuidado qualificado e que demonstrasse toda a potencialidade do trabalho que já vem sendo desenvolvido, sem que deixasse de demonstrar aspectos que podem ser aperfeiçoados. Essa preocupação, para além de o respeito com as pessoas tão disponíveis que contribuíram para esse trabalho, se dá também pelo período vulnerável e de tensão que vivemos em relação à continuidade de serviços, políticas sociais e do SUS, para que os achados aqui apresentados não possam ser distorcidos de modo a justificar o desmonte da implantação e desenvolvimento de propostas de atenção, mas sejam aproveitados para reforçar a necessidade de ampliação e aprimoramento, com mais investimentos e atenção.

Em relação aos limites da pesquisa, é importante considerar que o campo de estudo foi restrito à um único CER, com características próprias, entre elas a administração direta e a não habilitação do MS. É importante que outros CERs também sejam estudados para compor as informações e discussão aqui apresentadas.

É necessário ampliar as pesquisas no campo dos processos de trabalho de reabilitação na perspectiva do SUS. Alguns dos temas que se sugere maior aprofundamento, dentre os levantados por esse estudo, são: o desenvolvimento concreto da integração entre profissionais, equipes e práticas das diferentes modalidades de reabilitação, as práticas em reabilitação voltadas para mudanças sociais, os processos de alta no CER, o fortalecimento dos processos de reabilitação também na atenção básica e os processos e atividades em educação permanente na RCPeD.

## REFERÊNCIAS<sup>3</sup>

Almeida MC. Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2000.

Almeida MC, Campos, GWS. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo*. 2002;13(3):118-26.

Almeida SMVT et al. Acompanhante de saúde da pessoa com deficiência - APD: estratégia diferenciada de cuidado dos centros especializados em reabilitação/CER de São Paulo. *Anais XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo* [Internet]. 2016 [Citado em 27 jan. 2020] Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-12015>

Alves MA. Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; 2014.

Alves MA, et al. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioter Pesq*. 2016;23(2):185-92. doi: 10.1590/1809-2950/14945923022016.

Amaral FLJS, et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 jul;17(7):1833-40.

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: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2019.

Berach FR. Rede viva: a realidade da rede de atenção à reabilitação na região do Butantã, São Paulo-SP [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018.

Bernardes LCG, et al. Pessoas com deficiência e políticas públicas no Brasil: Reflexões bioéticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 jan-fev;14(1):31-8.

Brasil. Casa Civil. Lei n. 7853 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 República Federativa do Brasil*, Brasília (1989 out. 24).

Brasil. Casa Civil. Decreto n. 3289 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa

---

<sup>3</sup> De acordo com estilo Vancouver.

Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (1999 dez. 20).

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 [Internet]. Brasília (DF); 2009a. [citado 14 dez. 2019]. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/-ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/-ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm).

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Anais da 1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 12 a 15 maio; Brasília. Brasília (DF): CONADE; 2006a.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Anais da 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2008; Brasília. Brasília (DF): CONADE; 2008a.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Anais da 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2012; Brasília. Brasília (DF): CONADE; 2012a.

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Anais da 4ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2016; Brasília. Brasília (DF): CONADE; 2016.

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 (2011 nov. 17).

Brasil. Ministério da Saúde. Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2014a.

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual [internet]. Brasília (DF): Centro especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas; 2014b. [citado 19 jan. 2018]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Instrutivo-Reabilitacao-Rede-PCD-SAIPS-01-06-14-FT.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008b.

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília (DF): Secretaria de Assistência à saúde, Coordenação de Atenção à Grupos Especiais; 1993.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; 2012b.

Brasil. Secretaria-Geral. Lei n. 13146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (2015 jul. 6).

Brunerri EC, Avelar MCW. O atendimento no “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência”: percepção dos familiares. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2016;61:111-6.

Caldeira VA. Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2009.

Campos GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 53–60.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e Ampliada. In: Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

Campos MF, et al. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52): 207-10. doi: 10.1590/1807-5762.2014.0078.

Cavalcante FG, Goldson E. Avanços na implantação de políticas e ações no campo da deficiência e da saúde mental. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):4-5.

Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006.

Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014. p.295–316.

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

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

Faria N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectiva. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.

Fernandes FMB. Considerações metodológicas sobre a técnica da observação participante. In: Mattos RA, Baptista TEF, organizadores. Caminhos para análise de políticas de saúde. Porto Alegre: Rene Unida; 2015 p. 487-506.

Fraga MNO, Sousa AF. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [citado 20 nov. 2019];11(2):418-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a25.htm>.

França ISX, et al. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):112-6.

França ISX et al. Aplicação da bioética principialista às políticas públicas para pessoas com deficiência: revisão sistemática. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2010; [citado em 27 jan.2020] 9 (1) Disponível em:[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2893/html\\_119](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2893/html_119)

Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003

Ghirardi MIG. Representações da deficiência e práticas de reabilitação: uma análise do discurso técnico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Instituto de Psicologia; 1999.

Godoy A. As práticas de terapia ocupacional em CAPS AD [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014.

Gomes R. Análise e interpretação de dados da pesquisa qualitativa In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 78–108.

Guardia RPS. O cuidado em Rede no Fórum de Reabilitação da Freguesia do Ó e Brasilândia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2019.

Lima MLC, et al. Análise diagnóstica dos serviços de reabilitação que assistem vítimas de acidentes e violências em Recife. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(5):1817-24.

Machado CAM, et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. Texto contexto – enferm. 2018;27(3):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.

Maia ER, et al. Arcabouço legal para ações de saúde junto à pessoa com deficiência no sistema único de saúde. Rev Enferm UFPE Online. 2011;5(4):1007-16. doi: 10.5205/reuol.1302-9310-1-LE.0504201121.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. p. 43 - 68

Mendes EV. A Atenção Primária Nas Redes De Atenção À Saúde – As Redes de Atenção à Saúde In: Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília:CONASS, 2015.

Merhy EE. Modelo de atenção à saúde como contrato social [internet]. 11ª Conferência Nacional de Saúde; 2000; Brasília. Brasília (DF); 2000. [citado 27 dez. 2017]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>.

Merhy EE, et al. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, organizador. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 mar;17(3):621-6.

Minayo MCS. Trabalho de campo: contexto de observação interação e descoberta. In: Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 61–77.

Munguba MCS, et al. Da invisibilidade à participação social: promoção da saúde em pessoas com deficiência. Rev Bras Promoção Saúde. 2015 ou-dez;28(4):463-6. doi: 10.5020/18061230.2015.p463.

Nallin A. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos – análise de representação do discurso. Brasília (DF): CORDE; 1994.

Nogueira GC, et al. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre interações e gestos. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(10):3131-42. doi: 10.1590/1413-812320152110.17622016.

Oliver FC. Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo (1989-1995) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1998.

Oliver FC, Almeida MC. Reabilitação baseada na comunicação. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 125-132.

Oliver FC, et al. Reabilitação baseada na comunidade: discutindo estratégia de ação no contexto sociocultural. Rev Terap Ocup Univ São Paulo. 1999;10(3):1-10.

Oliver FC, et al. Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. Rev Terap Ocup Univ São Paulo. 2001;12(1/3):15-22.

Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Petropolis: Vozes; 2007

Organização Mundial da Saúde. Reabilitação baseada na comunidade: diretrizes RBC. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2010.

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência; 2011.

Othero MB. Atenção à saúde da pessoa com deficiência: necessidades sob a perspectiva dos sujeitos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.

Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface (Botucatu). 2009a jul-set;13(30):121-34.

Peduzzi M, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2009b. p. 171-178

Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Phys: Rev Saúde Coletiva. 2016;26(3):1033-51. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/10103-7331201600300016>.

Pereira R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. Rev História Ciênc Saúde. 2009;16(3):715-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597002009000300009>.

Pereira SO. Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: Elementos para um debate sobre integralidade [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2009.

Peixoto MVS, et al. Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. Interface (Botucatu) 2018;22(67):1099-10. doi: 10.1590/1807-57622017.0230.

Ribeiro CTM, et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. Rev Panam Salud Publ. 2010;28(1):43-8.

Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca; 2006.

Rodes CH, et al. O acesso e o fazer da reabilitação na atenção primária à saúde. Fisioter Pesq. 2017 já-mar;24(1):74-82. doi: 10.1590/1809-2950/16786424012017.

Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017.

São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Plano de ação da RRAS-06 [internet]. São Paulo; 2013. [citado 2 fev. 2018]. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PlanodeacaoRedePessoacomDeficiencia.pdf>

São Paulo (Município). Coordenação de Epidemiologia e Informação. N° de Estabelecimentos/Serviços próprios da SMS por Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica [Internet]. São Paulo; 2019. [citado 05 jan. 2020]. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/TabelaEstabServCRSSTS.pdf>.

São Paulo (Município). Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência [Internet]. São Paulo; 2016a [citado 02 fev. 2018].

Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCNorteador2015FinalINTERNET18112016>.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Saúde em dados: município de São Paulo. Boletim CEInfo [Internet]. 2019 [citado 10 jan. 2020];28(18):24p. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Dados\\_2019.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2019.pdf)

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Deficiência na cidade de São Paulo. Boletim ISA Capital [Internet]. 2018 [citado 20 dez. 2019];(16):38p. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA\\_2015\\_PcD.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_PcD.pdf)

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010 nº4, novembro 2012. [Internet]. 2012 [citado em 27 jan. 2020]. Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim\\_CEInfo\\_Censo\\_04.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Censo_04.pdf)

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais na área da saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência [Internet] 2011 [citado em 27 jan. 2020]. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/COT-2011.pdf>

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia acompanhante da pessoa com deficiência: documento Norteador [Internet]. São Paulo; 2016b. [citado 2 jan. 2020].

Disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/APD\\_DOCUMENTO\\_NORTEADOR\\_25\\_03\\_2019.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/APD_DOCUMENTO_NORTEADOR_25_03_2019.pdf)

Sasaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 7ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2006.

Sá-Silva JR, et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras História Ciênc Soc.* 2009;1(1):1-15.

Silva RA, et al. Políticas públicas para inclusão social na deficiência: Revisão sistemática. *Av Enferm.* 2012;30(2):13-24.

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.

Soares LBT. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho.* São Paulo: Hucitec; 1991.

Tomaz RVV, et al. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(1):155-72. doi: 10.1590/1413-81232015211.19402014.

Viana, ALA, Baptista TWF. Análise de políticas de Saúde. In: Giovanella L, organizador. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 65-105.

Vianna NG, et al. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(7):2179-88. doi: 10.1590/1413-81232014197.09392013.

Verdugo MA. La Concepción de discapacidad em los modelos sociales [Internet]. *Libro de Actas da 5ª Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas com Discapacidad; 20 a 22 mar. 2003; Salamanca.* Salamanca: Amarú; 2003 [citado 31 jan. 2018]. Disponível em: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/7103/8-11/la-concepcion-de-discapacidad-en-los-modelos-sociales.aspx> .pdf

Vieira ACVC. Políticas de saúde para pessoas com deficiência no sistema único de saúde: uma abordagem discursiva [tese] Fortaleza: Universidade Federal de Fortaleza; 2017.

Vieira GI, et al. Saúde auditiva no Brasil: análise quantitativa do período de vigência da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Rev Distúrbios Comunic [Internet].* 2015 [citado 15 abr. 2019];27(4):725-40. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/23915>

APÊNDICE A - Quadros de estudo da pesquisa documental

**Portaria de Consolidação n. 3 – Anexo VI (Brasil, 2017) – Por Temas**

Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Acesso e Processo de tomadas de decisões terapêuticas.

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoção de equidade;</li> <li>- Garantia de acesso e qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multidisciplinar, sob a lógica interdisciplinar;</li> <li>- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento à pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS;</li> <li>- Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;</li> <li>- Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione segundo base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, severa e em regime de tratamento intensivo;</li> <li>- 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;</li> <li>- O CER contará com transporte sanitário para as pessoas que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos;</li> <li>- Os CEOS deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;</li> <li>- Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;</li> <li>- Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação e anestesia geral, adequando centros cirúrgicos para esse fim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar os casos que poderão e deverão ser beneficiados com procedimentos de implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso a partir dos critérios detalhadamente descritos no anexo 4</li> <li>- Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada à pessoas com Deficiência Auditiva no SUS</li> </ul>

Fonte: a autora

Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Abordagens de cuidado à saúde e reabilitação.

