



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas**

**UNIFAL-MG**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação**

**Av. Jovino Fernandes Sales, 2.600 - Alfenas - MG CEP 37133-840**

**<http://www.unifal-mg.edu.br/ppgcr/>**



**LORRANE BRUNELLE MOREIRA**

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS  
ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO DO BRASIL.**

**ALFENAS/MG**

**2022**

LORRANE BRUNELLE MOREIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS  
ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO DO BRASIL**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Ciências da Reabilitação; Linha de Pesquisa: Processo de avaliação, prevenção e reabilitação nas disfunções musculoesqueléticas e do envelhecimento.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Neidimila Aparecida Silveira

Alfenas/MG

2022

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Unidade Educacional Santa Clara

Moreira, Lorrane Brunelle .

Avaliação do processo de trabalho em Centros Especializados de Reabilitação do Brasil. / Lorrane Brunelle Moreira. - Alfenas, MG, 2022. 77 f. : il. -

Orientador(a): Silvia Lanzotti Azevedo da Silva.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2022.

Bibliografia.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Atenção Secundária à Saúde. 3. Trabalho. 4. Reabilitação. I. da Silva, Silvia Lanzotti Azevedo , orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

**LORRANE BRUNELLE MOREIRA**

## **AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO DO BRASIL**

A Banca examinadora abaixo-assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração Avaliação e Intervenção em Ciências Reabilitação.

---

Aprovada em: 6 de junho de 2022

Profa. Dra. Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva  
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof. Dr. Juscelio Pereira da Silva  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG

Prof. Dr. Arthur de Almeida Medeiros  
Instituição: Universidade Federal de Mato- Grosso do Sul



Documento assinado eletronicamente por **Juscelio Pereira da Silva, Professor do Magistério Superior**, em 06/06/2022, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arthur de Almeida Medeiros, Usuário Externo**, em 06/06/2022, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva, Usuário Externo**, em 06/06/2022, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0741734** e o código CRC **99FE4162**.

---

## **AGRADECIMENTOS**

O desenvolvimento desse trabalho não seria possível sem Deus que me deu o dom da vida e me manteve firme durante a jornada. Sou imensamente grata a minha orientadora Silvia, por todo apoio, parceria e incentivo mesmo em horas inadequadas. Também a minha coorientadora Neidimila por toda contribuição e disponibilidade. Gratidão a todos os participantes e colaboradores do projeto Redecin- Brasil, sem vocês isso não seria possível. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG por intermédio do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, recebam minha gratidão.

## RESUMO

**Introdução:** A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) visa ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e a integração desses pontos nos territórios nacionais. Nesta Rede, a Atenção Especializada é composta por serviços de modalidade única ou com pelo menos duas modalidades, denominados Centros Especializados de Reabilitação (CER). O processo de trabalho nos CER deve conter ações de assistência, organização de fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua do usuário e também coordenar e articular os diferentes pontos de atenção da rede em cada território. A avaliação do processo de trabalho dos profissionais inseridos na RCPCD pelo CER é uma alternativa para conhecer como eles se organizam na produção do cuidado e organização da rede, pois as ações desenvolvidas comprometem diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo descrever o processo de trabalho no CER e sua associação com características individuais dos trabalhadores e de contexto das macrorregiões de saúde onde os serviços estão inseridos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo multicêntrico e transversal, realizado em CER das cinco regiões geográficas brasileiras. Para análise do processo de trabalho, foi utilizada parte de um questionário autoaplicável e direcionado aos profissionais do CER. A coleta dos dados ocorreu nos locais de trabalho e, devido a Pandemia da Covid-19, nos municípios mais distantes, a coleta foi realizada de forma online. Foi realizada análise descritiva por frequências absolutas e relativas e médias e desvio-padrão e análise inferencial bivariada seguida de Modelo de Regressão Linear Assimétrico. **Resultados:** A amostra foi composta por 1826 trabalhadores de CER, de 8 estados brasileiros. A média de idade dos trabalhadores foi de 37,52 ( $\pm 9,59$ ) anos, sendo 84,5% do sexo feminino e 27,6% fisioterapeutas. O regime de trabalho predominante era contrato com registro em carteira de trabalho em conformidade com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em relação a satisfação, 88,6% relataram boa satisfação com o trabalho. Grande parte da amostra nunca realizou ou não sabe o que é Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial. Também não é prática rotineira, estabelecimento de fluxos e práticas de cuidado à saúde de usuários articulados entre serviços de saúde da rede e ensino. A variável de contexto cobertura da Atenção Básica apresentou relação não linear com o processo de trabalho, já o IDH não apresentou associação. **Conclusão:** O conhecimento do processo de trabalho dos profissionais da atenção especializada em reabilitação permitiu o esclarecimento

do funcionamento do serviço e seus principais pontos fracos e potencialidades, possibilitando sugestões de adaptações em busca atenção integral a pessoa com deficiência.

**Palavras-chave:** Pessoas com Deficiência. Atenção Secundária à Saúde. Trabalho. Reabilitação.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Care Network for People with Disabilities (RCPCD) aims to expand access, qualify health care, promote the linking of people with disabilities and their families to health care points and ensure the articulation and integration of these points in the national territories. In this Network, Specialized Care is composed of services in a single modality or with at least two modalities, called Specialized Rehabilitation Centers (CER). The work process in the CERs must contain assistance actions, organization of flows and practices of continuous health care of the user and also coordinate and articulate the different points of attention of the network in each territory. The evaluation of the work process of professionals included in the RCPCD by the CER is an alternative to know how they organize themselves in the production of care and organization of the network, as the actions developed directly compromise patient safety and the quality of care. **Objective:** The study aimed to describe the work process at the CER and its association with individual characteristics of workers and the context of the health macro-regions where the services are located. **Methodology:** This is a multicenter, cross-sectional study carried out in CERs in the five Brazilian geographic regions. For analysis of the work process, part of a self-administered questionnaire was used and directed to CER professionals. Data collection took place in the workplace and, due to the Covid-19 Pandemic, in the most distant municipalities, the collection was carried out online. Descriptive analysis was performed by absolute and relative frequencies and means and standard deviation and bivariate inferential analysis followed by Asymmetric Linear Regression Model. **Results:** The sample consisted of 1826 CER workers from 8 Brazilian states. The workers' mean age was 37.52 ( $\pm 9.59$ ) years, 84.5% were female and 27.6% were physical therapists. The predominant work regime was a contract with employment registration in accordance with the Consolidation of Labor Laws (CLT). Regarding satisfaction, 88.6% reported good job satisfaction. A large part of the sample has never performed or does not know what a Singular Therapeutic Project and Matrix Support is. It is also not a routine practice to establish flows and practices of health care for users articulated between health services in the network and teaching. The context variable coverage of Primary Care showed a non-linear relationship with the work process, whereas the HDI showed no association. **Conclusion:** The knowledge of the work process of professionals of specialized care in rehabilitation allowed the clarification of the functioning of the service and its main weaknesses and potential, allowing suggestions for adaptations in search of comprehensive care for people with disabilities.

**Keywords:** People with Disabilities. Secondary Health Care. Job. Rehabilitation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - BoxPlot representativos dos valores do escore do Processo de Trabalho de acordo com Cargo/Função.....	39
Quadro 1 - Macrorregiões de saúde dos estados que comporão a coleta dos dados dos Centros Especializados de Reabilitação, e suas respectivas cidades.....	27
Tabela 1- Descrição da Amostra (variáveis independentes individuais).....	34
Tabela 2 - Descrição dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER.....	35
Tabela 3 - Modelo de regressão linear assimétrica .....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centros Especializados de Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação da Leis Trabalhistas
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PcD	Pessoas com deficiências
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD).....	14
2.2	CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO (CER) .....	16
2.3	IMPLANTAÇÃO DA RCPCD.....	18
2.4	PROCESSO DE TRABALHO.....	21
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>26</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO .....	26
4.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	26
4.3	LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
4.4	PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	29
4.5	VARIÁVEL DEPENDENTE.....	30
<b>4.5.1</b>	<b>Processo de Trabalho do CER</b> .....	<b>30</b>
4.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	31
<b>4.6.1</b>	<b>Variáveis Individuais</b> .....	<b>31</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Variáveis de Contexto</b> .....	<b>32</b>
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>42</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>
	<b>APOIO FINANCEIRO</b> .....	<b>61</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, mais de um bilhão de pessoas apresentam algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões experimentaram dificuldades funcionais consideráveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011). No Brasil, 6,7% da população apresenta algum tipo de deficiência, sendo a deficiência visual a mais comum, afetando 3,4% da população, seguida da motora (2,3%), mental/intelectual (1,4%) e auditiva, presente em 1,1% da população (IBGE, 2018).

Desta forma, com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência (PcD), em 2011 foi instituído o Plano Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011). A partir dele, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, com o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e a integração desses pontos nos territórios nacionais (BRASIL, 2012).

Para que ocorresse o processo de implementação da RCPCD, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, viajou o Brasil inteiro buscando elaborar normativas, orientações, instrutivos e materiais de referência direcionados à gestores, profissionais da saúde, pesquisadores e movimentos sociais (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A instituição da RCPCD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está ancorada na necessidade de saúde com oferta de serviços de reabilitação por uma rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos que compõe uma Rede de Atenção à Saúde. A Portaria GM/MS N° 793 propõe a implementação do cuidado em rede e a organização dessa rede em três pontos de atenção: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências, podendo estar em estabelecimentos únicos ou que atendem ao menos duas modalidades de reabilitação, os chamados Centros Especializados de Reabilitação (CER) e Atenção Odontológica Especializada; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Muitos dos serviços de reabilitação já existentes no país estavam isolados dos demais serviços de saúde, o que pode ser um obstáculo na sedimentação da atenção integral à Pessoa

com Deficiência, dada a possível falta de comunicação com os outros níveis, como a Atenção Básica, Urgência e Emergência e Hospitalar.

A RCPCD apresenta os CER como pontos de atenção secundários, regulados, específicos para o cuidado a este público, que podem ser acompanhados por oficinas ortopédicas fixas e itinerantes, e apresentam como diretrizes para seu funcionamento proporcionar atenção integral e efetiva às PcD, incluindo o diálogo com outros pontos da rede. No cenário nacional, os CER são os equipamentos de saúde existentes nos municípios, habilitados para compor as redes e atuar como serviços de referência do cuidado a pessoa com deficiência (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012; ROCHA, *et al.*, 2019).

Atualmente, estão habilitados 217 CER em todas as regiões do Brasil. No entanto, o processo de implantação desses CER tem ocorrido de forma heterogênea entre essas regiões, podendo ser identificadas dificuldades, relativas à pactuação, outras relativas à gestão da rede e à articulação entre os pontos da rede, bem como relacionadas à regulação de demandas e fluxos assistenciais, que devem compor o processo de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2017; CASTANEDA, *et al.*, 2020)

O trabalho em saúde é entendido como um trabalho coletivo, realizado por diferentes conhecimentos e práticas profissionais cujo produto é a assistência à saúde de seres humanos. Assim, o processo de trabalho em saúde lida com a vida humana, mesclando ações ligadas ao cuidado, gestão, organização de serviços e atuação em grupo, sendo a forma de conformação imprevisível e sempre passível de mudanças (FARIA, 2010; BRITO, 2016).

Para analisar o processo de trabalho é importante observar dados referentes a região em que a equipe atua. Estudos mostram dados que evidenciam acentuadas desigualdades regionais relacionadas à situação de saúde em nosso país, identificando que algumas regiões têm piores resultados em relação a outras, referente ao processo de trabalho das equipes. Também se torna importante analisar a relação entre o porte dos municípios e seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), pois essas variáveis tendem a influenciar no processo de trabalho. Observa-se que os pequenos municípios concentram as maiores coberturas de AB, sendo em geral os que apresentam menor IDH. Assim, tendem a dispor de serviços de saúde com estrutura mais deficitária (TOMASI *et al.*, 2015; HENRIQUE; CALVO, 2009; BRASIL, 2005).

De forma geral, o processo de trabalho nos CER deve estabelecer rotinas além da prestação de assistência, fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, mas também a coordenação e articulação entre os diferentes pontos de atenção da RCPDC em cada território, e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional (MINAS GERAIS, 2012). O processo de

trabalho nos CER deve vencer desafios de mudança de organização de serviços pré-existentes, e mudar rotinas para melhorar a assistência e cuidado em saúde, além da organização do fluxo dos usuários na rede (NASCIMENTO, 2018). Em sua atuação, profissionais envolvidos com os usuários com deficiência devem buscar o funcionamento da rede estabelecido pela Portaria GM/MS nº 793, sempre objetivando preservar ou otimizar a funcionalidade. Uma das principais propostas de trabalho dos profissionais inseridos nos CER é a articulação com os demais pontos da rede por apoio matricial e a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja produção deve contar com a participação da equipe multiprofissional, do indivíduo com deficiência e seus familiares e acompanhantes (BRASIL, 2012).

Identificar se as atividades desenvolvidas estão alinhadas com as atividades propostas podem ajudar a esclarecer o funcionamento dos CER e facilitar as tomadas de decisão por meio de correção de falhas e otimização do alinhamento por possíveis alterações de condutas. A avaliação do processo de trabalho dos profissionais inseridos na RCPCD pelo CER é uma alternativa para conhecer como os profissionais se comportam na produção do cuidado e organização da rede, pois as ações desenvolvidas comprometem diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência (CILLEROS; GÓMEZ 2016; FURTADO; VIEIRA-DASILVA, 2014).

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD)

Historicamente, a assistência ofertada no SUS para PcD foi organizada de forma desarticulada, com legislações que não estabeleciam as diretrizes de articulação entre os pontos de atenção, com foco priorizado nos serviços especializados em reabilitação e na concessão de tecnologias assistivas (CAETANO *et al.*, 2018).

Até o início dos anos 2000 as portarias que orientavam os serviços de reabilitação voltados à PcD trataram prioritariamente da inclusão desses serviços na média e alta complexidade. Em 2002 a portaria que cria a Política Nacional de Saúde da PcD (Portaria MS/GM nº 1060/2002) avançou em relação aos princípios da reabilitação e forma de assistência. Essa portaria reforçou a criação de redes de serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, trazendo a Atenção Básica (AB) e a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para o cenário da reabilitação e priorizando a assistência integral a essa população.

A RBC tinha como objetivo valorizar e desenvolver o potencial da PcD e da comunidade em que ela vive como agente no processo de reabilitação e inclusão social. Contudo, para que ocorresse a operacionalização da RBC, era necessário a introdução de uma equipe de reabilitação na Atenção Básica, o que foi feito com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, e rebatizado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em 2017. Desta forma, visando proporcionar a atenção integral, a rede de assistência à PcD foi reforçada com a inserção da reabilitação na atenção básica a partir do NASF ou NASF-AB (CAETANO *et al.*, 2018).

Em 2011, com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das PcD, foi instituído o Plano Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011). E a partir dele, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

A RCPCD tem como principais objetivos, a promoção de cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências. Ela visa o desenvolvimento de ações de prevenção e de identificação

precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. Também objetiva a ampliação da oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, além da promoção da reabilitação e a reinserção das PcD, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social. A RCPCD busca promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde, desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, além de, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RCPCD (BRASIL, 2012).

A organização dessa rede é proposta pela Portaria GM/MS N° 793 em três componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, Atenção Odontológica Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Dentro da estrutura em rede, a Atenção Básica participa como porta de entrada preferencial e organizadora do fluxo, concentrando suas ações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e com apoio dos NASF/NASF-AB, quando presentes, e atenção odontológica. A Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências tem como pontos de atenção os Centros Especializados de Reabilitação (CER), estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, oficinas ortopédicas e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na RCPD deve ser responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência, incluindo odontológicas, das PcD. A atenção hospitalar deve qualificar o atendimento a este público em leitos específicos e também procedimentos que necessitam de condições especiais para esta população (BRASIL, 2012).

A RCPCD foi preconizada para ter um arranjo regional de saúde em função das necessidades da população, das demandas regionais e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em saúde esteja focada na realidade do território e que dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a estas pessoas. A união de uma ou mais região de saúde forma uma macrorregião de saúde (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Essa organização visa favorecer uma maior interlocução entre os pontos de atenção, aproximando dos serviços especializados em reabilitação, setores como a Atenção Básica e o

componente hospitalar. A assistência à saúde passa a ser planejada de forma integral e intersetorial, garantindo ações de promoção à saúde e intervenção precoce, minimizando suas consequências (MACHADO *et al.*, 2018).

O CER é entendido como “coração” ou centro organizador da RCPCD. Contudo, muitos dos serviços de reabilitação já existentes no país estavam isolados dos demais serviços de saúde, o que pode ser um obstáculo na sedimentação da atenção integral à PcD, dada a possível falta de comunicação com os outros níveis, atenção básica e urgência e emergência e hospitalar. Desta forma faz-se necessário compreender o processo de implementação da rede (BRASIL, 2012).

## 2.2 CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO (CER)

A RCPCD apresenta os CER como pontos de atenção secundários, que podem ser acompanhados por oficinas ortopédicas fixas e itinerantes, e apresentam como diretrizes para seu funcionamento proporcionar atenção integral e efetiva às PcD física, intelectual, auditiva, visual, ostomias e múltiplas deficiências; garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento dos seus usuários e familiares; promover vínculo da PcD e a equipe de saúde; e adequar os cuidados prestados às necessidades dos usuários com deficiência (BRASIL, 2012).

No cenário nacional, os CER são os equipamentos de saúde existentes nos municípios, habilitados para compor a rede e atuar como serviços de referência do cuidado. Os CER são um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. Eles visam promover autonomia e independência das PcD, além de garantir seus direitos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012 ROCHA *et al.*, 2019).

Como parte da RCPCD, os CER podem atender PcD que possuem demandas de reabilitação auditiva, física, intelectual e/ou visual, e seus profissionais devem trabalhar de forma interdisciplinar, variando de acordo com a demanda de cada CER (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). O CER poderá se organizar quanto ao tipo e quantidade de serviços especializados de três formas distintas: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas; CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas e o CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas, além da oficina ortopédica. Existem também os serviços de modalidade única, que prestam auxílio a pessoas

com somente um tipo de deficiência. O CER pode também constituir uma rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação, como também ser polo de qualificação profissional no campo da reabilitação (BRASIL, 2012).

Para cada tipo de CER é definida uma equipe multiprofissional obrigatória, que varia de acordo com o tipo de CER e as modalidades de deficiência atendidas pelo serviço. Essas equipes multiprofissionais são formadas de acordo com os serviços de reabilitação ofertados e podem ser compostas por diversos profissionais como, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais. Esses profissionais devem conhecer e saber utilizar a rede em sua complexidade, encaminhando quando necessário para os demais níveis de atenção (BRASIL, 2020; BRASIL, 2012; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Atualmente, estão habilitados 217 CER em todas as regiões do Brasil. No entanto, o processo de implantação desses CER tem ocorrido de forma heterogênea nas regiões do país, podendo ser identificadas dificuldades, relativas à pactuação, outras relativas à gestão da rede e à articulação entre os pontos da rede, bem como relacionadas à regulação de demandas e fluxos assistenciais (BRASIL, 2017; CASTANEDA, 2020).

Como regras de funcionamento dos CER estão listadas: (1) ser serviço regulado que funcione dentro de lógica territorial, (2) ser serviço de referência para o cuidado à PcD; (3) produzir, em equipe multiprofissional e parceria com o usuário e família, Projeto Terapêutico Singular (PTS) objetivando maximização da autonomia e independência; (4) garantir fornecimento de próteses e órteses, adequadas a cada usuário; (5) promover inclusão social, configurando ação intersetorial; (6) estabelecer fluxos com outros níveis de atenção, por referência e contrarreferência; (7) realizar apoio matricial junto à atenção básica; (8) articular-se com a Rede de Assistência Social; (9) articular-se com a Rede de Educação, na identificação de crianças portadoras de deficiência com necessidades especiais para o aprendizado (BRASIL, 2012). Estes itens devem fazer parte do processo de trabalho dos profissionais inseridos no CER na produção do cuidado direcionado à PcD.