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
<p>- Diversificação de estratégias de cuidado;</p> <p>- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;</p> <p>- Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade as pessoa com deficiência para fazerem as próprias escolhas;</p> <p>- Promoção de respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;</p>	<p>- Promover cuidados em saúde especialmente nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;</p> <p>- Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós natal, infância, adolescência e vida adulta;</p> <p>- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária em articulação com órgãos de assistência social;</p> <p>- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais.</p>	<p>- Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;</p> <p>- Acompanhamento de recém-nascidos de alto risco até dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;</p> <p>- Educação em saúde, com foco em prevenção de acidentes e quedas;</p> <p>- Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência.</p>	<p>- Melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção pela 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.</p>	<p>- Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência.</p>	<p>-Responsabilizar-se pela promoção e prevenção das afecções otológicas e déficit auditivo</p> <p>-Realizar diagnóstico e tratamentos clínico e cirúrgico destinados ao atendimento de pacientes com doenças otológicas e déficit auditivo, complementando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• atendimento ambulatorial e hospitalar de otorrinolaringologia,</li> <li>• exames de diagnose e terapia em otologia e fonoaudiologia, conforme procedimentos constantes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS</li> <li>• salas de cirurgia exclusivas ou eletivas, com possibilidade de reserva programada e disponibilidade de salas para absorver as intercorrências cirúrgicas do pós-operatório</li> </ul> <p>- atendimento de urgência nos casos de alterações otológicas e déficit auditivo, que funcione 24 (vinte e quatro) horas por dia;</p>

continua

conclusão

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
Não foram observadas descrições de diretrizes referentes a este subgrupo.	Realizar o atendimento integral ao paciente que compreendem avaliação para diagnóstico, acompanhamento, reavaliação da perda auditiva, terapia fonoaudiológica, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e reposição de molde auricular e de AASI;	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.	- Reabilitação, suporte e acompanhamento por meio de procedimentos específicos que promovam a melhoria das condições físicas e psicológicas do paciente, no preparo pré-operatório e no seguimento pós-cirúrgico, a fim de restituir sua capacidade funcional. Segundo anexo 4 - Diretrizes Gerais para a Atenção Especializada à pessoas com Deficiência Auditiva no SUS, com descrição detalhada das ações: - Realizar avaliação para tratamento cirúrgico do implante coclear e prótese ancorada no osso; - Realizar Assistência pré e pós- operatória no tratamento cirúrgico de implante coclear e prótese ancorada no osso; - Realizar terapia fonoaudiológica em pessoas que passaram por tratamento cirúrgico de implante coclear e prótese ancorada no osso; - Realizar manutenção do implante coclear;
Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação articulada às ações do Centro Nacional em Tecnologia assistiva;	- Ampliar a oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.	- A oficina ortopédica contitui-se em um serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e deverá estar aticulada e vinculada à alguns estabelecimentos com serviços de reabilitação física; - Garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo uso seguro e eficiente	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.

Fonte: a autora

## Tema 2: Educação Permanente.

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
- Promoção de estratégias de educação permanente;	- Promover mecanismos de formação permanente para profissionais da saúde;	- Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;	- O CER poderá constituir rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação e ser polo de qualificação profissional no campo da reabilitação por meio da educação permanente;	- Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo;	- Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo;

Fonte: a autora

## Tema 3: Avaliação e monitoramento.

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
Não foram observadas descrições de diretrizes específicas referente a esse subgrupo	- Construir indicadores capazes de avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção em saúde;	- Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo;	- Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo;	- Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo;	- Os estabelecimentos de saúde habilitados estarão submetidos à regulação, controle e avaliação pelos respectivos gestores públicos de saúde. - O Ministério da Saúde, através do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas monitorará e avaliará periodicamente o atendimento contínuo dos serviços prestados para manutenção do repasse dos recursos financeiros ao ente federativo beneficiário - O estabelecimento de saúde que não cumprir as metas estabelecidas será notificado a respeito e poderá sofrer desabilitação

Fonte: a autora

Tema 4: Serviços de base territorial e integração entre rede regionalizada.

Diretrizes	Objetivos	Ações			
		Atenção Básica	Atenção Especializada (Regras de funcionamento)	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência	Atenção Especializada à pessoa com Deficiência Auditiva
<p>- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;</p> <p>- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir integralidade do cuidado.</p>	<p>- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco;</p> <p>- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede de cuidado à pessoa com deficiência.</p>	<p>- Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência.</p>	<p>- 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;</p> <p>- 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.</p>	<p>- Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação.</p>	<p>Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.</p>
<p>- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;</p> <p>- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir integralidade do cuidado.</p>	<p>- Promover ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.</p>	<p>- Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida das pessoas com deficiência;</p> <p>- Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência</p>	<p>- Articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;</p> <p>- 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.</p>	<p>Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.</p>	<p>Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este subgrupo.</p>

Fonte: a autora

## Instrutivos de reabilitação física, mental, auditiva e Visual - Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas (Brasil, 2014) – por deficiência

### 1. Deficiência auditiva

<b>Temas</b>	<b>Diretrizes/Prerrogativas</b>	<b>Ações Gerais</b>	<b>Ação específica</b>
Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar</li> <li>- Garantia de acesso a atenção à saúde em tempo adequado</li> <li>- Olhar ampliado para funcionalidade e fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais</li> <li>- Projetos Terapêuticos Singulares a partir das necessidades individuais de cada pessoa com deficiência</li> <li>- Qualidade de vida e maior grau de autonomia possível para a pessoa com deficiência</li> <li>- Trabalho com famílias</li> <li>- Participação efetiva dos usuários na construção de projetos terapêuticos, de vida e sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementar diretrizes e protocolos de atendimento</li> <li>Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos</li> <li>- Definir fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários</li> <li>- Criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação dos serviços oferecidos</li> <li>- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência</li> <li>- Reavaliação Periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo</li> <li>- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como inclusão escolar, social e/ou profissional</li> <li>- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades</li> <li>- Estimular precocemente permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento</li> <li>-Orientação aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar: diagnóstico, consultas e exames audiológicos, seleção, adaptação e concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI), terapia fonoaudiológica e acompanhamento periódico</li> <li>- Descrição mais aprofundada de critérios de avaliação diagnóstica, indicação de uso da AASI, da seleção do tipo de AASI e das etapas de prescrição concessão e avaliação</li> <li>- Descrição de estrutura física, equipamentos e materiais</li> <li>- Profissionais obrigatórios: médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e psicólogo</li> <li>- Profissionais opcionais: assistente social, musicoterapeuta, pedagogo e terapeuta ocupacional</li> </ul>
Avaliação e monitoramento	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Criar ou aprimorar sistema de avaliação dos serviços oferecidos	Não foram observadas descrições de ações específicas para esse tema.
Educação Permanente	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Participar ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva	- Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como realização de cursos de atualização na área específica de atuação
Serviços de base territorial e integração regionalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência</li> <li>- O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visando garantir a integralidade do cuidado</li> <li>- Buscar articulação com serviços de proteção social, esporte, cultura, entre outros, com o objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência</li> </ul>	Não foram observadas descrições de ações específicas para esse tema.

Fonte: a autora

## 2. Deficiência física

Temas	Diretrizes/Prerrogativas	Ações Gerais	Ação específica
Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso	<p>-Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar</p> <p>- Garantia de acesso a atenção à saúde em tempo adequado</p> <p>- Olhar ampliado para funcionalidade e fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais</p> <p>- Projetos Terapêuticos Singulares a partir das necessidades individuais de cada pessoa com deficiência</p> <p>- Qualidade de vida e maior grau de autonomia possível para a pessoa com deficiência</p> <p>- Trabalho com famílias</p> <p>- Participação efetiva dos usuários na construção de projetos terapêuticos, de vida e sociais</p>	<p>-Implementar diretrizes e protocolos de atendimento</p> <p>Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos</p> <p>- Definir fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários</p> <p>- Criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação dos serviços oferecidos</p> <p>- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência</p> <p>- Reavaliação Periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo</p> <p>- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como inclusão escolar, social e/ou profissional</p> <p>- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades</p> <p>- Estimular precocemente permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento</p> <p>-Orientação aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do trabalho</p>	<p>- Realizar diagnóstico considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação física das condições clínicas, anatomofisiológicas e funcionais (inclusive funções cardiopulmonares, sensibilidade e cognição)</li> <li>• Exames complementares</li> </ul> <p>- Tratamento: Pautado na individualidade do sujeito, com participação da família e clareza de informações. Inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concessão e adaptação de OPMs, prescritas de forma individualizada, com garantia de treino, orientações adaptações e substituições sempre que necessário</li> </ul> <p>- Realizar o atendimento à pessoa ostomizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento interdisciplinar</li> <li>• Orientação para autocuidado, higienização, prevenção de complicações</li> <li>• Fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança</li> </ul> <p>- Todo CER ou estabelecimento habilitado em reabilitação física deve contar com o apoio de uma Oficina Ortopédica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento para tomada de medidas, moldagem e provas</li> <li>• Orientação de pais, cuidadores e familiares sobre cuidado e manutenção</li> <li>• Apoio às equipes de reabilitação nos processos de dispensação, concessão, adaptação e manutenção de OPM</li> <li>• Participação em reuniões de equipe</li> </ul> <p>- Descrição de estrutura física, equipamentos e materiais do CER e da Oficina Ortopédica</p> <p>- Profissionais obrigatórios: Médico Ortopedista e Traumatologista, ou Neurologista ou Fisiatra, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional</p> <p>- Profissionais opcionais: Assistente Social, Técnico de Enfermagem, Musicoterapeuta, Pedagogo e Nutricionista</p>

continua

## conclusão

<b>Temas</b>	<b>Diretrizes/Prerrogativas</b>	<b>Ações Gerais</b>	<b>Ação específica</b>
Avaliação e monitoramento	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Criar ou aprimorar sistema de avaliação dos serviços oferecidos	Não foram observadas descrições de ações específicas para esse tema.
Educação Permanente	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Participar ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva	- Os profissionais das oficinas ortopédicas devem sempre que possível participar de estudos e pesquisa no campo da reabilitação e produção de tecnologias assistivas - Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como realização de cursos de atualização na área específica de atuação
Serviços de base territorial e integração regionalizada	- Estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência - O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência	- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visando garantir a integralidade do cuidado - Buscar articulação com serviços de proteção social, esporte, cultura, entre outros, com o objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência	- Realização de atendimentos escolares, com emissão de relatório sobre procedimentos após o término da reabilitação

Fonte: a autora

### 3. Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo

Temas	Diretrizes/Prerrogativas	Ações Gerais	Ação específica
Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso	<p>-Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar</p> <p>- Garantia de acesso a atenção à saúde em tempo adequado</p> <p>- Olhar ampliado para funcionalidade e fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais</p> <p>- Projetos Terapêuticos Singulares a partir das necessidades individuais de cada pessoa com deficiência</p> <p>- Qualidade de vida e maior grau de autonomia possível para a pessoa com deficiência</p> <p>- Trabalho com famílias</p> <p>- Participação efetiva dos usuários na construção de projetos terapêuticos, de vida e sociais</p>	<p>- Implementar diretrizes e protocolos de atendimento</p> <p>Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos</p> <p>- Definir fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários</p> <p>- Criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação dos serviços oferecidos</p> <p>- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência</p> <p>- Reavaliação Periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo</p> <p>- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como inclusão escolar, social e/ou profissional</p> <p>- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades</p> <p>- Estimular precocemente permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento</p> <p>-Orientação aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do trabalho</p>	<p>- Realizar avaliação com equipe multiprofissional com finalidade de estabelecer o impacto e repercussões no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade, servindo de base para a construção do PTS. Para avaliação diagnóstica deve haver a participação de um médico especialista</p> <p>- Atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, contando com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação precoce</li> <li>• Orientações à família</li> <li>• Orientações à escola</li> <li>• Habilitação/reabilitação de habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado (contêm sugestões de itens à serem trabalhados: desenvolvimento da memória, expressão corporal, estimulação de linguagem e recursos gráficos e multimídias)</li> </ul> <p>- Orientação pra uso de OPMs e outros recursos de tecnologia assistiva</p> <p>- Descrição de estrutura física, equipamentos e materiais</p> <p>- Profissionais obrigatórios: Médico Neurologista ou Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapia Ocupacional</p> <p>- Profissionais opcionais: Pedagogo, Assistente Social, Musicoterapeuta, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Nutricionista</p>
Avaliação e monitoramento	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Criar ou aprimorar sistema de avaliação dos serviços oferecidos	Não foram observadas descrições de ações específicas para esse tema.
Educação Permanente	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Participar ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva	- Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como realização de cursos de atualização na área específica de atuação

continua

conclusão

<b>Temas</b>	<b>Diretrizes/Prerrogativas</b>	<b>Ações Gerais</b>	<b>Ação específica</b>
Serviços de base territorial e integração regionalizada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência</li> <li>- O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visando garantir a integralidade do cuidado</li> <li>- Buscar articulação com serviços de proteção social, esporte, cultura, entre outros, com o objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação à escola como parte do atendimento/acompanhamento</li> </ul>

Fonte: a autora

#### 4. Deficiência Visual

Temas	Diretrizes/Prerrogativas	Ações Gerais	Ação específica
Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar</li> <li>- Garantia de acesso a atenção à saúde em tempo adequado</li> <li>- Olhar ampliado para funcionalidade e fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais</li> <li>- Projetos Terapêuticos Singulares a partir das necessidades individuais de cada pessoa com deficiência</li> <li>- Qualidade de vida e maior grau de autonomia possível para a pessoa com deficiência</li> <li>- Trabalho com famílias</li> <li>- Participação efetiva dos usuários na construção de projetos terapêuticos, de vida e sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Implementar diretrizes e protocolos de atendimento</li> <li>-Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos</li> <li>- Definir fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários</li> <li>- Criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação dos serviços oferecidos</li> <li>- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência</li> <li>- Reavaliação Periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo</li> <li>- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como inclusão escolar, social e/ou profissional</li> <li>- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades</li> <li>- Estimular precocemente permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento</li> <li>-Orientação aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrição de critérios de elegibilidade de atendimento em reabilitação/habilitação</li> <li>- Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforça os preceitos de integralidade, abordagem interdisciplinar, pautada em necessidades individuais</li> <li>• Avaliação oftalmológica especializada (descrição bastante completa da importância e objetivo da avaliação): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anamnese</li> <li>○ Exame oftalmológico</li> <li>○ Avaliação das funções visuais</li> <li>○ Realização de hipótese diagnóstica, conduta terapêutica e prescrições ópticas (descrição das possibilidades de auxílios ópticos e não-ópticos)</li> </ul> </li> <li>• Avaliação multiprofissional de deficiência visual: objetivo de compreender o impacto das repercussões da deficiência visual no desenvolvimento global do indivíduo e sua funcionalidade (sugere uso de protocolo) para elaboração de PTS</li> <li>• Atendimento e acompanhamento multiprofissional: desenvolvimento de habilidades para execução de AVD, estimulação precoce, orientações à família, orientação à escola</li> <li>• Orientação e treinamento para uso funcional do auxílio óptico (Longa descrição)</li> <li>• Intervenção Precoce</li> </ul> </li> <li>- Programa de orientação e mobilidade (descrição da atividade)</li> <li>- Descrição de estrutura física, equipamentos e materiais</li> <li>- Profissionais obrigatórios: Médico Oftalmologista, Psicólogo e Fisioterapeuta ou Terapia Ocupacional</li> <li>- Profissionais opcionais: Pedagogo, Assistente Social, Musicoterapeuta, Nutricionista, Ortopista, Protético Ocular, Técnico Oftálmico</li> </ul>
Avaliação e monitoramento	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Criar ou aprimorar sistema de avaliação dos serviços oferecidos	Não foram observadas descrições de ações específicas para esse tema.

continua

## conclusão

<b>Temas</b>	<b>Diretrizes/Prerrogativas</b>	<b>Ações Gerais</b>	<b>Ação específica</b>
Educação Permanente	Não foram observadas descrições de diretrizes/prerrogativas para esse tema	- Participar ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva	- Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como realização de cursos de atualização na área específica de atuação - Obrigatoriedade de oferecimento de curso de capacitação em orientação e mobilidade para quem for atuar nessa atividade
Serviços de base territorial e integração regionalizada	- Estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência - O usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência	- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visando garantir a integralidade do cuidado - Buscar articulação com serviços de proteção social, esporte, cultura, entre outros, com o objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência	- Orientação à escola como parte do atendimento/acompanhamento

Fonte: a autora.

**Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Plano de ação da RRAS – 06 (São Paulo (Estado), 2013) – Por temas**

**Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Abordagens de cuidado à saúde e reabilitação.**

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
Fortalecer as ações voltadas à prevenção de deficiências, promoção e atenção à saúde das pessoas com deficiência na atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as unidades com equipamentos adaptados à saúde da mulher com deficiência e implementar esta atenção.</li> <li>- Incluir a temática da pessoa com deficiência nas ações de prevenção e promoção realizadas pelos núcleos de prevenção da violência dos serviços de saúde</li> <li>- Produzir material educativo e informativo acessível</li> </ul>	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema
Instituir Centros Especializados em Reabilitação (CER) nas diferentes supervisões técnicas de saúde, por meio da implantação, ampliação e implementação dos atuais Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR), de Saúde Auditiva (NISA) e do Programa de Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência, fortalecendo a reabilitação física, auditiva, intelectual e visual, conforme características e necessidades locais;	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adequar/ampliar a estrutura física dos NIR/NISA onde existe esta necessidade, conforme diretrizes do CER</li> <li>- Construir CER nos territórios onde não é possível a adequação dos espaços físicos existentes nos NIR/NISA ou onde há necessidade de ampliação de serviços</li> <li>- Complementar as equipes de reabilitação nos NIR/NISA/CER</li> <li>-Adquirir equipamentos para os NIR/NISA/CER conforme necessidades identificadas e diretrizes do CER</li> <li>- Ampliar modalidades de reabilitação nos NIR/NISA/CER, conforme necessidades identificadas em cada região</li> </ul>	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema
Ampliar e aprimorar o acesso à atenção hospitalar, incluindo leitos de reabilitação e cirurgias e, articular com o processo de reabilitação no nível ambulatorial, imediatamente após alta hospitalar	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produzir material educativo e informativo acessível</li> <li>- Realizar estudo com vistas à adequação do mobiliário e equipamentos para atendimento às pessoas com deficiência nos hospitais e adquirir materiais e equipamentos médico-hospitalares que contemplam estas necessidades</li> </ul>

Continua

## Conclusão

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
Implementar e consolidar estratégias para ampliar e qualificar a detecção precoce de deficiências e a intervenção oportuna;	-Garantir a efetivação da fase IV do Teste do Pezinho e os fluxos de acompanhamento; - Aprimorar as estratégias de busca ativa e monitoramento dos recém-nascidos que não concluíram a triagem neonatal ou o diagnóstico	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	- Garantir a efetivação da fase IV do Teste do Pezinho; - Articular junto à DRS1 a ampliação da Triagem Auditiva para as Maternidades Estaduais, bem como a Triagem Visual;
Implementar e consolidar estratégias no território que possibilitem o cuidado compartilhado e a prevenção de perdas funcionais ao longo da vida destas pessoas	- Ampliar o acesso das pessoas com deficiência às práticas corporais realizadas nas UBS - Ampliar as ações de reabilitação na atenção básica com vistas à continuidade do cuidado e prevenção de perdas funcionais	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema
Implementar e consolidar estratégias no território que possibilitem o desenvolvimento de potencialidades, suporte aos cuidadores e inclusão social destas pessoas	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	-Ampliar o Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema
Ampliar e aprimorar o fornecimento e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses ortopédicas, auditivas e visuais compreendidos como parte do processo de reabilitação e não dissociado dos atendimentos terapêuticos;	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	- Ampliar a dispensação das OPM nos NIR/NISA/CER - Estruturar oficinas ortopédicas conforme necessidade regional	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema
Não foram observadas descrições de objetivos sobre esse aspecto tema	- Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados objetivando o cuidado das pessoas com deficiência em diversas situações, como risco, violência, sofrimento mental ou deficiências/limitações funcionais decorrentes das condições crônicas e processo de envelhecimento	- Adotar o modelo da CIF como base para a elaboração de protocolos, projetos terapêuticos e construção de indicadores - Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados objetivando o cuidado das pessoas com deficiência em diversas situações, como risco, violência, sofrimento mental ou deficiências/limitações funcionais decorrentes das condições crônicas e processo de envelhecimento	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema

Fonte: a autora

Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Acesso e processo de tomadas de decisões terapêuticas.

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
Tornar acessíveis as unidades de saúde quanto à estrutura física, de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prover os aspectos relativos à acessibilidade nas construções e reformas previstas nas UBS</li> <li>- Levantar necessidades de adequação das UBS quanto à acessibilidade e estudar cronograma para adequação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prover os aspectos relativos à acessibilidade nas construções e reformas previstas AE Hora Certa e CER</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prover os aspectos relativos à acessibilidade nas construções e reformas previstas de UPA e hospitais</li> <li>- Realizar levantamento e planejar readequações na rede física dos hospitais da AHM de acordo com as Normas de Acessibilidade</li> </ul>
Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar junto à Rede Cegonha e Secretaria Estadual de Saúde a reorganização do protocolo para gestante de alto risco</li> <li>- Construir e pactuar nas regiões fluxos e protocolos que facilitem o acesso e a contra referência, tendo como base o potencial e perfil dos diversos pontos de atenção</li> <li>- Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões, integrando os serviços que ainda não estão sob regulação à Rede, ampliando os quantitativos de vagas ofertadas em sistema (SIGA/CROSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantar para os RN de alto risco, fluxo de regulação que permita, além do atendimento na UBS, o agendamento em NIR/CER, de forma a ampliar a intervenção oportuna, prevenir deficiências e minimizar alterações funcionais</li> <li>- Construir e pactuar nas regiões fluxos e protocolos que facilitem o acesso e a contra referência, tendo como base o potencial e perfil dos diversos pontos de atenção</li> <li>- Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões, integrando os serviços que ainda não estão sob regulação à Rede, ampliando os quantitativos de vagas ofertadas em sistema (SIGA/CROSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir e pactuar nas regiões fluxos e protocolos que facilitem o acesso e a contra referência, tendo como base o potencial e perfil dos diversos pontos de atenção</li> <li>- Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões, integrando os serviços que ainda não estão sob regulação à Rede, ampliando os quantitativos de vagas ofertadas em sistema (SIGA/CROSS)</li> </ul>

Fonte: a autora

## Tema 2: Educação Permanente.

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
Fortalecer os processos de educação permanente dos profissionais de reabilitação desta Rede de Cuidados, com vistas ao aprimoramento da assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cursos, aulas e palestras que favoreçam o acolhimento das pessoas com deficiência junto a profissionais da atenção básica</li> <li>- Incluir nas capacitações da atenção básica, informações sobre prevenção de deficiências as quais possibilitem a identificação precoce e encaminhamento para intervenção oportuna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações de educação permanente com vistas à qualificação contínua do cuidado</li> <li>- Realizar cursos, aulas e palestras que favoreçam o acolhimento das pessoas com deficiência junto a profissionais da atenção especializada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar cursos, aulas e palestras que favoreçam o acolhimento das pessoas com deficiência junto a profissionais da atenção hospitalar e de urgência e emergência</li> </ul>
Utilizar a Política Nacional de Humanização como estratégia de educação permanente para todos os profissionais da saúde com vias a garantir a efetivação da relação entre os serviços e programas a partir dos conceitos de equipe de referência, apoio matricial e projeto terapêutico singular	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações deste nível de atenção referentes a este aspecto tema

Fonte: a autora

## Tema 3: Avaliação e monitoramento.

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
Não foram observadas descrições de objetivos sobre esse tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor de informações relativas à presença e tipo de deficiência no SIGA;</li> <li>- Aprimorar no SIGA os registros de atendimentos terapêuticos</li> <li>- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor de informações relativas à presença e tipo de deficiência no SIGA;</li> <li>- Aprimorar no SIGA os registros de atendimentos terapêuticos</li> <li>- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispor de informações relativas à presença e tipo de deficiência no SIGA;</li> <li>- Aprimorar no SIGA os registros de atendimentos terapêuticos</li> <li>- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas</li> </ul>

Fonte: a autora

Tema 4: Serviços de base territorial e integração entre rede regionalizada.