O CER visa promover a articulação com os outros pontos de assistência, sejam eles públicos ou privados. Portanto, ele é estratégico na qualificação, regulação e criação de condições mínimas para os cuidados às pessoas com deficiência, inclusive, em termos de acolhimento de diferenças e de humanização dos cuidados, decorre daí a sua centralidade dentro dessa nova rede (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Valentim et al. (2021) identificaram que os profissionais dos CER demonstram dificuldades em atuar de forma interdisciplinar, ofertando o cuidado integralmente, com foco

na funcionalidade humana. Ressaltou também, a dificuldade na articulação do CER com outros serviços da RCPCD, com outras redes de atenção e com outros setores.

Em busca de maior incentivo à implementação da RCPCD, o governo federal lançou, em abril de 2012, a Portaria GM/MS 835, com incentivos para construção e habilitação dos CER, que colocava, como pré-requisito para o recebimento do incentivo financeiro, condições de estrutura e equipe. A estrutura deveria ser adaptada para o acesso destes usuários e conta com transporte sanitário para facilitação do alcance do serviço. Já a equipe deve ser composta, no mínimo, por médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro, que devem desenvolver uma rotina que envolve novas propostas para seu processo de trabalho (BRASIL, 2012a).

Os CER possuem dificuldades patentes em relação a cobertura, acesso, qualidade da assistência, planejamento terapêutico, recursos humanos e materiais. Sua função ainda é pouco compreendida tanto por parte dos profissionais como dos usuários do sistema de saúde (VALENTIM, 2021).

### 2.3 IMPLANTAÇÃO DA RCPCD

A análise da implantação permite compreender a dinâmica da intervenção e identificar os fatores explicativos críticos. A avaliação da RCPCD no Sistema Único de Saúde e de seu processo de implantação é de fundamental importância para entendimento de quanto essa rede e suas ações são desenvolvidas, e para a compreensão do impacto especialmente da portaria 793/2012 no cuidado a essas pessoas (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Em 2011 foi instituído o Plano Viver sem Limite - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, com o objetivo de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. A partir dele, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, que institui a RCPCD no âmbito do SUS, inicia-se o processo de formulação e implementação dessa rede. Para o processo de implementação da rede, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência, viajou o Brasil inteiro para elaborar uma série de orientações, normativas, instrutivos e materiais de referência (BRASIL, 2011; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A instituição da RCPCD no âmbito do SUS está ancorada na necessidade de saúde com oferta de serviços de reabilitação por uma rede integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos que compõe uma Rede de Atenção à Saúde. Tradicionalmente, o cuidado à

saúde da PcD estava restrito aos serviços pertinentes à atenção especializada e hospitalar, o que era insuficiente para as demandas de saúde deste público (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). A mudança desta lógica e implementação da RCPCD implica na descentralização da oferta assistencial das políticas públicas governamentais de atenção à saúde da PcD (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

A desarticulação dos componentes da rede e o fato de se limitarem a prestar cuidados às pessoas com deficiência isoladamente em seus espaços de atuação acaba sendo um dos obstáculos na sedimentação da atenção integral à PcD, dada a falta de comunicação com os outros níveis, atenção básica e urgência e emergência e hospitalar (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

O estudo de Condessa *et al.* (2020) identificou barreiras para o atendimento das PcD nos serviços públicos de saúde, dentre elas estavam a baixa acessibilidade física nos estabelecimentos, o despreparo dos profissionais para atender essa população, onde, muitos profissionais da APS não se sentem aptos para esse atendimento e por isso referenciam os casos aos serviços especializados, fazendo com que esses atendam a casos que poderiam ser solucionados na Atenção Básica, aumentando a fila de espera para atendimento dos usuários que de fato necessitam de atenção especializada. O estudo também observou que há uma falta de protocolos de encaminhamento da atenção básica para a especializada bem delineados envolvendo o cuidado em saúde bucal para pessoas com necessidade especial, essa ação permitiria a organização da rede de cuidados e possibilitaria um tratamento completo do usuário em todos os pontos de atenção. A questão financeira, também aparece como uma das principais barreiras de acesso encontradas pelas PcD, o que aponta a necessidade de adequação dos serviços públicos de saúde no Brasil, no sentido de facilitar o acesso dessa população (ROULEAU *et al.*, 2020).

Pereira *et al.* (2016) identificaram que a referência e a contrarreferência entre unidades e serviços que compõem a RCPCD ocorrem de forma desarticulada, até certo ponto informal, onde os instrumentos de comunicação utilizados para encaminhamentos dos usuários de um nível para outro, são inadequados (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Desta forma, estudos mostram que um fluxo desordenado, a ausência de articulação dos componentes da rede e a falta de competência dos profissionais para lidar com essa população, são barreiras para implantação da rede (MACHADO, 2018; PEREIRA; MACHADO, 2016; ROULEAU *et al.*, 2020). As necessidades das pessoas com deficiência vão além da saúde, sendo as ações intersetoriais imprescindíveis ao atendimento integral dessas pessoas (BRASIL, 2010). Uma boa implementação da rede visa uma relação de

interdependência entre seus componentes (CASTRO, *et al.*, 2012). Assim, é necessário a coordenação entre diferentes profissionais e serviços para uma abordagem integral das PcD.

São poucos os estudos que analisam o processo de construção e implementação da RCPCD. Holanda *et al.* (2014), avaliaram a RCPCD com enfoque nas ações desenvolvidas no cenário de práticas da Secretaria Estadual da Saúde da Paraíba, produzindo uma reflexão crítica sob a ótica dos alunos bolsistas inseridos neste campo de prática. Os resultados do estudo possibilitaram o conhecimento dos alunos sobre os avanços e dificuldades enfrentadas pelas PcD, além de permitir vivenciarem a construção da rede sob a perspectiva da gestão e participar de forma ativa, contribuindo para a implementação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência no Estado da Paraíba.

Dubow *et al.*, 2018, analisaram o processo de implantação da RCPCD na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, permitindo identificar algumas limitações da RCPCD nessa região, dentre elas estão, dificuldade de acesso aos serviços de reabilitação, falta de profissionais da área da reabilitação nos municípios, financiamento insuficiente e formação precária de trabalhadores e gestores de saúde para lidar com as deficiências. O estudo concluiu que esta rede se configura como uma rede viva de cuidados em permanente movimento e se delinea conforme as necessidades da população com deficiência do território.

Machado *et al.* (2018), analisaram as implicações da RCPCD no âmbito do Sistema Único de Saúde, observando que ainda ocorre persistente desarticulação dos componentes dessa rede, onde se limitam a prestar cuidados às pessoas com deficiência isoladamente em seus espaços de atuação. Os autores concluíram que as mudanças estruturais alteram o fluxo de atendimentos e que é necessário a articulação dos pontos de atenção para que o sistema funcione de forma integrado, de forma a assegurar a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência.

O estudo de Maciel *et al.* (2020), mapeou a RCPCD em Minas Gerais, onde observou grande desproporção entre as modalidades de reabilitação, com maior número de serviços voltados para reabilitação intelectual e distribuição não equânime. Também verificaram a necessidades de adequação da rede para que se alcance a equidade no acesso aos serviços especializados.

A criação e a implementação da RCPCD reconfigurou o modelo de atenção à saúde destinada às PcD, estabelecendo uma nova lógica na organização dos serviços de saúde ofertados e criando novos espaços capazes de atender às necessidades dessa parcela da população, a exemplo dos CER. A nova rede compreende que os CER são pontos de atenção regulados, para ações específicas no cuidado à saúde da PcD, e destaca a necessidade de

articulação com os outros pontos de atenção da rede, sendo pontos de referência para o cuidado no âmbito do SUS (BRASIL, 2012; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

#### 2.4 PROCESSO DE TRABALHO

O trabalho em saúde é entendido como um trabalho coletivo, realizado por diferentes conhecimentos e práticas profissionais cujo produto é a assistência à saúde de seres humanos. O processo de trabalho em saúde, assim como todos os outros, vivenciou profundas transformações com o capitalismo, as quais permitiram o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, perpetuou a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde (SOUZA *et al.*, 2010). O trabalho em saúde distancia-se de sua dimensão cuidadora ao operar baseado em procedimentos, o que desconsidera as reais necessidades dos usuários (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; LINS; CECÍLIO, 2008).

O objeto de trabalho do setor da saúde são as necessidades humanas de saúde. Esse objeto de trabalho só existe a partir de determinado olhar do trabalhador sobre o usuário, que contém a finalidade de transformar a realidade (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). O produto do trabalho em saúde concretiza-se e é determinado, principalmente, no momento em que se tem uma relação estabelecida entre trabalhador e usuário. Esse processo é resultado da interação do trabalhador com instrumentos, normas e máquinas, mobilizando, então, diversas tecnologias, que lhe configuram sentidos no modo de produzir em saúde (MERHY; FRANCO, 2009).

Ao realizar análises de processo de trabalho em saúde torna-se importante incluir a questão das inter-relações pessoais, materializadas por um diálogo singular entre os trabalhadores coletivos e os usuários. Pois, o processo de trabalho integra aspectos intelectuais e manuais e acontece de forma fragmentada, devido ao expressivo acúmulo de novas tecnologias e da variedade de serviços, tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do consumidor, o que leva ao processo de alienação (NOGUEIRA, 1997).

Nogueira (1997) afirma que, para analisar o processo de trabalho no setor de saúde, deve-se considerar três aspectos. O primeiro, é que o trabalho na área de saúde compartilha características comuns com os demais processos de trabalho. O segundo, que ele é uma prestação de serviço e marcado pelo estabelecimento de fortes relações interpessoais, decisivas, inclusive, para a eficácia da ação. Por último, que o processo de trabalho em saúde

é extremamente abstrato, uma vez que existem diversas técnicas particulares que podem produzir a ação em saúde.

Merhy (2002), conclui que é através do encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário que se estabelece a possibilidade de construir projetos com impactos positivos nos problemas de saúde. Logo, é imprescindível empregar meios de trabalho que favoreçam o vínculo, o envolvimento e a coparticipação desses sujeitos, ativos no processo de produção da saúde

Na avaliação dos serviços de saúde é indispensável a compreensão do funcionamento dos serviços, que envolve a identificação dos recursos, demandas, processos de trabalho e os resultados alcançados, permitindo a aferição da qualidade (BRASIL, 2010).