Objetivos	Ações		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articular os serviços de saúde da atenção básica e especializada para ampliação da potencialidade e resolubilidade em cada território, visando continuidade no cuidado em saúde;</li> <li>- Aprimorar a integração das Redes de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Psicossocial, especialmente às pessoas com deficiência intelectual e autismo</li> <li>- Implementar estratégias para aprimorar a obtenção de informação e subsidiar a tomada de decisão quanto ao cuidado à pessoa com deficiência, desde monitorar a produção ambulatorial e hospitalar, até acompanhar como tem se dado o percurso dessas pessoas na Rede de Atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer na área de reabilitação as ações de matriciamento para discussão dos casos, qualificação da fila de espera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articular serviços de reabilitação e de atenção domiciliar de forma a possibilitar a gestão do cuidado às pessoas com deficiência</li> <li>- Realizar a articulação entre o Programa de Hansen e os NIR/CER, com ações de reabilitação e acesso à OPM</li> <li>- Fortalecer na área de reabilitação as ações de matriciamento para discussão dos casos, qualificação da fila de espera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer encontros entre coordenadorias de saúde, supervisões de saúde de cada região e diretores dos hospitais, visando à integração de serviços e criação de fluxos que atendam às pessoas com deficiência, de acordo com as necessidades de cada região, estabelecendo um protocolo de referência e contra referência que contemple de forma adequada a assistência a essa população</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer e ampliar a realização de fóruns técnicos regionais, que contribuam para a qualificação do acesso e do atendimento e para a pactuação de responsabilidades do cuidado às estas pessoas</li> <li>- Fortalecer estratégias de articulação intersetorial para o cuidado das Pessoas com Deficiência e a inclusão nos diversos setores da sociedade (educação, trabalho, lazer, esportes, cultura).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer a participação das pessoas com deficiência nas oficinas realizadas pelos CECCOs</li> <li>- Articular parcerias para a reabilitação profissional, objetivando a inclusão pelo trabalho das pessoas com deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instituir e formalizar fóruns territoriais para o desenvolvimento de estratégias articuladas e complementares de atenção às pessoas com deficiência em risco de violação de direitos (como abrigamentos, cárcere privado, etc)</li> <li>-Participar das discussões e propor ações, em conjunto com a SMPED, CMPD e SPTRANS, de forma a organizar as ações de transporte previstas na rede de cuidado à Pessoa com Deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pautar nos Fóruns de Rede por Coordenadoria de Saúde a ampliação e organização do acesso para cirurgias, exames e procedimentos sob anestesia.</li> </ul>

Fonte: a autora

**Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência (São Paulo (Município), 2016) – Por temas**

Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Acesso e Processo de tomadas de decisões terapêuticas.

Diretrizes (objetivos plano de ação)	Atribuições	Ações NIR e CER
- Promover acessibilidade física, atitudinal e de comunicação;	Não foram observadas descrições de atribuições referentes a este aspecto tema	Não foram observadas descrições de ações referentes a este aspecto tema
- Fortalecer o acesso e otimizar processos regulatórios nas diversas regiões	Não foram observadas descrições de atribuições referentes a este aspecto tema	<p>- Para acesso ao serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agendamento em agenda SIGA de consultas de "avaliação multiprofissional em reabilitação" Deverão ser destinados: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 40 casos novos/mês na reabilitação auditiva;</li> <li>○ 32 casos novos/mês para a reabilitação visual;</li> <li>○ 80 casos novos/mês de avaliação multiprofissional em reabilitação física e intelectual.</li> </ul> </li> <li>• consultas/avaliações específicas por Fisioterapeuta ou Fonoaudiólogo a depender das necessidades de cada território Deverão ser destinados: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fisioterapia: 40 a 60 vagas por serviço/mês, considerando um CER com 4 fisioterapeutas</li> <li>○ Fonoaudiologia: 18 a 22 vagas por serviço/mês, considerando um CER com 3 fonoaudiólogos para terapias</li> </ul> </li> <li>• Devem ser disponibilizadas vagas de reserva técnica no serviço para utilização pela Regulação da Coordenadoria Regional de Saúde, conforme pactuação e necessidade local, a fim de garantir que não exista espera para os pacientes prioritários: recém nascidos de alto risco para desenvolvimento ou com deficiência estabelecida, crianças com deficiência, pessoas após alta hospitalar ou com tempo de lesão menor que 1 ano e pessoas cuja atenção em saúde requeira o acesso a OPM (aparelhos auditivos, órteses de membros superiores e inferiores, próteses, cadeiras de rodas, outros meios auxiliares de locomoção);</li> <li>• Exames de apoio diagnóstico no NISA/CER com modalidade auditiva</li> </ul>

Fonte: a autora

Tema 1: Serviços ofertados: diversidade, qualidade e acesso. Subgrupo: Abordagens de cuidado à saúde e reabilitação.

Diretrizes (objetivos do plano de ação)	Atribuições	Ações NIR e CER
<p>- Instituir Centros Especializados em Reabilitação (CER) nas diferentes supervisões técnicas de saúde, por meio da ampliação e implementação dos atuais Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR), de Saúde Auditiva (NISA) e do Programa de Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência e implantação de novos serviços, conforme características e necessidades locais;</p> <p>- Implementar e consolidar estratégias para ampliar e qualificar a detecção precoce de deficiências e a intervenção oportuna</p> <p>- Implementar e consolidar estratégias no território que possibilitem o desenvolvimento de potencialidades, suporte aos cuidadores e inclusão social</p> <p>- Implementar e consolidar estratégias no território que possibilitem o cuidado compartilhado e a prevenção de perdas funcionais ao longo da vida;</p>	<p>- Desenvolver ações de reabilitação coletivas e individuais, de maior ou menor intensidade/frequência, conforme necessidades singulares</p> <p>- Envolver as famílias no processo de reabilitação fornecendo ações informativas e suporte para o cuidado;</p> <p>- Realizar intervenções terapêuticas conforme necessidade dos usuários atendidos, como estimulação precoce/intervenção oportuna, atividades de vida prática; treino de orientação e mobilidade, entre outras</p> <p>- Reavaliar periodicamente o PTS</p>	<p>- O processo terapêutico de duração determinada, sendo fundamental a articulação em cada território para atendimentos compartilhados, complementares e para a continuidade no cuidado na atenção básica</p> <p>- Atendimentos terapêuticos: organizados mediante demanda e necessidade do território e realizado pelos profissionais da equipe multidisciplinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimentos individuais – 30’ a 45’</li> <li>• Atendimentos em grupo – 60’ e oficinas terapêuticas – 90’: todos os profissionais devem realizar grupos terapêuticos específicos e compartilhados, na unidade ou em espaços da comunidade. Sugestões:             <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ grupo de pais/cuidadores;</li> <li>➢ grupo de bebê com atraso do DNPM;</li> <li>➢ grupo terapêutico de AVE/TCE;</li> <li>➢ grupo fisioterápico de cinesioterapia e reeducação postural;</li> <li>➢ grupo fonoaudiológico de leitura e escrita;</li> <li>➢ grupo fonoaudiológico de linguagem oral;</li> <li>➢ grupo de acompanhamento em reabilitação auditiva</li> </ul> </li> <li>• Apoio e orientação de AIVDs e AIVPs</li> <li>• Atendimentos compartilhados multiprofissionais</li> <li>• Atendimento à família</li> <li>• Treino de orientação e mobilidade</li> </ul> <p>- Atendimentos domiciliares/institucional: visitas e intervenções nos domicílios e instituições, de forma articulada ao atendimento domiciliar realizado pela Atenção Básica ou intervenções de equipes de EMAD/EMAP, para intervenções especializadas necessárias ao processo de reabilitação, como adaptação do ambiente físico e social, orientação e mobilidade e prescrição de OPM – 5% da carga horária dos profissionais deve ser reservada pra essa atividade</p> <p>- Estimulação Precoce (Intervenção Oportuna): atendimento multiprofissional de crianças com risco/atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, visando intervir o mais cedo possível na aquisição e desenvolvimento das habilidades motoras, sensoriais, cognitivas e sociais</p> <p>- Acompanhamento pela equipe APD: estratégia diversificada do cuidado em reabilitação intelectual;</p> <p>- Reunião de equipe: deverá ocorrer sistematicamente com a participação de todos os profissionais do serviço, com vistas à integração da equipe, discussões clínicas, compartilhamento de saberes e responsabilidades e aprimoramento técnico e das ações desenvolvidas. – 10% da carga horária destinada para reuniões em geral</p> <p>- Atuação médica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar 2x na semana de avaliação multiprofissional em reabilitação</li> <li>• Participar em reuniões de equipe</li> <li>• Consulta médica: 20’ a 60’</li> </ul>

Continua

## Conclusão

Diretrizes (objetivos do plano de ação)	Atribuições	Ações NIR e CER
<p>- Ampliar e aprimorar o fornecimento e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses ortopédicas, auditivas e visuais, compreendidos como parte do processo de reabilitação e não dissociado dos atendimentos terapêuticos;</p>	<p>- Prescrever e fornecer recursos e dispositivos de tecnologia assistiva;</p>	<p>- Prescrição, adaptação e fornecimento de recursos e dispositivos de tecnologia assistiva: meios auxiliares de locomoção, órteses, aparelhos auditivos, entre outros</p> <p>- Plantão de OPM: acolhimento de porta aberta (sem agendamento prévio) dos pacientes que estão com dúvida ou dificuldade de utilização de sua OPM, com periodicidade mínima mensal;</p> <p>- Atividades administrativas relacionadas a OPM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• APAC (laudo, autorização, execução e faturamento dos procedimentos);</li> <li>• Controle OPM: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Disponibilizadas para teste pelas empresas;</li> <li>○ Fluxos de solicitação junto às empresas (molde, AASI intra-aurais, adequação postural) e à SMS (pedido de compra);</li> <li>○ Adquiridas para dispensação (conferência das OPM e notas fiscais, carimbo de recebimento e emissão do “a contento”, envio à SMS).</li> </ul> </li> </ul>
<p>Não foram observadas descrições de diretrizes referentes a este aspecto tema</p>	<p>- Acolher as pessoas com deficiência e produzir em equipe e, 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 recursos e dispositivos de tecnologia assistiva, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida</p> <p>- Reavaliar periodicamente o PTS</p>	<p>- Avaliação Multiprofissional em reabilitação: Entrada preferencial no serviço, que prevê a realização no mesmo dia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento inicial: primeiro atendimento no serviço, consiste no estabelecimento inicial de vínculo, escuta qualificada, apresentação do serviço ao usuário e direcionamento da atenção no serviço;</li> <li>• Avaliação multiprofissional da equipe técnica: avaliação pela equipe interdisciplinar, alicerçada nos conceitos da CIF - Classificação Funcional de Funcionalidade e nos conhecimentos específicos dos diferentes profissionais da equipe;</li> <li>• Consulta com médico especialista</li> <li>• Discussão do caso e conduta</li> </ul> <p>Obs: A equipe poderá definir, de acordo com sua organização, agenda em dias diferenciados para RN de Alto Risco, pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, população infantil ou adulta.</p> <p>- Elaboração, desenvolvimento e monitoramento de Projeto Terapêutico Singular – PTS contendo estratégias de ações para habilitação e reabilitação, estabelecidas a partir das necessidades singulares, considerando fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos, bem como o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, é importante a definição de profissional ou equipe de referência para o caso;</p>
<p>Não foram observadas descrições de diretrizes referentes a este aspecto tema</p>	<p>- Acompanhar pessoas com deficiência que passaram por processo de reabilitação e retomar os atendimentos terapêuticos especializados, sempre que necessário</p>	<p>Não foram observadas descrições de ações referentes a este aspecto tema</p>