As ações de saúde promovidas pelos serviços de reabilitação devem estar acessíveis e disponíveis a todos, respondendo às necessidades das PcD (GUTENBRUNNER; NUGR, 2017). Esses serviços devem ter claro, como, onde e em que contexto o serviço é prestado, quais são suas fontes de financiamento e como os serviços são entregues para o usuário (KIEKENS *et al.*, 2017).

Tomasi *et al.* (2015) mostram que durante a análise do processo de trabalho é importante observar dados referentes a região em que a equipe atua. O estudo mostra dados que evidenciam acentuadas desigualdades regionais relacionadas à situação de saúde em nosso país, identificando que algumas regiões têm piores resultados em relação a outras, referente ao processo de trabalho das equipes. Também se torna importante analisar a relação entre o porte dos municípios e seu IDH, pois, os municípios com mais de 100.000 habitantes e aqueles com maior IDH apresentavam maior frequência de adequação quanto à estrutura e processo de trabalho. Observa-se que os pequenos municípios concentram as maiores coberturas da ESF, sendo em geral os que apresentam menor IDH. Assim, tendem a dispor de serviços de saúde com estrutura mais deficitária (TOMASI, *et al.*, 2015; HENRIQUE; CALVO, 2009; BRASIL, 2005).

De forma geral, o processo de trabalho em saúde lida com a vida humana, mesclando ações ligadas ao cuidado, gestão, organização de serviços e atuação em grupo, sendo a forma de conformação imprevisível e sempre passível de mudanças (FARIA, 2010). O processo de trabalho nos CER deve estabelecer rotinas além da prestação de assistência, fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, mas também a coordenação e articulação entre os diferentes pontos de atenção da RCPDC em cada território, e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Também objetiva-se melhorar a funcionalidade e promover a inclusão

social das PcD em seu ambiente social, além de garantir que a indicação de dispositivos assistivos serão criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente (MINAS GERAIS, 2012).

Uma das práticas propostas de trabalho dos profissionais inseridos nos CER em articulação com os demais pontos da rede por apoio matricial é a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja produção deve contar com a participação da equipe multiprofissional, do indivíduo com deficiência e seus familiares e acompanhantes. O processo de trabalho do CER também inclui atividades que visem a educação permanente, buscando qualificação do profissional no campo da reabilitação, e podendo constituir rede de inovação tecnológica e pesquisa (BRASIL, 2012).

O estudo de Silva *et al.* (2021), mostrou que, 64,7% dos trabalhadores dos CER/APAE de Minas Gerais incluem o PTS em seu processo de trabalho. O estudo concluiu que as Apaes habilitadas como CER atuam de forma alinhada ao esperado pela legislação (Portaria nº 792/2012), evidenciando percentuais elevados de realização das ações esperadas do processo de trabalho.

O estudo de Valentim (2020), identificou que, entre as ações e ferramentas utilizadas para se alcançar os produtos e resultados almejados pela RCPD no CER, foram incluídos o PTS, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), avaliação global, consultas compartilhadas, educação em saúde, alta qualificada, grupos terapêuticos, matriciamento, sistemas de informação, parceria ensino-serviço, avaliação de satisfação, regulação e controle social.

O processo de trabalho nos CER deve vencer desafios de mudança de organização de serviços pré-existentes, e mudar rotinas para melhorar a assistência e cuidado em saúde, além da organização do fluxo dos usuários na rede (NASCIMENTO, 2018). Em sua atuação, profissionais envolvidos com os usuários com deficiência devem buscar o funcionamento da rede estabelecido pela Portaria GM/MS nº 793, e incluir ações interdisciplinares e intersetoriais, interlocução com família, criação de vínculo, além de prescrição de órteses e próteses e referência e contrarreferência, sempre objetivando preservar ou otimizar a funcionalidade (BRASIL, 2012).

Assim, ao buscar identificar se as atividades desenvolvidas estão alinhadas com as atividades propostas podem ajudar a esclarecer o funcionamento dos CER e facilitar as tomadas de decisão por meio de correção de falhas e otimização do alinhamento por possíveis alterações de condutas. A avaliação do processo de trabalho dos profissionais inseridos na RCPD pelo CER é uma alternativa para conhecer como os profissionais se comportam na

produção do cuidado e organização da rede, pois as ações desenvolvidas comprometem diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência (CILLEROS; GÓMEZ 2016; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

É preciso conhecer o processo de trabalho dos profissionais que constituem as equipes que atuam nos CER, incluindo criação de vínculos com os usuários, realização de ações intersetoriais e interprofissionais, elaboração do PTS, realização de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde, estabelecimento de comunicação com outros níveis da rede e oficinas ortopédicas e busca da otimização da funcionalidade. Todos estes itens são aspectos destacados na Portaria GM/SM Nº 793 como fundamentais para o funcionamento do CER enquanto componente da RCPCD (BRASIL, 2012).

De acordo com Fernandes e Zanelli (2006) faz-se necessário saber o quanto é perceptível a importância do seu aprendizado profissional e sua aplicabilidade de forma contínua para o processo de educação e integração da equipe em uma instituição, essas temáticas comprometem diretamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Assim, o conhecimento do processo de trabalho dos profissionais da atenção especializada em reabilitação esclarece o funcionamento do serviço e possibilitará analisar se as ações que visam o cuidado das PcD estão sendo adequadas ou se necessitam de adaptações, facilitando as tomadas de decisão por meio de correção de falhas e alteração de conduta.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever o processo de trabalho nos CER e verificar sua associação com fatores individuais dos trabalhadores e contextuais da região de saúde onde são localizados.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de trabalho nos CER do Brasil de acordo com sua proposta de funcionamento disposta na Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012.
- Caracterizar os trabalhadores de acordo com variáveis sócio-demográficas e econômicas.
- Descrever as ações de profissionais inseridos nos CER em relação à elaboração de ações de promoção de saúde, criação de vínculo, trabalho interprofissional, conhecimento e elaboração do Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial e avaliação funcional.
- Descrever as ações de profissionais nos CER em relação a ações intersetoriais com assistência social, educação e outros pontos da rede.
- Verificar associação fatores individuais, IDH e Cobertura AB com o processo de trabalho de profissionais atuantes nos CER.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal, composto pela avaliação do processo de trabalho nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências, considerando as ações que deveriam fazer parte da rotina dos trabalhadores destes componentes da Atenção Especializada da RCPCD no Brasil, segundo a Portaria 793/2012. O estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN – BRASIL”, que apresenta delineamento de métodos mistos, envolvendo investigações qualitativas por meio de análise documental e entrevistas de atores-chave sobre a implantação da RCPCD, e aplicações de questionários quantitativos com gestores e trabalhadores de CER e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RIBEIRO, 2021). O presente estudo utilizou o componente de análise quantitativa de dados de trabalhadores de CER dos estados participantes da pesquisa.

### 4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto REDECIN – BRASIL foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), instituição coordenadora do projeto pelo parecer nº 3.348.643 (Anexo 1). O Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), também aprovou o projeto como instituição coparticipante pelo parecer nº 3.509.495 (Anexo 2). Todos os participantes que concordaram em responder ao questionário assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em forma física ou online (Anexo 3).

### 4.3 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo avaliou o processo de trabalho por questionários aplicados em CER localizados em 8 estados brasileiros: Amazonas, Bahia, Paraíba, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul.

Devido a RCPCD ser preconizada para ter um arranjo organizado dentro das macrorregiões/regiões ampliadas de saúde, a localização e amplitude de atendimentos dos CER nos estados segue a lógica dos Planos Diretores de Regionalização estaduais. A RCPCD foi assim preconizada para ter um arranjo regional de saúde em função das necessidades da população, das demandas regionais e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em

saúde esteja focada na realidade do território e que dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a estas pessoas. A união de uma ou mais microrregiões de saúde forma uma macrorregião de saúde (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Todos os Centros Especializados de Reabilitação dos estados participantes do estudo foram contactados e todos os seus trabalhadores que concordaram em participar da pesquisa foram incluídos no estudo.

O Quadro 1, lista todas as macrorregiões/regiões ampliadas de saúde, os estados estudados e as cidades dentro das macrorregiões em que estão localizados os CER avaliados.

Quadro 1 - Macrorregiões de saúde dos estados que compuseram a coleta dos dados dos Centros Especializados de Reabilitação, e suas respectivas cidades, que contém CER.

(Continua)

ESTADOS	MACRORREGIÕES	CIDADES QUE POSSUEM CER
Amazonas (AM)	Central	Manaus
Bahia (BA)	NORDESTE	Alagoinhas
	CENTRO-LESTE	Feira de Santana
	SUDOESTE	Itaberaba
	LESTE	Itapetinga
		Vitoria da Conquista
		Camaçari
Espírito Santo (ES)	CENTRO-NORTE	Salvador
		Jacobina
	SUL	Cachoeiro de Itapemirim
	CENTRAL	Colatina
	METROPOLITANA	Guarapari
		Vila Velha
	NORTE	Nova Venécia

(Continua)

ESTADOS	MACRORREGIÕES	CIDADES QUE POSSUEM CER
Minas Gerais (MG)	NORDESTE SUL	Teófilo Otoni Alfenas São Lourenço Três Pontas
	SUDESTE	Além Paraíba Ubá
	CENTRO	Belo Horizonte Contagem Itabirito Sete Lagoas
	TRIANGULO SUL CENTRO SUL VALE DO AÇO NORTE	Araxá Barbacena Ipatinga Janaúba
		Januária
	LESTE OESTE	Mantena Oliveira
		Para de Minas
	NOROESTE	Patos de Minas
	TRIANGULO NORTE CAMPO GRANDE	Unai Patrocínio Campo Grande
Mato Grosso do Sul (MS)	CORUMBA	Corumba
	TRÊS LAGOAS	Três Lagoas
Paraíba (PB)	I- JOÃO PESSOA	João Pessoa Conde Guarabira
	II-CAMPINA GRANDE	Campina Grande Monteiro
	III- PATOS	Patos Pianco Princesa Isabel
	IV- SOUSA	Sousa Catolé do Rocha
	VALES	Encantado
Rio Grande do Sul (RS)	MISSIONEIRA METROPOLITANA	Giruá Novo Hamburgo Osorio
		Porto Alegre
	CENTRO-OESTE	Santa Maria

Quadro 1 - Macrorregiões de saúde dos estados que compuseram a coleta dos dados dos Centros Especializados de Reabilitação, e suas respectivas cidades, que contém CER.

(Conclusão)		
ESTADOS	MACRORREGIÕES	CIDADES QUE POSSUEM CER
São Paulo (SP)	DRS I - GRANDE SÃO PAULO	Barueri Diadema Mauá Rio Grande da Serra São Bernardo do Campo São Caetano do Sul São Paulo
	DRS II – ARAÇATUBA	Araçatuba Penápolis
	DRS IV - BAIXADA SANTISTA	Santos
	DRS VI – BAURU	Bauru
	DRS VII – CAMPINAS	Indaiatuba
	DRS VIII – FRANCA	Franca
	DRS IX – MARÍLIA	Morro Agudo Marília
	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	Ribeirão Preto Batatais Jaboticabal
	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	Divinolândia
	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	São José do Rio Preto
DRS XVI – SOROCABA	São Roque	
DRS XVII – TAUBATÉ	Lorena	

Fonte: da autora

#### 4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A realização da entrevista ocorreu no local de trabalho, por bolsistas de graduação e pós-graduação selecionados em cada estado, em horário agendado com o profissional responsável pelo serviço. O entrevistador entregou o questionário ao respondente, após

assinatura do TCLE (Anexo 3), e ficou próximo para possíveis dúvidas. Mais trabalhadores podiam responder o questionário ao mesmo tempo, mas não se comunicaram.

Em decorrência da Pandemia da Covid-19 que ocorreu nos anos de 2020 e 2021, nos municípios mais distantes, a coleta no CER foi realizada de forma online, por envio de link aos trabalhadores o qual possibilitava o acesso ao questionário on-line. Os pesquisadores realizaram contato com os gestores responsáveis pelos CER para anuência da participação dos trabalhadores e obtenção dos contatos. O link foi enviado até 3 vezes a cada trabalhador, com intervalos de 15 dias entre os envios. Em caso de não resposta a cada 3 tentativas, era considerado recusa.

## 4.5 VARIÁVEL DEPENDENTE

### 4.5.1 Processo de Trabalho do CER

Para análise do processo de trabalho, foi utilizada parte de um questionário constituído por questões estruturadas, auto aplicável e direcionado aos profissionais do CER. O questionário é dividido nos blocos temáticos a seguir: perfil profissional; conhecimento sobre o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Formação Permanente; Processo de Trabalho e Articulação com a Rede (Anexo 4).

As perguntas do bloco “Processo de Trabalho e Integração com a Rede”, analisadas neste trabalho, foram elaboradas pelos pesquisadores e seguem a Portaria GM/MS nº 793. A análise do processo de trabalho se deu pela avaliação das respostas dos profissionais frente as funções que devem ser realizadas por estes profissionais para o funcionamento do CER enquanto parte integrante da Rede. As questões abordaram a satisfação com o trabalho desenvolvido no CER (1); se o trabalhador realiza atividades visando à construção de vínculos entre equipe de saúde, usuários e famílias (2); se disponibiliza informações e faz orientações ao indivíduo com deficiência e à sua família (3); realiza ações que estimulam a inclusão social das pessoas com deficiência (4); desenvolve ações intersetoriais de promoção da saúde (5); avalia se na unidade em que atua são realizadas ações visando a prevenção de deficiências (6); se participam de reuniões de equipe no CER (7); realizam consultas compartilhadas com outros profissionais no trabalho (8); constroem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) na rotina de trabalho (9); se o PTS conta com participação do indivíduo com deficiência, acompanhante e/ou familiares (10); e se o PTS é construído juntamente aos diferentes profissionais da equipe (11); se desenvolvem atividades com grupos de indivíduos com deficiência na unidade em que atuam (12); se estabelece fluxos e práticas de cuidado à saúde

de usuários articulados entre serviços de saúde da atenção primária, especialidades ou hospitais com o CER (13); se realizam ações de apoio matricial (14); se realizam interlocução com setores da Assistência Social no território (15); trabalham na indicação de próteses, órteses, meios auxiliares de locomoção e dispositivos e tecnologias assistivas (16); se realizam adaptação desses dispositivos (16a); se utilizam ferramentas/instrumentos específicas para avaliação de funcionalidade da PcD (17); se realizam ações com a rede de ensino (18); se realizam a construção de indicadores com base nos dados coletados nos atendimentos (19) e, por fim, se o CER conta com transporte para garantir o acesso de pessoas com deficiência aos pontos da Rede de Atenção à Saúde (20) .

Ao final, foram avaliadas um total de 21 questões do questionário, onde a resposta de cada pergunta é apresentada em escala Likert, com até 4 opções de resposta “Nunca”, “Raramente”, “Às Vezes”, “Sempre”, representando cada resposta 1,2,3 e 4 pontos, respectivamente. Algumas perguntas tinham 5 opções de resposta (9, 14, 16, 16a e 18) acrescentando o item “não tenho conhecimento”, como primeiro item da escala Likert e valor de 1 ponto, sendo as demais com valores de 2 a 5 pontos no escore total.

A partir da soma do valor de cada uma das 21 perguntas referentes ao processo de trabalho foi criado um escore linear de valor final único por trabalhador participante, onde quanto maior a somatória, melhor o processo de trabalho dentro das expectativas para o CER. A soma final permite um escore máximo alcançado de 89 pontos e o escore mínimo 21 pontos.

## 4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

### 4.6.1 Variáveis Individuais

As variáveis independentes individuais utilizadas na análise foram idade em anos completos; sexo (masculino e feminino); escolaridade (técnico, superior completo, especialização modalidade lato sensu, especialização modalidade residência, mestrado, doutorado); Cargo/função (Assistente Social, Coordenador de Oficina Ortopédica, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Pedagogo, Técnico em Orientação e Mobilidade, Técnico em Órtese e Prótese, Técnico/auxiliar de enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo e outros); regime de trabalho (funcionário público/estatutário, contrato de trabalho/CLT, prestador de serviço, outro); jornada de trabalho (20, 30 ou 40 horas/semanais); e satisfação com o trabalho avaliada por pontos (muito satisfeito – 4 pontos, satisfeito – 3 pontos, pouco satisfeito – 2 pontos e insatisfeito – 1 ponto).

#### 4.6.2 Variáveis de Contexto

As variáveis de contexto selecionadas foram Índice de Desenvolvimento Humano e Cobertura de Atenção Básica. Os dados referentes as variáveis de contexto foram coletados através de busca online nos bancos de dados dos sites E- gestor Atenção Básica, onde foram retirados os dados sobre o tamanho da população e cobertura de Estratégia de Saúde da Família e também do site Atlas Brasil, extraindo os dados referentes ao IDH municipal (BRASIL, 2021; ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010).

Os dados de contexto foram coletados a nível municipal, mas foram agregados pelas macrorregiões de saúde onde CER onde os trabalhadores responderam a pesquisa estão implementados. Para agregação, foi calculada média ponderada pela população dos valores de todos os municípios pertencentes às macrorregiões listadas no Quadro 1.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados em planilha Excel, considerando planilha única de dados para todos os serviços participantes, em todos os estados. Os participantes foram caracterizados e as variáveis apresentadas em média e desvio padrão quando contínuas e frequências absolutas e relativas quando categóricas.

Em primeiro momento, foram realizadas análises bivariadas para definição de quais variáveis independentes entrariam no Modelo de Regressão Linear Assimétrico Final. A partir deste resultado, as variáveis associadas ao escore do processo de trabalho nestas primeiras análises ( $p < 0,05$ ), foram inseridas no modelo ajustado. Cada variável foi inserida de cada vez, e mantida ou retirada de acordo com o critério de Akaike (AIC) calculado. Foram mantidas no modelo o conjunto de variáveis que atingiu o menor valor do critério, indicando fatores associados a um escore médio padrão para os trabalhadores cujo processo de trabalho foi avaliado.

As análises foram realizadas no Software R, versão 4.1.0.

## 5 RESULTADOS

Foram realizadas análise de dados dos trabalhadores de 97 Centros Especializados em Reabilitação (CER), distribuídos nas cinco regiões geográficas brasileiras. A amostra do presente estudo foi composta por 1826 trabalhadores destes CER, coletados em 8 estados brasileiros.

Dos 1826 trabalhadores, 2,2% (40) eram do estado do Amazonas; 21,8% (398) da Bahia e 17,7% (323) da Paraíba; na região sudeste, foram 9,2% (169) respostas de trabalhadores no Espírito Santo, 16,6% (303) em Minas Gerais e 25,0% (456) em São Paulo; no estado Mato Grosso do Sul foram 3,8% (69) respostas, e 3,7% (68) de trabalhadores participantes no Rio Grande do Sul. Desta forma, observa-se que os estados com maior percentual de trabalhadores na amostra final foram São Paulo, Bahia e Paraíba, nesta ordem.

Nosso estudo analisou profissionais de todos os tipos e modalidades de CER, onde 52,2% (945) dos profissionais faziam parte do CER tipo II, composto por duas modalidades de reabilitação, 27,5% (502) pertenciam ao CER tipo III, composto por 3 modalidades, e 20,3% (370) eram do CER tipo IV, composto por 4 ou mais modalidades. Assim, observa-se a predominância de trabalhadores de CER tipo II, compondo mais da metade da amostra.

A Tabela 1 apresenta a descrição da amostra, onde a média de idade dos trabalhadores foi de 37,52 ( $\pm 9,59$ ) anos, sendo 84,5% (1543) do sexo feminino, pós-graduados na modalidade especialização 60,8% (1111). Em relação a formação profissional, 27,6% (504) eram Fisioterapeutas, seguido de Fonoaudiólogos 18,9% (345) e Psicólogos 14,6% (269). Mais da metade dos trabalhadores, 57,4% (1049) tinham como regime de trabalho, Carteira Assinada (CLT). A média da jornada semanal de trabalho no CER foi de 29,00 ( $\pm 7,74$ ) horas. Observa-se que 88,6% (1618) dos trabalhadores apresentavam boa satisfação com o trabalho desenvolvido no CER.

Tabela 1 - Descrição da Amostra (variáveis independentes individuais).