Fonte: a autora

### Tema 2: Educação Permanente.

Diretrizes (objetivos do plano de ação)	Atribuições	Ações
<p>- Fortalecer os processos de educação permanente dos profissionais de reabilitação desta Rede de Cuidados, com vistas ao aprimoramento da assistência;</p> <p>- Utilizar a Política Nacional de Humanização como estratégia de educação permanente para todos os profissionais da saúde com vias a garantir a efetivação da relação entre os serviços e programas a partir dos conceitos de equipe de referência, apoio matricial e projeto terapêutico singular;</p>	<p>Não foram observadas descrições de atribuições referentes a este tema</p>	<p>- Profissionais de nível gerencial devem levantar necessidades de atividades de educação permanente da equipe;</p>

Fonte: a autora

### Tema 3: Avaliação e monitoramento.

Diretrizes (objetivos do plano de ação)	Atribuições	Ações
<p>Não foram observadas descrições de diretrizes referentes a este tema</p>	<p>Não foram observadas descrições de atribuições referentes a este tema</p>	<p>- A fim de conhecer e monitorar o perfil epidemiológico da população atendida e as ações do serviço, registrar informações relativas a casos novos, origem da demanda, tempo de permanência dos usuários no serviço, CID e tipos de deficiência atendidos, dispensa de OPM, incluindo órteses de membro superior, profissionais envolvidos no atendimento</p> <p>- Profissionais da equipe técnica devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manter dispositivos de informação como prontuários completos e atualizados</li> <li>• Registrar suas atividades a partir de procedimentos da tabela unificada do SUS</li> </ul> <p>- Profissionais de nível gerencial devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar indicadores quantitativos e qualitativos</li> <li>• Manter atualizado e monitorar o registro de produção realizada pela equipe técnica</li> </ul> <p>- Reuniões periódicas de Grupo Condutor, da área técnica, coordenadorias e supervisões de saúde para acompanhamento e monitoramento de informações, descrita no documento.</p>

Fonte: a autora

## Tema 4: Serviços de base territorial e integração entre rede regionalizada.

Diretrizes (objetivos do plano de ação)	Atribuições	Ações NIR e CER
<p>- Articular os serviços de saúde da atenção básica e especializada para ampliação da potencialidade e resolubilidade em cada território, visando continuidade no cuidado em saúde;</p>	<p>- Estabelecer fluxos e práticas contínuas de cuidado à saúde, coordenadas e articuladas entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território</p>	<p>- Apoio Matricial: apoio à Atenção Básica, Especializada e Hospitalar do território, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Poderá ser realizado por duplas de referência do serviço de reabilitação em cada UBS ou equipamento de saúde do território para discussão de casos, avaliações compartilhadas e efetivação de PTS conjuntos;</p> <p>- Enquanto referência em reabilitação para uma STS, cada CER ou NIR definirá estratégia para suporte às UBS do território, contanto com as diferenças entre elas. Sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• que nos territórios de UBS sem respaldo de profissional de reabilitação ou equipe NASF: a definição de uma dupla de referência do NIR/CER, que será responsável pela articulação com a unidade, avaliações compartilhadas, identificação de casos prioritários para o CER, inclusão dos pacientes em práticas de atividades físicas, grupos terapêuticos ou outras intervenções na unidade básica.</li> <li>• Nas regiões ou unidades com equipes NASF ou profissionais de reabilitação na unidade básica, esta ação deverá ser articulada com estes profissionais.</li> </ul> <p>- 10%da carga horária deve ser disponibilizada para atividades de matriciamento</p>
<p>- Aprimorar a integração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com outras Redes</p> <p>- Fortalecer e ampliar a realização de fóruns técnicos regionais, que contribuam para a qualificação do acesso e do atendimento e para a pactuação de responsabilidades do cuidado</p>	<p>- 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;</p> <p>- 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.</p>	<p>- Ações de articulação de redes: participação no Fórum da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no território, aproximação com CEFAl, CRAS/CREAS, clubes-escolas e demais equipamentos, visando ampliar o alcance do cuidado, a inclusão social e a qualidade de vida da pessoa com deficiência e suas famílias – 10% da carga horária deve ser reservada para reuniões em geral</p> <p>- Encaminhamento para instituições de reabilitação conveniadas com o SUS</p>

Fonte: a autora

## REFERÊNCIA

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.

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual [internet]. Brasília (DF): Centro especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas; 2014. [citado 19 jan. 2018]. Disponível em:  
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/05/Instrutivo-Reabilitacao-Rede-PCD-SAIPS-01-06-14-FT.pdf>

São Paulo (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Plano de ação da RRAS-06 [internet]. São Paulo; 2013. [citado 2 fev. 2018]. Disponível em:  
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PlanodeacaoRedePessoacomDeficiencia.pdf>

São Paulo (Município). Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência [Internet]. São Paulo; 2016 [citado 02 fev. 2018]. Disponível em:  
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCNorteador2015FinalINTERNEt18112016>.



**APÊNDICE B** - Roteiro de questões norteadoras para grupo de discussão com profissionais do CER

1. Sobre os participantes, tempo de trabalho e as atividades realizadas no serviço:
  - a) Qual a sua profissão?
  - b) Quais atividades executam?
  - c) Há quanto tempo trabalham no serviço?
2. Sobre o processo de trabalho
  - a) Como acontece a organização dos processos de trabalho e fluxos internos no serviço?
  - b) Como se estabelece a organização de fluxo externo e a relação com rede intersetorial e de saúde?
  - c) Quais os seus norteadores? (Protocolos, documentos norteadores)
  - d) A partir de quais demandas se estabelecem as atividades desenvolvidas?
  - e) Como se dão os processos de tomada de decisão na equipe?
  - f) Como se dá a participação dos usuários nos processos de tomadas de decisões? Conselho gestor? Participação em PTS?
  - g) Vocês acham possível apontar a partir de qual modelo de atenção se organiza o processo de trabalho?
  - h) Como o trabalho é avaliado?
  - i) Há espaços de educação permanente?
3. Sobre a implantação e habilitação do CER
  - a) Como foi/está sendo o processo de implantação e habilitação do CER?
  - b) Comentem se perceberam mudanças. Em caso positivo quais foram elas?
    - i. Questionar em relação aos processos de trabalho e tomadas de decisão da equipe, atividades desenvolvidas e articulação com a rede.
    - ii. Debater sobre de que maneira a equipe participou/participa desse processo.
4. Sobre os encontros de desenho de fluxos e atividades
  - a) Como foi para a equipe a realização dos encontros para construção do desenho do fluxo e atividades da unidade? Em quais aspectos foi positivo? Em quais foi negativo?
  - b) Qual a importância de momentos como este?



**APÊNDICE C** - Roteiro de questões norteadoras para entrevista individual com gestores CER, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria de Saúde Oeste e Grupo Conductor da RCPD no município.

1. Sobre os entrevistados:
  - a. Quem é? Sua formação profissional? Qual cargo ocupa e desde quando a ele está vinculados?
2. Sobre o processo de implantação do CER
  - a. Como se deu o processo de implantação da RCPCD na região?
  - b. E o processo de implantação e habilitação do CER?
  - c. De que forma os dois processos se articularam?
  - d. Quais foram e estão sendo os facilitadores e desafios?
  - e. Como se propõe a avaliação do serviço e da implantação da rede?
3. Sobre a participação no processo de implantação e habilitação do CER
  - a. Como foi a sua participação e a participação do setor que você representa nesse processo?
  - b. Como os serviços de saúde, especialmente o NIR, atual CER participam/participaram desse processo?
  - c. Como os profissionais do NIR, atual CER participam/participaram desse processo?
  - d. Como os usuários participam/participaram desse processo?
4. Sobre orientações oferecidas aos profissionais
  - a. É possível perceber mudanças em relação às orientações oferecidas aos serviços e profissionais da RCPCD e do CER após a implantação destes? Quais foram?
  - b. Comente sobre o modelo de atenção e as práticas assistenciais nos serviços e na rede antes e depois da proposição da RCPD e do CER. Em que estes se baseiam? É possível perceber mudanças? Se sim, quais e por quê?
5. Sobre o processo de construção do Plano de Ação Estadual / Plano de Ação Municipal/Documento norteador (tema específico para os gestores que participaram desse processo)
  - a. Descreva o processo de trabalho desse grupo, sua constituição, forma de trabalho, tempo em que foi realizado;
  - b. Quais desdobramentos e possibilidades de desenvolvimento da RCPD na sua proposição e em sua implantação no município e na região de saúde e/ou supervisão técnica onde se insere o CER?



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas
2. PESQUISADOR: Fátima Corrêa Oliver  
CARGO/FUNÇÃO: Professora do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO3 455/TO  
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações relacionadas ao processo de trabalho perante ao observador, entrevistador ou o grupo. Para o paciente pode haver constrangimento pela participação de um estranho em seu momento terapêutico. Vale ressaltar que os participantes terão a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.
4. LOCAL DA PESQUISA: Centro Especializado de Reabilitação
5. DURAÇÃO DA PESQUISA: 1 ano e 6 meses

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS

Prezado (a),

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa **Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas**. Este é um subprojeto da pesquisa Rede Viva a realidade da rede de atenção à reabilitação no Estado de São Paulo e tem como objetivo compreender como o Centro Especializado em Reabilitação tem contribuído para o cuidado e reabilitação dentro da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência.

A pesquisadora Mariana Leme Gomes realizará o estudo para o Programa de Mestrado Profissional Interunidades de Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Solicitamos a sua colaboração para participar das seguintes atividades de coleta de dados:

- Observação de atividades realizadas no serviço: A pesquisadora vai frequentar o serviço para acompanhar atividades pontuais e previamente combinadas, para analisar informações sobre os processos de trabalho, a partir de um roteiro pré-estabelecido;
- Entrevista individual com profissionais da gestão;
- Discussão em grupo com profissionais do serviço sobre processos de trabalho e da implantação e habilitação do CER;

As informações colhidas serão gravadas ou registradas em diários de campo, e armazenadas em computador próprio dos pesquisadores. Não será divulgada a sua identificação em nenhum momento.

Você não receberá nenhuma recompensa relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, você não terá nenhuma despesa. Vale ressaltar que o risco de participar desta pesquisa é mínimo, podendo causar desconforto ou constrangimento ao expor informações sobre processo de trabalho perante o observador, entrevistador ou o grupo, mas você poderá contribuir apenas com o que se sentir confortável e os pesquisadores estarão comprometidos em não julgar nem interferir nas atividades. Caso

deseje, você terá a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso às informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a aos resultados gerais. Quando o estudo for finalizado, você será informado sobre resultados e conclusões. Em qualquer etapa do estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas, no endereço Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária – São Paulo (SP), CEP: 05360000, telefone: 11 30917457 (secretaria). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEPFMUSP), localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251, 21o andar, sala 36, Cerqueira César São Paulo (SP), CEP: 01246000, telefone: 38934401 ou 38934407, email: cep.fm@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36, 1o andar, República São Paulo (SP), CEP.: 01223011, telefone: 33972464, email: smscep@gmail.com.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas pela pesquisadora e por você, participante. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

*“Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.”*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Fátima Corrêa Oliver  
Pesquisadora responsável

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas
2. PESQUISADOR: Fátima Corrêa Oliver  
CARGO/FUNÇÃO: Professora do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL: CREFITO3 455/TO  
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações relacionadas ao processo de trabalho perante ao observador, entrevistador ou o grupo. Para o paciente pode haver constrangimento pela participação de um estranho em seu momento terapêutico. Vale ressaltar que os participantes terão a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo.
4. LOCAL DA PESQUISA: Centro Especializado de Reabilitação
5. DURAÇÃO DA PESQUISA: 1 ano e 6 meses

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA USUÁRIOS

Prezado (a),

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa **Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas**. Este é um subprojeto da pesquisa Rede Viva a realidade da rede de atenção à reabilitação no Estado de São Paulo e tem como objetivo compreender como o Centro Especializado em Reabilitação tem contribuído para o cuidado e reabilitação dentro da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência.