Variável	N (%)	Média ( $\pm$ desvio-padrão)
a04) Idade:		37,52 ( $\pm$ 9,59)
a05) Sexo		
Masculino:	283 (15,5%)	
Feminino:	1543 (84,5%)	
a06) Nível de Escolaridade		
Curso Técnico:	4 (0,3%)	
Graduação:	7 (0,5%)	
Residência:	442 (24,2%)	
Especialização:	1111 (60,8%)	
Mestrado:	130 (7,1%)	
Doutorado:	114 (6,2%)	
Outro:	18 (0,9%)	
a07) Cargo/Função		
Assistente Social:	105 (5,7%)	
Coordenador de Oficina Ortopédica:	2 (0,2%)	
Enfermeiro:	84 (4,6%)	
Fisioterapeuta:	504 (27,6%)	
Fonoaudiólogo:	345 (18,9%)	
Médico:	106 (5,8%)	
Pedagogo:	81 (4,4%)	
Terapeuta Ocupacional:	237 (12,9%)	
Psicólogo:	269 (14,6%)	
Outros:	91 (5,3%)	
a08) Regime de Trabalho:		
Estatutário (Concursado):	437 (23,9%)	
Carteira Assinada (CLT):	1049 (57,4%)	
Prestador de Serviços (Terceirizado):	321 (17,8%)	
Outro:	18 (0,9%)	
a10) Jornada Semanal de Trabalho no CER		29,00 ( $\pm$ 7,74)
d01) Está satisfeito com o trabalho que desenvolve no CER?		
Insatisfeito	25 (1,4%)	
Pouco satisfeito	183 (10,0%)	
Satisfeito	1097 (60,1%)	
Muito satisfeito	521 (28,5%)	

Fonte: da autora

As descrições dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER estão detalhadas na Tabela 2. Em grande parte das perguntas, a maioria dos trabalhadores responderam “às vezes” ou “sempre” em relação à realização das atividades esperadas, levando a um escore alto 64,93 ( $\pm 12,58$ ), indicando que as atividades esperadas no processo de trabalho estão sendo realizadas. Contudo, observa-se que parte da amostra, 9,7% (177) não sabe o que é, e 14% (255) nunca construíram um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Entre os trabalhadores que realizam a elaboração do PTS, 28,1% (514) não conta com a participação da PcD, acompanhante e/ou familiares e outros profissionais da saúde 39,1% (732) para sua construção. O mesmo acontece em relação a realização de ações de Apoio Matricial, onde 40,7% (743) não sabem o que é, ou nunca realizaram esse tipo de ação.

Observa-se que 36,0% (658) dos trabalhadores do CER, nunca estabelecem fluxos e práticas de cuidado à saúde de usuários articulados entre serviços de saúde da rede. Também identificou-se que 20,1% (367) dos trabalhadores não realizam interlocução dos trabalhadores do CER com os setores de assistência social e 41,6% (759) não realizam interlocução com a rede de ensino dos municípios. Os resultados também mostraram baixa realização de atividades de promoção de saúde 22,8% (416) e prevenção de deficiências 14,2% (259).

Tabela 2 - Descrição dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER

(Continua)

Pergunta	N (%)	Média ( $\pm$ desvio-padrão)
d02) Realiza atividades visando à construção de vínculos entre equipe de saúde, usuários e famílias?		
Nunca (1 ponto)	71 (3,9%)	
Raramente (2 pontos)	137 (7,5%)	3,51 ( $\pm 0,79$ )
Às vezes (3 pontos)	404 (22,1%)	
Sempre (4 pontos)	1214 (66,5%)	
d03) Disponibiliza informações e faz orientações ao indivíduo com deficiência e à sua família?		
Nunca (1 ponto)	13 (0,7%)	
Raramente (2 pontos)	21 (1,1%)	3,87 ( $\pm 0,41$ )
Às vezes (3 pontos)	144 (7,9%)	
Sempre (4 pontos)	1648 (90,3%)	

Tabela 2 - Descrição dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER

(Continua)

Pergunta	N (%)	Média ( $\pm$ desvio-padrão)
d05) Desenvolve ações intersetoriais (organizações governamentais e da sociedade civil) de promoção da saúde?		
Nunca (1 ponto)	416 (22,8%)	2,47 ( $\pm$ 1,03)
Raramente (2 pontos)	453 (24,8%)	
Às vezes (3 pontos)	630 (34,5%)	
Sempre (4 pontos)	327 (17,9%)	
d06) Na unidade em que atua, são realizadas ações visando a prevenção de deficiências?		
Nunca (1 ponto)	259 (14,2%)	2,91 ( $\pm$ 1,05)
Raramente (2 pontos)	331 (18,1%)	
Às vezes (3 pontos)	550 (30,1%)	
Sempre (4 pontos)	686 (37,6%)	
d07) Você participa de reuniões de equipe no CER?		
Nunca (1 ponto)	110 (6,0%)	3,49 ( $\pm$ 0,86)
Raramente (2 pontos)	131 (7,2%)	
Às vezes (3 pontos)	328 (18,0%)	
Sempre (4 pontos)	1257 (68,8%)	
d08) No seu trabalho no CER realiza consultas compartilhadas com outros profissionais?		
Nunca (1 ponto)	106 (5,8%)	3,30 ( $\pm$ 0,83)
Raramente (2 pontos)	122 (6,7%)	
Às vezes (3 pontos)	707 (38,7%)	
Sempre (4 pontos)	891 (48,8%)	
d09) Na sua rotina de trabalho, constrói Projetos Terapêuticos Singulares?		
Não sei o que é Projeto Terapêutico Singular (1 ponto)		
Nunca (2 ponto)	177 (9,7%)	3,82 ( $\pm$ 1,39)
Raramente (3 pontos)	255 (14,0%)	
Às vezes (4 pontos)	132 (7,2%)	
Sempre (5 pontos)	412 (22,6%)	
	850 (46,5%)	
d10) A produção de Projeto Terapêutico Singular conta com a participação do indivíduo com deficiência, acompanhante e/ou familiares?		
Nunca (1 ponto)		2,55 ( $\pm$ 1,60)
Raramente (2 pontos)	514 (28,1%)	
Às vezes (3 pontos)	127 (6,9%)	
Sempre (4 pontos)	418 (22,9%)	
	767 (42,1%)	

Tabela 2 - Descrição dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER

(Continua)

Pergunta	N (%)	Média ( $\pm$ desvio-padrão)
d13) Estabelece fluxos e práticas de cuidado à saúde de usuários articulados entre serviços de saúde da atenção primária, especialidades ou hospitais com o CER?		
Nunca (1 ponto)		
Raramente (2 pontos)	658 (36,0%)	
Às vezes (3 pontos)	257 (14,1%)	2,13 ( $\pm$ 1,43)
Sempre (4 pontos)	542 (29,7%)	
	369 (20,2%)	
d14) Realiza ações de apoio matricial compartilhando responsabilidades com outras unidades da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)?		
Não sei o que é apoio matricial (1 ponto)		
Nunca (2 pontos)	318 (17,4%)	
Raramente (3 pontos)	425 (23,3%)	3,01 ( $\pm$ 1,36)
Às vezes (4 pontos)	294 (16,1%)	
Sempre (5 pontos)	487 (26,7%)	
	302 (23,6%)	
d15) Realiza interlocução com setores da Assistência Social no território?		
Nunca (1 ponto)		
Raramente (2 pontos)	367 (20,1%)	
Às vezes (3 pontos)	314 (17,2%)	2,73 ( $\pm$ 1,10)
Sempre (4 pontos)	587 (32,1%)	
	558 (30,6%)	
d16) No CER, faz-se a prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?		
Não tenho conhecimento (1 ponto)		
Nunca (2 pontos)	161 (8,8%)	
Raramente (3 pontos)	69 (3,8%)	4,36 ( $\pm$ 1,25)
Às vezes (4 pontos)	43 (2,3%)	
Sempre (5 pontos)	228 (12,5%)	
	1325 (72,6%)	
d16a) No CER, faz-se a adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?		
Não tenho conhecimento (1 ponto)	217 (11,9%)	
Nunca (2 pontos)	157 (8,6%)	
Raramente (3 pontos)	80 (4,4%)	4,01 ( $\pm$ 1,42)
Às vezes (4 pontos)	301 (16,5%)	
Sempre (5 pontos)	1071 (58,6%)	

Tabela 2 - Descrição dos componentes das perguntas relacionadas ao processo de trabalho no CER

(Conclusão)

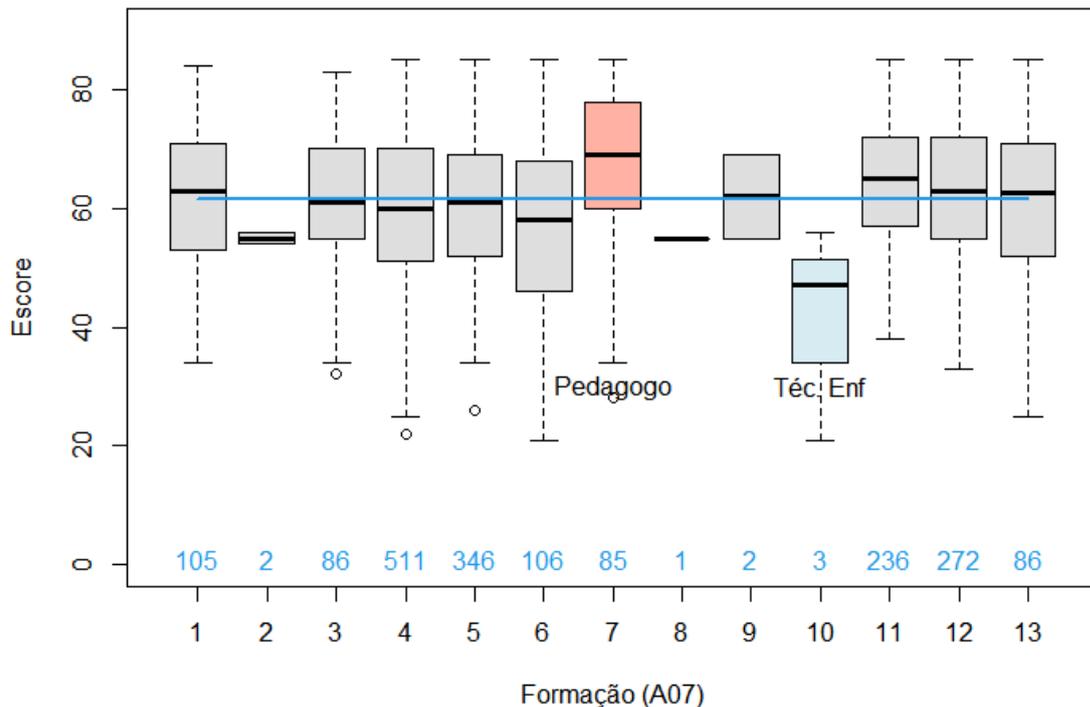
Pergunta	N (%)	Média ( $\pm$ desvio-padrão)
d18) Utiliza ferramentas/instrumentos específicas para avaliação de funcionalidade?		
Não tenho conhecimento (1 ponto)		
Nunca (2 pontos)	446 (24,4%)	3,21 ( $\pm$ 1,59)
Raramente (3 pontos)	216 (11,8%)	
Às vezes (4 pontos)	278 (15,2%)	
Sempre (5 pontos)	275 (15,1%)	
	611 (33,5%)	
d19) Na rotina do CER é(são) construído(s) indicador(es) com base nos dados coletados nos atendimentos?		
Nunca (1 ponto)	318 (17,4%)	
Raramente (2 pontos)	246 (13,5%)	2,94 ( $\pm$ 1,12)
Às vezes (3 pontos)	478 (26,2%)	
Sempre (4 pontos)	784 (42,9%)	
d20) O CER conta com transporte para garantir o acesso de pessoas com deficiência aos pontos da Rede de Atenção à Saúde (Ex: veículos adaptados)?		
Nunca (1 ponto)		
Raramente (2 pontos)	323 (17,7%)	3,12 ( $\pm$ 1,14)
Às vezes (3 pontos)	116 (63,5%)	
Sempre (4 pontos)	393 (21,5%)	
	994 (54,3%)	
Escore total		64,93 ( $\pm$ 12,58)

Fonte: da autora

Foi realizada análise bivariada para verificar a relação das variáveis independentes com o escore do processo de trabalho, que representa este item de forma geral. Em relação as variáveis individuais os resultados mostram que, a idade, sexo e escolaridade e regime de trabalho não apresentaram relação com o processo de trabalho dos trabalhadores do CER. Já a variável cargo/função mostrou associação com o desfecho, onde o profissional ser pedagogo, que apresentou escore mediano de 70 pontos representou um aumento do escore, mostrando que esses profissionais realizam mais ações do processo de trabalho esperado que os demais. A mediana das demais categorias foi 60 pontos. O técnico de enfermagem demonstrou

mediana abaixo dos demais cargos/funções, mas como somente 3 profissionais na amostra são desta categoria, não influenciaram no escore final (Figura 1).

Figura 1 - BoxPlot representativos dos valores do escore do Processo de Trabalho de acordo com Cargo/Função.



Fonte: da autora

Legenda:

- 1 Assistente Social
- 2 Coordenador de Oficina Ortopédica
- 3 Enfermeiro
- 4 Fisioterapeuta
- 5 Fonoaudiólogo
- 6 Médico
- 7 Pedagogo
- 8 Técnico em Orientação e Mobilidade
- 9 Técnico em Órtese e Prótese
- 10 Técnico/Auxiliar de Enfermagem
- 11 Terapeuta Ocupacional
- 12 Psicólogo
- 13 Outros

Em relação a jornada de trabalho foi identificado uma inclinação positiva em relação ao escore do processo de trabalho, onde, quanto maior a jornada de trabalho no CER, maior o escore. O mesmo acontece em relação a satisfação do trabalhador, a qual apresentou uma relação linear com o desfecho, onde quanto mais satisfeito o profissional, maior a quantidade de ações realizadas em seu processo de trabalho.

Ao analisar as variáveis de contexto na análise bivariada, observou-se que o IDH não obteve relação com o processo de trabalho. Já a cobertura da Atenção Básica (AB) apresentou relação não linear com o desfecho. As macrorregiões analisadas que apresentaram cobertura da AB até 70% apresentaram um crescimento do escore do processo de trabalho, à medida que a cobertura aumentava. Contudo, a partir de 70% de cobertura as regiões com maior valor de cobertura AB apresentam menores valores no escore do processo de trabalho. Na Tabela 3 é possível observar o Modelo de Regressão Linear assimétrico final.

Tabela 3 - Modelo de regressão normal assimétrica

Variáveis Independentes	Estimativa	Erro padrão	p-valor
Intercepto	46.228390	2.379439	<0.001
Idade	-0.006411	0.028057	0.819
Regime de trabalho			
Estatutário	Ref	Ref	
Carteira assinada	7.024620	0.659130	<0.001
Prestador de serviço	5.079039	0.877984	<0.001
Satisfação	5.11910	0.406753	<0.001
Cobertura AB	-0.10646	0.015621	<0.001
Jornada de trabalho	0.095152	0.033440	0.004

Fonte: da autora

Todas as variáveis associadas na análise bivariada, exceto a formação, se mantiveram no melhor modelo multivariado, apresentando associação com o escore do processo de trabalho. A idade, embora não associada na análise bivariada ficou no modelo final para favorecimento do ajuste. O intercepto é referente ao escore médio de um trabalhador com regime de trabalho estatutário. Em relação ao regime de trabalho foi possível observar que tanto as categorias “prestador de serviço” como “carteira assinada” apresentam maior escore de processo de trabalho, quando comparados ao estatutário. Assim, o escore médio de um prestador de serviço aumenta 5 pontos médios quando comparado a um estatutário e o profissional na categoria carteira assinada aumenta 7 pontos médios. Assim, o profissional

com regime de trabalho carteira assinada é o que apresenta melhor processo de trabalho nos CER

Em relação a satisfação com o trabalho foi identificado que quanto maior o grau de satisfação maior o escore do processo de trabalho. O mesmo acontece em relação a jornada de trabalho no CER, quanto maior a carga horaria trabalhada no CER melhor o processo de trabalho.

Foi observado que o escore médio decresce de acordo que aumenta a cobertura de Atenção Básica. Desta forma, quanto maior a cobertura de AB pior o processo de trabalho no CER. Como a relação entre a cobertura da AB e o escore do processo de trabalho é não linear, esta queda é observada em macrorregiões cuja cobertura foi superior a 70%, ponderado conforme a população de seus municípios componentes.

## 6 DISCUSSÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) procura, entre outras propostas, promover o cuidado integral à pessoa com deficiência, que inclui o processo de reabilitação, a partir dos Centros Especializados de Reabilitação (CER), que, na condição de nó da Rede, deve articular com os outros componentes e pontos de atenção. Inseridos na RCPCD em 2012 como componente principal da atenção especializada à pessoa com deficiência, os CER são responsáveis por ações de reabilitação e habilitação e buscam promover uma atenção integral à pessoa com deficiência. Os serviços oferecidos pelos CER fortalecem os direitos conquistados pelas pessoas com deficiência ao longo dos anos e a avaliação desse serviço de saúde proporciona informações úteis e concretas, que podem ser utilizadas para definição de prioridades, reorientação de práticas e monitoramento (BRASIL, 2020).

Os resultados do presente estudo mostram maior frequência de trabalhadores de CER tipo II, compondo mais da metade da amostra (52,2%). Os CER tipo II prestam atendimentos de duas modalidades de reabilitação, demandando assim, uma quantidade menor de profissionais e uma menor infraestrutura (BRASIL, 2012). A média de idade dos trabalhadores foi de 37,52 ( $\pm 9,59$ ) anos, sendo a grande maioria do sexo feminino (84,5%) e pós-graduados nível especialização (60,8%). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Alves *et al.* (2016) ao avaliar um grupo de profissionais da rede de reabilitação de Belo Horizonte e identificar que 66,7% deles possuíam pós-graduação em Saúde Pública. Mattos *et al.* (2015) mostraram que nos últimos anos tem-se potencializado a oferta de cursos para os profissionais da saúde, principalmente aos que já estão atuando nos serviços, visando sua qualificação e formação. Jurdi (2018) relata a importância de profissionais de saúde, após a formação da graduação, sejam capacitados, qualificados e conectados às necessidades da sociedade brasileira, facilitando o processo de construção e efetivação de políticas públicas, relevantes para a sociedade e suas demandas. Assim, os CER possuem profissionais capacitados e qualificados que buscam se especializar, acompanhando os avanços científicos e atualização de conhecimentos de suas áreas específicas, permitindo um cuidado integral para as PcD. Observou-se, no presente estudo, a feminização da força de trabalho dos CER, pois as mulheres representam 1543 (84,5%) da amostra. O predomínio de mulheres nos postos de trabalho é umas das principais características de todo o setor de saúde mundial, onde elas assumem papéis tidos como de cuidadores, considerados socialmente femininos no campo da saúde (GUIMARÃES; HIRATA, 2014; MACHADO *et al.*, 2011). O expressivo

número de profissionais do sexo feminino no CER pode contribuir para o desenvolvimento de práticas cuidadoras, que se contrapõem às curativistas hegemônicas no setor de saúde, possibilitando uma melhor assistência aos usuários.

Em relação a formação profissional, destaca-se o maior percentual de fisioterapeutas (27,6%), seguido de fonoaudiólogos (18,9%) e psicólogos (14,6%). Segundo o Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde, esses profissionais compõe a equipe mínima dos CER, desta forma, o estudo nos mostra que a composição das equipes está sendo respeitada. A fisioterapia e fonoaudiologia são profissões tradicionalmente vinculadas à reabilitação e é esperada sua presença nos CER (BRASIL, 2020). Já a grande presença de psicólogos deve-se a sua atuação especialmente na reabilitação intelectual (BRASIL, 2020). Corroborando com nossos resultados, Silva *et al.* (2021) traçou o perfil de trabalhadores e gestores das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Minas Gerais, e observou predominância de fisioterapeutas e fonoaudiólogos. O mesmo acontece no estudo de Alves *et al.* (2016) em um grupo de profissionais de uma rede de reabilitação, onde o predomínio também era de fisioterapeutas, seguidos de fonoaudiólogos.

Ao analisar a frequência das atividades que devem fazer parte do processo de trabalho no CER preconizadas pela Portaria nº 793/2012, foi identificando que os trabalhadores dos CER estão realizando as atividades propostas, demonstrando assim, adequação dos CER em compor a RCPCD e oferecer aos usuários atendimento integral. O mesmo resultado foi observado em um estudo nos CER/APAEs em Minas Gerais (SILVA, 2021).