A pesquisadora Mariana Leme Gomes realizará o estudo para o Programa de Mestrado Profissional Interunidades de Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Fátima Corrêa Oliver, docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Solicitamos seu consentimento para que os pesquisadores realizem observação de atividades que você participa no CER Butantã. A pesquisadora vai frequentar o serviço para acompanhar atividades pontuais e previamente combinadas. As informações colhidas serão gravadas ou registradas em diários de campo, e armazenadas em computador próprio dos pesquisadores. Não será divulgada a sua identificação em nenhum momento.

Você não receberá nenhuma recompensa relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, você não terá nenhuma despesa. Vale ressaltar que o risco de participar desta pesquisa é mínimo, podendo causar desconforto ou constrangimento pela participação de um estranho em seu momento terapêutico, mas pesquisadores estarão comprometidos em interferir nas atividades. Caso deseje, você terá a total liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum, nem mesmo em relação a continuidade de seus atendimentos na unidade.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso às informações obtidas a seu respeito neste estudo ou a aos resultados gerais. Quando o estudo for finalizado, você será informado sobre resultados e conclusões. Em qualquer etapa do estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores para esclarecimento de eventuais dúvidas, no endereço Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária – São Paulo (SP), CEP: 05360000, telefone: 11 30917457 (secretaria). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEPFMUSP), localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251, 21o andar, sala 36, Cerqueira César São Paulo (SP), CEP: 01246000, telefone: 38934401 ou 38934407, email: cep.fm@usp.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal

da Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36, 1o andar, República São Paulo (SP), CEP.: 01223011, telefone: 33972464, email: smscep@gmail.com.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas pela pesquisadora e por você, participante. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

*“Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.”*

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Fátima Corrêa Oliver  
Pesquisadora responsável

**APÊNDICE E - Roteiro observação participante**

1. Serviço
  1. Espaço físico: salas de atendimento, salas de reunião, mobiliários, acessibilidade;
  2. Interação entre profissionais, profissionais e usuários.
  3. Perfil dos usuários
  
2. Atividade observada
  - a. Local onde ela é realizada, quais materiais são necessários. Parecem adequados?
  - b. Sujeitos envolvidos (profissionais e usuários). Essas pessoas interagem de alguma forma? Como? Qual a qualidade da relação estabelecida entre elas? Todos participam?
  - c. Perfil do usuário
  - d. Percurso do usuário até atividade? Atividade aberta? Encaminhamento interno, externo, retorno?
  - e. Quanto tempo dura a atividade? Descrição detalhada do que acontece nas atividades.
  - f. Tipos de ações realizadas pelos profissionais: terapêuticas, administrativas, outros.
  - g. Conteúdo dos temas abordados durante a atividade.
  - h. Fatores dificultadores e facilitadores do desenvolvimento das atividades.
  - i. Momento de registro em prontuário, de registro de produtividade e de avaliação da atividade ou de ata ou memória de reuniões.
  
3. Demais percepções que o pesquisador julgar importante.



**APÊNDICE F - Produto Educacional****MARIANA LEME GOMES****OFICINA****Práticas de reabilitação e atividades profissionais: contribuições para a sua mudança**

Produto educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora Profª. Dra. Fátima Corrêa Oliver

São Paulo

2020

## 1. INTRODUÇÃO

Essa oficina é o Produto Educacional associado à pesquisa “Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa das Pessoas com Deficiência: dos Documentos Norteadores às Práticas Cotidianas” desenvolvida pela mestrandia Mariana Leme Gomes sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Corrêa Oliver no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interprofissional em Saúde.,

A pesquisa demonstrou que as perspectivas de compreensão de deficiência e os modelos de atenção à saúde e reabilitação que conduzem as práticas de reabilitação e as atividades dos profissionais na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa das Pessoas com Deficiência (RCPcD), especialmente nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) são diversos e conflituosos. Embora haja indicações de tentativas de ampliação e transformação, o que ainda se observa é uma influência muito forte do paradigma médico e tradicional de compreensão da deficiência e desenvolvimento da reabilitação muito pautado em condutas sob os indivíduos. Ficou evidenciado também que os profissionais que atuam nos processos de reabilitação não têm tanta clareza, nem o hábito de debater sobre em quais modelos suas práticas estão pautadas, bem como sobre a importância de inserir essa questão nos conteúdos abordados em processos de educação permanente.

A proposta dessa oficina surgiu dessa constatação. Pretende-se, a partir dela, proporcionar um espaço de reflexão sobre as perspectivas e modelos que tensionam as práticas e construção de atividades que visem superação do paradigma médico e individual, em especial nos serviços de atenção a pessoas em processos de reabilitação.

### Educação Permanente

A educação permanente em saúde (EPS) foi lançada na década de 1980 pela Organização Pan-Americana de Saúde com o propósito de reorientar os processos de capacitação e aprimoramento dos trabalhadores dos serviços de saúde (Peduzzi et al., 2009). A proposta da EPS é da aprendizagem envolvida no processo de trabalho, de natureza participativa e multiprofissional, que acontece no cotidiano das pessoas e organizações a partir de problemáticas reais, das necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores e dessa forma, que possa transformar a prática (Brasil, 2009; Peduzzi et al., 2009)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, criada em 2004 pela Portaria N° 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 e aprimorada, após o Pacto pela Saúde de 2006, pela Portaria N° 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007 (Peduzzi, et al, 2009), tem explícita relação com os princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral à saúde e para a construção das redes de cuidados (Brasil, 2009).

Autores que estudam a EPS, como Peduzzi et al. (2009) e Davini (2009) indicam a necessidade de diferenciá-la de estratégias de capacitações pontuais, fragmentadas e desarticuladas da realidade do trabalho em saúde no SUS, dos processos de organização de trabalho, incluindo níveis gerenciais e a participação do controle social e com ênfase em treinamentos construídos com base em diagnósticos de necessidades individuais.

Davini (2009) pontua que as ações de EPS devem visar não só a melhoria do desempenho pessoal, mas estratégias de mudança institucional e coerência entre as propostas de capacitação e as políticas públicas, particularmente, nos contextos de mudanças de processos de trabalho. Nesse sentido, a autora complementa que a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em conhecer e rever os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Ela propõe que se produza uma reflexão sistemática, consciente e compartilhada sobre a prática estabelecida e que abra caminho para a experimentação de outras ações e ressalta que qualquer contribuição acadêmica ou de conhecimento específico não deve se sobrepor a esse processo.

Essas contribuições conceituais são muito importantes o desenvolvimento da oficina a que se propõe esse produto educacional, pois indica tanto caminhos para percorrer quanto limites estabelecidos. Em relação aos limites é necessário pontuar que esta oficina, interessada em provocar mudanças de práticas institucionalizadas, foi pautada nas diretrizes das legislações e documentos norteadores, na realidade do CER e da RCPcD estudados e em demandas das participantes, mas foi produzida por pesquisadoras externas ao funcionamento institucional. Portanto, ela representa uma atividade de sensibilização dos profissionais e de criação de ações e estratégias importantes na instância do cotidiano dos serviços, mas para a real efetividade enquanto produtora de práticas transformadoras se faz necessária sua pactuação com instâncias gerenciais e de controle social, para mudanças institucionais que acompanhem essas práticas, bem como continuidade de ações em EPS sobre esse tema.

## Oficinas

A oficina é um instrumento utilizado em práticas de saúde, pedagógicas e ações comunitárias, para trabalhos em grupos, em um determinado contexto social e que propõe compartilhamento de informações e reflexões frente algum tema (Afonso, 2006).

No contexto do ensino em saúde, Martins et al. (2018) apresentam a oficina pedagógica como um processo ativo de construção do conhecimento, fundamentada pela pedagogia da autonomia de Paulo Freire, que amplia o foco tradicional de aprendizagem, incorporando a reflexão e a ação dos sujeitos envolvidos, por meio da articulação de conceitos e pressupostos com as experiências concretas vivenciadas por eles. As autoras indicam a necessidade de um planejamento prévio, que se ajuste às necessidades dos participantes e inclua momentos de compartilhamento das experiências e contextos de trabalho, tarefas para a resolução de problemas ou dificuldades existentes e o planejamento de projetos de trabalho, seguidos de reflexão crítica e avaliação.

Soares et al. (2018; 2019) apresentam, por sua vez, as oficinas emancipatórias como um caminho privilegiado para discutir, ampliar a compreensão crítica e propor transformações nos processos de trabalho e de produção de saúde, usando referenciais marxista e da saúde coletiva. Os princípios dessa proposta de oficina são o envolvimento de todos os participantes em relação horizontal, cooperativa e democrática de compartilhamento de saberes, a produção de conhecimento crítico sobre a realidade de saúde e de práticas emancipatórias, ou seja, que possibilitem o fortalecimento dos trabalhadores e o resgate do sentido do trabalho e da condição humana como condição social. Para elas:

A educação emancipatória, diferentemente das formações em saúde oferecidas aos(as) trabalhadores(as) como capacitação, não é uma proposta de qualificação para a tarefa profissional prescrita. Antes, proporciona a possibilidade de discussão dessa prescrição de acordo com as necessidades a serem respondidas. Proporciona também compor, entre coordenador(a) da oficina e participantes, formas de autoria do próprio trabalho, ainda que no recorte do objeto de cada campo profissional e no uso das ferramentas clínicas relativas a cada recorte. Possibilita articular as ferramentas como trabalhador(a) e não mais como recurso humano, reconhecendo as relações entre suas atribuições e as necessidades em saúde a que se coloca a responder, e podendo, inclusive, rever/recompor/disputar essas mesmas atribuições. (Soares et al. 2018, pág. 06)

As autoras salientam também que, na oficina emancipatória, o planejamento das etapas é necessário, mas não pode ser estanque, pois as relações e compartilhamento de saberes são

dinâmicos. Nesse sentido propõem a apresentação e apreensão da problemática, a instrumentalização para o debate e a apresentação de uma síntese do processo educativo e de proposição de novas ações (Soares et al.2018, 2019).

A presente oficina de sensibilização se inspira nas oficinas emancipatórias no sentido de procurar retomar e propor uma problematização dos processos sociais e históricos da compreensão da deficiência e das práticas de reabilitação produzidos ainda hoje, expondo e debatendo as suas contradições, no intuito de tornar consciente o objeto e a finalidade das práticas em que os profissionais estão implicados e dessa maneira seja possível propor novas ações.

## **1. OBJETIVOS DA OFICINA**

- Retomar/ apresentar e propiciar reflexão sobre:

- processos de trabalho em saúde;
- processos saúde- doença e modelos de atenção no SUS;
- compreensões de deficiência e modelos de reabilitação – histórico e perspectivas atuais;
- participação social, inclusão e cidadania – a relação dos serviços de saúde e reabilitação.

- Refletir e compartilhar atividades realizadas nos serviços em relação à saúde e reabilitação para pessoas com deficiência.

- Construir atividades que respondam à problemática da reabilitação enquanto ações coletivas e que propiciem transformações culturais e sociais e de maior cidadania das pessoas com deficiência

## **2. PLANEJAMENTO**

Proponentes e Mobilizadores: Profissionais vinculados a Centros de Educação Permanente e Apoiadores regionais e locais de atividades de atenção em reabilitação, quando possível em parceria com instituições de ensino.

Participantes: Profissionais de reabilitação que atuem na RCPcD.

Vagas: 24 a 36 participantes, divididos de 4 a 6 por Coordenadoria regional de saúde, sendo metade para a atenção básica e metade para a especializada.

Obs.: O número maior de participantes pode dificultar a dinâmica de participação, devido a isso, em São Paulo, para alcançar suficientemente profissionais de todas as unidades e profissionais de reabilitação deverão ser formadas ao longo do tempo diversas turmas.

Periodicidade: 6 encontros semanais presenciais com 4 horas de duração.

Materiais: Computador conectado à rede de internet, aparelho de projeção, papel craft, *post-it* coloridos, canetas hidrográficas, folha sulfite e fita crepe.

Formato: Encontros mediados por coordenador disparador divididos em:

- a. Apresentação e discussão de temas
- b. Reflexão sobre as práticas em reabilitação estabelecidas no cotidiano dos profissionais e serviços, por meio dos casos e situações hipotéticas compartilhadas pelos participantes.
- c. Registo em Linha do Tempo e Painel, construídos e preenchidos coletivamente durante os encontros.

Local: Serviço de saúde, Centro de formação da Secretaria Municipal de Saúde ou de universidade parceira.

## **Encontro 1**

### **Parte 1. Apresentações:**

- a. Apresentação da proposta dos encontros das oficinas: objetivos, formato, registro em Linha do Tempo e Painel e encomenda para que os profissionais levarem para os encontros seguintes casos ou situações hipotéticas inspirados em suas práticas que ilustrem as atividades que têm sido desenvolvidos no cotidiano dos trabalhos para o acompanhamento de pessoas famílias ou grupos bem como o acompanhamento e ação intersetorial e comunitária. (30 minutos)
- b. Apresentação dialogada dos profissionais: incluir formação, trajetória profissional, como e porque ingressou no serviço atual, por meio do preenchimento de Linha do Tempo, e o levantamento de suas dúvidas, dificuldades e demandas (procurar sempre fazer uma relação com esse levantamento durante as discussões, se necessário incluir outros temas) (40 minutos)

Intervalo: 20 minutos

### **Parte 2. Tema: Políticas Públicas de Saúde para pessoas com deficiência no Brasil**

- Movimentos Sociais das Pessoas com deficiência no Brasil;
- Pessoa com deficiência enquanto sujeito de direitos e não caridade;

- Marcos internacionais e nacionais;
- Breve Histórico das Políticas Públicas de saúde e reabilitação para pessoas com deficiência no Brasil;
- Políticas atuais, construção e problemáticas.

Metodologia:

- Apresentação do filme sobre a História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil (60 minutos);
- Exposição dialogada (40 minutos);

**Parte 3. Síntese e registro de material dos debates em Linha do Tempo e Painel (40 minutos)**

**Referência Bibliográfica:**

- Mefano V. Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014. (Capítulos 2 e 3)
- Brasil. Ministério da Saúde. Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2014.
- Nogueira GC, et al. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre interações e gestos. Ciênc Saúde Coletiva. 2016;21(10):3131-42. doi: 10.1590/1413-812320152110.17622016.

**Encontro 2**

**Parte 1. Tema: Reflexão sobre processos de trabalho e modelo de atenção em saúde:**

- A perspectiva marxista de processos de trabalho;
- Necessidades de saúde e finalidade do trabalho;
- Tensões entre forças e interesses no trabalho em saúde;
- Modelos de atenção em saúde
- Tensões entre forças e interesses nos modelos de atenção em saúde;

Metodologia: Exposição dialogada (60 minutos)

Intervalo (20 minutos)

**Parte 2. Reflexão sobre as práticas:**

- a. Apresentação dos casos e situações hipotéticos de acompanhamento individual e familiar trazidos pelos participantes e escolha de duas situações para serem trabalhadas em grupos menores (40 minutos);

- b. Discussão em grupos menores sobre as situações escolhidas com destaque para a reflexão sobre os processos de trabalho e modelos de atenção (ações, organização, atores, recursos etc.). Enfatizar os desafios, limites e potências das ações e estratégias propostas (40 minutos)
- c. Compartilhar a síntese das discussões dos grupos menores com o conjunto dos participantes (40 minutos)

### **Parte 3. Síntese e registro em Linha do Tempo e Painel (40 min)**

#### **Referência bibliográfica:**

- Mendes-Goncalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HucitecAbrasco;1994.
- Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. Cadernos CEFOR São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo.1992.
- Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.

### **Encontro 3**

#### **Parte 1. Tema: Compreensões sobre deficiência e modelos de reabilitação**

- Deficiência enquanto objeto de pena e caridade, enquanto objeto científico e a pessoa com deficiência enquanto força de trabalho;
- Compreensão biomédica de deficiência e modelo biomédico de atenção à pessoa com deficiência e reabilitação
- Normal e patológico, noções de disciplina e controle sobre os corpos e pessoas desviantes da regra;
- Modelo social de compreensão de deficiência e suas influências nas práticas de reabilitação;
- Movimentos sociais;
- Marcos internacionais;
- Contribuições e desafios das classificações internacionais de saúde, doença e deficiência;
- Modelo psicossocial de reabilitação;
- Reabilitação em saúde pública;
- Reabilitação baseada na comunidade;
- Relações de forças, tensões e embates nas práticas de reabilitação;

Metodologia: Exposição dialogada (80 minutos)

Intervalo (20 minutos)

**Parte 2. Reflexão sobre as práticas:**

- a. Retomar, nos mesmos grupos menores, os casos apresentados e discutidos no encontro anterior para enfatizar o debate à luz do conteúdo trabalhado sobre os modelos de reabilitação a compreensão de deficiência neles implicados (40 minutos)
- b. Compartilhar a síntese das discussões dos grupos menores com o conjunto dos participantes (40 minutos)

**Parte 3. Síntese e registro em Linha do Tempo e Painel (40 minutos)****Referência bibliográfica:**

- Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- Almeida MC, Campos, GWS. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. Rev Terap Ocup Univ São Paulo. 2002;13(3):118-26.
- Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca; 2006.(Capítulos 2 e 3)

**Encontro 4****Parte 1. Tema: Práticas de reabilitação no CER e na RCPcD**

- Integralidade da atenção em saúde e a pessoa com deficiência;
- Clínica ampliada: Projeto terapêutico singular (PTS), equipe de referência, apoio matricial;
- Equipe Interprofissional;
- Estratégia de acompanhante de saúde da pessoa com deficiência intelectual (APD)

Metodologia: Exposição dialogada (60 minutos)

Intervalo: 20 minutos

**Parte 2. Reflexão sobre a prática:**

- a. Apresentação e escolha de duas situações de acompanhamento e ações intersetoriais e comunitárias hipotéticas a serem debatidas em menores grupos (40 minutos)
- b. Discussão em menores grupos sobre as situações escolhidas de acompanhamento e ação intersetorial e comunitário com destaque para a reflexão sobre as estratégias e modelos de atenção (ações, organização, atores, recursos etc.) Enfatizar os desafios, limites e potências das ações e estratégias propostas (40 minutos)
- c. Compartilhar a síntese das discussões dos grupos menores com o conjunto dos participantes (40 minutos)

**Parte 3. Síntese e registro em Linha do Tempo e Painel (40 minutos)**

**Referência Bibliográfica:**

- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
- Brunerri EC, Avelar MCW. O atendimento no “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência”: percepção dos familiares. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2016;61:111-6.
- Cunha GT. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005. (Capítulo 3)
- Peduzzi M, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2009b. p. 171-178
- Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017. (Capítulo 3)

**Encontro 5****Parte 1. Tema: Práticas de reabilitação no CER e na RCPcD e modelos de reabilitação**

- Atenção à saúde da pessoa com deficiência como tema prioritário?
- Contradições entre os documentos, as diretrizes e ações propostas em relação aos modelos de atenção;
- Ações individuais e ações coletivas;
- Os serviços de reabilitação enquanto interlocutores sociais no debate sobre a deficiência, a diversidade, direitos e cidadania.

Metodologia: Exposição dialogada (40 minutos)

**Parte 2: Reflexão sobre a prática:**

- a. Retomar, nos mesmos grupos menores, os casos e situações discutidos no encontro anterior para enfatizar o debate à luz do conteúdo trabalhado sobre os modelos de reabilitação a compreensão de deficiência neles implicados (40 minutos)
- b. Compartilhar a síntese das discussões dos grupos menores com o conjunto dos participantes (40 minutos)

Intervalo (20 minutos)

- c. Roda de conversa: É possível reconsiderar estratégias, diretrizes e organização de acompanhamento, considerando-se o modelo de atenção o processo de trabalho no contexto atual? (60 minutos)

### **Parte 3. Síntese e registro em Linha do Tempo e Painel (30 minutos)**

#### **Referência Bibliográfica:**

- Vieira ACVC. Políticas de saúde para pessoas com deficiência no sistema único de saúde: uma abordagem discursiva [tese] Fortaleza: Universidade Federal de Fortaleza; 2017. (Capítulo 5)
- Gomes ML. Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas. [dissertação] São Paulo. Universidade de São Paulo; 2020. (Capítulo 5)

### **Encontro 6 – Fechamento**

#### **Parte 1. Reflexões sobre prática:**

- a. A partir dos registros nos Painéis e Linha do Tempo fazer uma síntese das reflexões teórico e práticas realizadas durante os encontros;
- b. Compartilhando as reorientações sugeridas e refletindo sobre as possibilidades de mudança, limites e potenciais da prática assistencial em reabilitação: é possível construir percursos de acompanhamento que considerem as dimensões do cuidado individual e de ações e estratégias individuais e coletivas de cuidado? Os CER e a RCPcD podem contribuir para mudanças na compreensão de deficiência tanto para os profissionais como para as pessoas acompanhadas e a sociedade? (60 minutos)
- c. Construção e proposição em grupos menores de novas ações em reabilitação, seus processos de desenvolvimento e avaliação, com base nas discussões e reflexões realizadas (60 minutos)

Intervalo (20 minutos)

- d. Apresentação para os participantes das ações propostas (60 minutos)

#### **Parte2. Avaliação da oficina de sensibilização (40 minutos)**

Avaliação do desenvolvimento da oficina no que diz respeito ao conteúdo, metodologia, literatura em discussão em grupo para propiciar trocas durante o processo, mas sugerir registro escrito de avaliação, sem a identificação.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Oficina de práticas de reabilitação e atividades profissionais possibilita tornar pública a dissertação produzida pela autora, transformando seus achados e discussões em conteúdo de produto educacional.

Essa Proposta será apresentada para instâncias da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e outros grupos, como associações e movimentos sociais, ou Universidades que se interessem em desenvolvê-la em parceria com as autoras.

Sugere-se que em caso de interesse em reproduzir, ou se basear nesta oficina, o conteúdo completo da dissertação correspondente seja lido e a fonte devidamente citada. As autoras estão disponíveis também para apoio e parcerias em projetos de desenvolvimento desta oficina.

## REFERÊNCIA

Afonso, MLM Oficinas em dinâmicas de grupos: um método de intervenção psicossocial. In: Afonso, MLM (org) Oficinas em dinâmicas de grupos: um método de intervenção psicossocial. Belo horizonte: Campo Social; 2002. 172p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília; 2009

Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília; 2009

Martins VP, Dorneles LL, Coloni CSM, Bernardes A, Camargo RAA. Contribuições de oficinas pedagógicas na formação do interlocutor da educação permanente em saúde. Rev. Eletr. Enf. 2018; v.20

Peduzzi M, Guerra, DA, Braga, CP, Lucena FS, Silva, JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2009; jul./set. 13(30) p.121-34

Soares, CB,Campos CMS, Souza, HS, Vieira, AG, Cordeiro L, Lopes, IO, Cavalcanti, BSG Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). RevBrasSaudeOcup. 2018; 43(sup11)

Soares, CB, Vieira, AG, Dias, VFG, Lachtim, SAF, Cordeiro L, Campos CMS, Oficinas emancipatórias como instrumento de formação em saúde coletiva para o cuidado à família. Atas – Investigação qualitativa em saúde. 2019; v. 2.

### **Bibliografia recomendada:**

Almeida MC, Campos, GWS. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. Rev Terap Ocup Univ São Paulo. 2002;13(3):118-26.

Almeida MC. Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2000.

Bernardes LCG, et al. Pessoas com deficiência e políticas públicas no Brasil: Reflexões bioéticas. Ciênc Saúde Coletiva. 2009 jan-fev;14(1):31-8.

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 [Internet]. Brasília (DF); 2009. [citado 14 dez. 2019]. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil\\_03/-ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/-ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm).

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2014.

Brunerri EC, Avelar MCW. O atendimento no “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência”: percepção dos familiares. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2016;61:111-6.

Cunha GT. A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005. (Capítulo 3)

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

Faria N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectiva. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):187-93.

Ghirardi MIG. Representações da deficiência e práticas de reabilitação: uma análise do discurso técnico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; Instituto de Psicologia; 1999.

Gomes ML. Centro Especializado de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas. [dissertação] São Paulo. Universidade de São Paulo; 2020.

Mefano V. Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.

Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades. Cadernos CEFOR São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo.1992.

Mendes-Goncalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HucitecAbrasco;1994.

Nallin A. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos – análise de representação do discurso. Brasília (DF): CORDE; 1994.

Nogueira GC, et al. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre interações e gestos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(10):3131-42. doi: 10.1590/1413-812320152110.17622016.

Oliver FC. Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo (1989-1995) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1998.

Oliver FC, Almeida MC. Reabilitação baseada na comunicação. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 125-132.

Othero MB. Atenção à saúde da pessoa com deficiência: necessidades sob a perspectiva dos sujeitos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2010.

Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.

Peduzzi M, et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Barueri: Manole; 2009b. p. 171-178

Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca; 2006.

Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2017.

Vieira ACVC. Políticas de saúde para pessoas com deficiência no sistema único de saúde: uma abordagem discursiva [tese] Fortaleza: Universidade Federal de Fortaleza; 2017.



## ANEXO A – Pareceres consubstanciados dos Comitês de Ética em Pesquisa

Faculdade de Medicina da USP

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas

**Pesquisador:** Fátima Corrêa Oliver

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 95538818.5.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.836.658

#### Apresentação do Projeto:

Esse estudo é parte do projeto de pesquisa Rede viva: a realidade da Rede de Atenção à Reabilitação no Estado de São Paulo, que foi idealizado

por grupo de estudo e pesquisa sobre os processos de reabilitação nas redes de atenção à saúde, coordenado pela Profa. Doutora Ana Carolina Basso Schmitt do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O Projeto Rede vida já foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE: 58422516.5.1001.0065) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CAAE: 58422516.5.3001.0086). O presente estudo se propõe ao aprofundamento da investigação sobre os modelos de atenção, ações e atividades do serviço de reabilitação de referência da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Compreender como o Centro Especializado em Reabilitação tem contribuído para os processos de cuidado e reabilitação dentro da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência.
- Compreender a partir de qual modelo/paradigma de reabilitação os documentos norteadores da RCPCD e do CER estão estruturados e como estes se refletem em ações na prática cotidiana de atenção.

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep\_fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.836.658

- Conhecer o processo de implantação da RCPCD e CER em determinada região;
- Conhecer o processo de trabalho dos profissionais do CER e compreender as concepções e dimensões teóricas e práticas que os orientam;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações relacionadas ao seu trabalho perante ao observador, entrevistador ou o grupo.

Os benefícios os participantes será a possibilidade de avaliar e aprimorar seus processos de trabalho, bem como a produção de informações que contribuam para aprimoramento também de políticas públicas e das ações de reabilitação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Apesar de um projeto original, trata-se de um braço de um estudo original já previamente aprovado pelo CEP desta instituição. É um estudo bastante interessante que visa acompanhar o processo de implantação de um Centro especializado em reabilitação e entender mais profundamente o trabalho dos profissionais envolvidos no processo de gestão e assistência. Este processo garante a qualidade do centro que irá repercutir diretamente na assistência aos pacientes que necessitam deste tipo de intervenção na região.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados no momento da submissão do projeto.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa 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_BASICAS_DO_PROJETO_1134441.pdf	01/08/2018 23:47:55		Aceito
Outros	CEPprojetoMEDMariana.pdf	01/08/2018 18:21:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoMariana.pdf	01/08/2018 18:15:11	Mariana Leme Gomes	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep\_fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.836.658

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPlataformaBrasil_rev_Mariana.docx	01/08/2018 18:14:44	Mariana Leme Gomes	Aceito
Outros	PP202018_Mariana_Aut_Coordenadora.pdf	31/07/2018 11:19:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_MarianaLemeGomes.docx	31/07/2018 11:13:29	Mariana Leme Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 22 de Agosto de 2018

---

Assinado por:  
Antonio de Padua Mansur  
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep\_fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas

**Pesquisador:** Fátima Corrêa Oliver

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 95538818.5.0000.0065

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.883.116

#### **Apresentação do Projeto:**

O presente projeto de pesquisa se propõe a investigar a implantação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER), enquanto referência para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma região do município de São Paulo, com o objetivo de compreender com quais ações o serviço tem contribuído para os processos de cuidado e reabilitação dentro da RCPD.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Submeter um adendo com a inserção de instituição co-participante a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP na pessoa de Lucia de Fátima Luna Motta

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Este adendo não oferece riscos adicionais.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Adendo adequado

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequado

#### **Recomendações:**

Sem comentários adicionais

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** PACAEMBU

**CEP:** 01.246-903

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 2.883.116

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Opto pela aprovação do adendo em questão

**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_BASICAS_1209604_É1.pdf	29/08/2018 23:46:55		Aceito
Outros	CEPprojetoMEDMariana.pdf	01/08/2018 18:21:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoMariana.pdf	01/08/2018 18:15:11	Mariana Leme Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoπλαταformabrasil_rev_Mariana.docx	01/08/2018 18:14:44	Mariana Leme Gomes	Aceito
Outros	PP202018_Mariana_Aut_Coordenadora.pdf	31/07/2018 11:19:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_MarianaLemeGomes.docx	31/07/2018 11:13:29	Mariana Leme Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

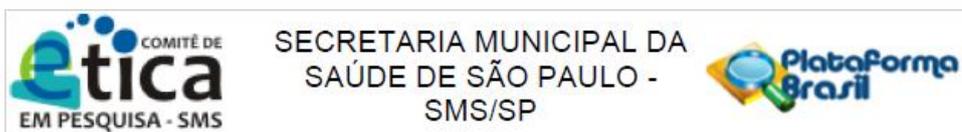
Não

SAO PAULO, 10 de Setembro de 2018

Assinado por:  
Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira  
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

## Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Centro especializado de reabilitação da rede de cuidados à saúde das pessoas com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas

**Pesquisador:** Fátima Corrêa Oliver

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 95538818.5.3001.0086

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.042.468

#### Apresentação do Projeto:

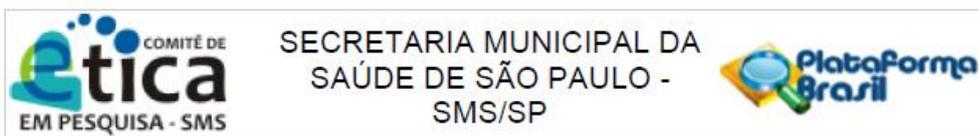
Trata-se de um projeto multicêntrico, qualitativo, que pretende estudar os serviços, fluxos e ações envolvidos nos processos de reabilitação nas redes de atenção à saúde em alguns pontos do Estado de São Paulo.

Investigando a implantação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER), enquanto referência para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) do Sistema Único de Saúde (SUS), ele é parte do projeto de pesquisa Rede Viva.

As pessoas com deficiência apresentam demandas de cuidados em saúde e reabilitação comuns à população geral e algumas especificidades, mas encontram historicamente maiores dificuldades de acesso a esse cuidado que, quando oferecido, está pautado em modelos de compreensão de deficiência e de reabilitação que procuram explicar suas demandas a partir de aspectos individuais, biomédicos e/ou sociais, e em modelos assistenciais que estão no centro de jogos de força entre diferentes concepções de saúde e doença, economia e política.

A análise será obtida através de entrevistas e grupos de discussão sobre a implantação e habilitação do CER na região, os fluxos interno e externos e processos de trabalho, e a pesquisa documental de norteadores e legislação sobre a rede, a observação participante focará algumas atividades representativas da inovação, que se propõe o estabelecimento do serviço público de reabilitação dentro de uma rede de cuidado do SUS realizada em um CER da região Oeste do município de São Paulo.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.042.468

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Compreender como o Centro Especializado em Reabilitação tem contribuído para os processos de cuidado e reabilitação dentro da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência.- Compreender a partir de qual modelo/paradigma de reabilitação os documentos norteadores da RCPCD e do CER estão estruturados e como estes se refletem em ações na prática cotidiana de atenção.- Conhecer o processo de implantação da RCPCD e CER em determinada região;- Conhecer o processo de trabalho dos profissionais do CER e compreender as concepções e dimensões teóricas e práticas que os orientam.

##### Objetivo Secundário:

Propor, como produto de inovação em formação em saúde, para o Programa de Mestrado Profissional, um formato de oficinas de reflexão sobre processo de trabalho no CER para aplicação com profissionais da assistência e gestão, que revele tensões sobre o modelo de atenção em reabilitação em curso, com o objetivo de possibilitar momento de avaliação e aprimorar o trabalho realizado.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:** O risco desta pesquisa é mínimo devido aos possíveis desconfortos do participante em expor informações relacionadas ao seu trabalho perante ao observador, entrevistador ou o grupo.

**Benefícios:** Os benefícios os participantes será a possibilidade de avaliar e aprimorar seus processos de trabalho, bem como a produção de informações que contribuam para aprimoramento também de políticas públicas e das ações de reabilitação.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa trata de parte de um projeto já aprovado anteriormente pelo CEP, com fundamentos claros ao que se propõem.

A metodologia atende aos objetivos primários e secundários do projeto.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante.

Cronograma ESTÁ adequado à nova aprovação do CEP.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.042.468

Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.  
TCLE ADEQUADO AS CONSIDERAÇÕES.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**  
SEM PENDÊNCIAS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1217670.pdf	21/11/2018 20:09:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPlataformaBrasil_Mariana_Gomes_CORRIGIDO.docx	21/11/2018 20:08:46	Fátima Corrêa Oliver	Aceito
Outros	RespostaspendenciasapontadasnoparecerCEPSMSMarianaGomes.docx	21/11/2018 20:08:08	Fátima Corrêa Oliver	Aceito
Cronograma	CronogramaMarianaGomesCORRIGIDO.docx	21/11/2018 20:07:48	Fátima Corrêa Oliver	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_compromisso_livre_e_esclarecido_PROFSSIONAL_CORRIGIDO_Mariana_Gomes.docx	21/11/2018 20:02:41	Fátima Corrêa Oliver	Aceito

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE SÃO PAULO -  
SMS/SP



Continuação do Parecer: 3.042.468

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_compromisso_livre_e_esclarecido_USUARIO_CORRIGIDO_Mariana_Gomes.docx	21/11/2018 20:01:57	Fátima Corrêa Oliver	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostocorrigida_mariana_gomes.pdf	24/10/2018 23:33:12	Fátima Corrêa Oliver	Aceito
Outros	CEPprojetoMEDMariana.pdf	01/08/2018 18:21:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoPlataformaBrasil_rev_Mariana.docx	01/08/2018 18:14:44	Mariana Leme Gomes	Aceito
Outros	PP202018_Mariana_Aut_Coordenadora.pdf	31/07/2018 11:19:08	Mariana Leme Gomes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_MarianaLemeGomes.docx	31/07/2018 11:13:29	Mariana Leme Gomes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 28 de Novembro de 2018

Assinado por:  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
Bairro: Vila Buarque  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com