Uma atividade pertencente ao processo de trabalho que merece destaque é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa estratégia de ação foi considerada positiva no estudo, mostrando que o PTS está presente na rotina de trabalho de 46,5% dos participantes. Contudo, 23,7% dos trabalhadores relataram não conhecer o PTS ou raramente fazerem uso dessa ferramenta. Nascimento *et al.* (2018), ao avaliarem equipes de NASF-AB, observaram uso amplo das ferramentas PTS e matriciamento, corroborando com nossos resultados, embora avaliando outro nível da Rede de Atenção. O mesmo foi identificado no estudo de Silva *et al.* (2021) onde, 64,7% dos trabalhadores dos CER/APAE incluem o PTS em seu processo de trabalho. Já o estudo de Diaz (2019), ao analisar Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do interior de São Paulo, identificou que equipes do CAPS não realizam a elaboração de PTS, pelo fato de não saberem como fazê-lo ou como estruturá-lo. O que é similar ao estudo de Jesus *et al.* (2018), que avaliou a utilização do PTS pelas equipes NASF-AB em uma microrregião no Estado de Mato Grosso do Sul, observando que grande parte dos

profissionais entrevistados não tinham contato e não sabiam a finalidade dessa ferramenta. O PTS é um instrumento de grande importância que facilita ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove a autonomia e contribui com a noção de corresponsabilidade dos pacientes (BRASIL, 2014). Assim, os dados reforçam a importância do conhecimento dessa ferramenta e estímulo ao uso do PTS entre os profissionais, não só de CER, mas outros pontos de atenção, mostrando a necessidade de realização de estratégias de educação permanente entre os trabalhadores.

O presente estudo evidenciou que, entre os trabalhadores que realizam a elaboração do PTS, menos da metade (42,1%) relataram realizá-lo com a participação do usuário com deficiência, acompanhante e/ou familiares e 42,3% o fazem de forma multiprofissional. Uma das partes principais para a elaboração do PTS é o trabalho em equipe, resultando na participação de reflexões entre vários profissionais nas mais diversas áreas do conhecimento, na busca para entender o problema em questão (HORI *et al.*, 2014). A literatura destaca também que para a elaboração de um PTS é preciso levar em conta as necessidades em saúde de cada pessoa, seu jeito de entender a vida, suas tendências e particularidades (JORGE *et al.*, 2015). Desta forma, os resultados do presente estudo mostram que a elaboração do PTS está presente no processo de trabalho dos CER, mas talvez aquém da maneira esperada para sua construção no sentido de atender as demandas de equipe e usuário/família, com intuito de corresponsabilizar, dar mais autonomia e permitir uma melhor abordagem da pessoa com deficiência.

O mesmo é observado em relação a realização de apoio matricial direcionado à outros pontos de atenção da RCPCD, onde cerca de 40,7% dos trabalhadores não sabem o que é ou nunca realizaram apoio matricial. O apoio matricial é uma das estratégias para a qualificação das Redes de Atenção à Saúde (MEDEIROS *et al.*, 2020). Ações de matriciamento agregam recursos de saber, potencializam a capacidade resolutiva das equipes, melhoram o desempenho dos serviços, dando sustentabilidade para construção de redes integrais e universais (MACIEL *et al.*, 2020). O estudo de Guedes *et al.* (2019) expôs a construção da Atenção Ambulatorial Secundária no Distrito Federal, e identificou êxito na realização de matriciamento entre a atenção secundária e a atenção primária. Campos e Domitti (2007) deixam claro que para existir de fato matriciamento é necessária a combinação de encontros periódicos e regulares entre equipes, ponto que não foi avaliado diretamente no presente estudo.

Ainda considerando articulação com outros níveis da RCPCD, o presente estudo identificou o baixo estabelecimento de fluxos entre serviços de saúde da rede, onde apenas

20,2% estabelecem esse fluxo, reforçando a falha na comunicação entre os níveis de atenção. O mesmo acontece em relação a comunicação do CER com os setores de assistência social e da rede de ensino dos municípios, onde 30,6% e 22,7% dos profissionais realizam essas ações, respectivamente. Tais resultados mostram que o processo de trabalho não está alinhado com a Portaria nº 793/2012, pois ela enfatiza a importância dos componentes da RCPCD se articularem entre si, buscando garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Medeiros (2017), que identificou fragilidade na comunicação, referência e contrarreferência entre a Atenção Básica (AB) e um CER II no município de Criciúma (SC), reforçando que não basta conhecer todos os pontos da rede, mas também é preciso organizar de forma efetiva a comunicação entre eles. Pereira e Machado (2016) também evidenciaram a desarticulação na RCPCD pela observação da atuação de cada ponto de atenção exclusivamente em seu espaço, limitado e isolado dos demais, e a não integração dos profissionais da equipe na atenção à pessoa com deficiência. Valentim *et al.* (2021) identificaram dificuldade na articulação do CER com outros serviços da RCPCD, outras redes de atenção e outros setores como de assistência social e rede de ensino. Considera-se a articulação desses pontos de atenção como princípio para que o sistema funcione de forma a assegurar a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência, mas, nos campos de prática, ainda se observa a persistente desarticulação desses componentes por se limitarem a prestar cuidados às pessoas com deficiência isoladamente em seus espaços de atuação (MACHADO *et al.*, 2018).

Em relação a rede de ensino, observa-se que a escola é um ambiente onde alterações do neurodesenvolvimento, quando presentes, podem ser identificadas. Assim, professores e educadores estão em uma posição privilegiada para alertar pais e profissionais da saúde sobre algum sinal dessas alterações (BRASIL, 2014). Kieling *et al.* (2014), ressaltam a importância do professor no rastreamento de transtornos do neurodesenvolvimento, indicando um impacto significativo na correta identificação dos alunos para posterior avaliação. Desta forma a interlocução da rede de ensino com pontos de atenção da RCPDC torna-se de extrema importância para diagnóstico e condutas rápidas e eficientes. É necessária uma adaptação nas orientações de fluxos entre a RCPCD e a rede de ensino municipal visando a produção do cuidado integral ao usuário e seu acesso aos serviços de reabilitação. Uma ferramenta que pode auxiliar esta orientação é o matriciamento (DUBOW e KRUNG, 2018).

Os resultados também mostraram pequeno percentual de relato da realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de deficiências (14,2%), refutando um dos

objetivos gerais da RCPCD de acordo com a Portaria nº 793/2012. Ao contrário, o estudo de Dubow e Krug (2018) analisou o processo de implantação da RCPCD em uma região de saúde e observou que os profissionais realizam ações de promoção à saúde (47%) e prevenção de doenças (44%) na rotina de seus serviços. Tal diferença pode ser explicada devido à Dubow e Krug (2018) analisarem a rede como um todo, e o presente estudo ter como população alvo apenas os profissionais dos CER, que é um componente especializado da rede, onde tradicionalmente o foco das ações são de reabilitação. Assim, destaca-se a importância do incentivo a novos modelos de formação, que empoderem estes profissionais para além de suas competências tecnológicas. O profissional precisa ter a oportunidade de desenvolver sua criatividade, autonomia e habilidades que o capacitem a trabalhar em equipe de forma resolutiva e engajada na promoção da saúde e prevenção (ALMEIDA, 2013).

Ao relacionar o processo de trabalho com as variáveis individuais, observou-se associação da variável “Cargo/Função” com escore final criado para avaliação do processo de trabalho, nas análises bivariadas individuais. Nesta associação, a categoria “Pedagogo” apresentou maior mediana do escore, elevando a mediana total da amostra, evidenciando que esses profissionais realizam mais ações do processo de trabalho esperado que os demais. Santos *et al.* (2021), em um estudo em Serviços Especializados de Modalidade Única Intelectual (SERDI) identificaram que, dentre a diversidade das categorias profissionais, o pedagogo é o profissional predominante, e esses serviços apresentam estreita relação com a educação. A pedagogia é uma área de ampla possibilidade na qual os profissionais nela envolvidos têm a oportunidade de atuar da área escolar à empresarial, podendo se tornar um colaborador do movimento de integração e inclusão, atuando no desenvolvimento de habilidades e competências (ATAÍDE, 2017). Provavelmente, o pedagogo realiza mais ações como a integração com a rede educação e assistência social, explicando seu maior escore e sua influência no escore total da amostra.

Os demais profissionais da reabilitação apresentaram escore inferior ao pedagogo provavelmente pelo histórico de atuação tradicional centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para o modelo assistencial observado em profissionais como fisioterapeutas e fonoaudiólogos (ALVES *et al.*, 2020). Atualmente este paradigma vem sendo quebrado e cada vez mais esses profissionais se voltam para diversas outras ações como, promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Contudo, apesar dessas mudanças, esses profissionais ainda atuam com predominância em ações assistenciais, principalmente em pontos especializados como os CER (CORREIA *et al.*, 2021).

Já no modelo multivariado final, os resultados mostram associação entre jornada de trabalho no CER e o escore do processo de trabalho, indicando que os profissionais que trabalham por mais tempo, realizam mais ações relacionadas ao processo de trabalho. Os profissionais com maior jornada de trabalho normalmente dedicam-se ao trabalho no CER de forma integral, e conseguem concentrar sua atenção nas atividades do serviço, apresentando assim melhor processo de trabalho (GOMES *et al.*, 2018).

Em relação a satisfação com as atividades desenvolvidas nos CER, 88,6% dos trabalhadores encontram-se satisfeitos ou muitos satisfeitos. Essa satisfação reflete de forma positiva no processo de trabalho, onde quanto mais satisfeito o profissional, maior a quantidade de ações realizadas em seu processo de trabalho, refletindo em maior escore. Escarce *et al.* (2016), ao analisar o perfil de profissionais de uma Rede de Saúde Auditiva, observou correlação positiva entre processo de trabalho e satisfação. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva *et al.* (2021) o qual identificou que a maioria dos gestores e trabalhadores das APAEs em MG realizam a maioria das atividades referentes ao processo de trabalho e encontram-se satisfeitos com o trabalho desenvolvido no serviço. A associação positiva entre processo de trabalho e satisfação pode ser pelo fato de profissionais satisfeitos encontrarem-se em um estado emocional de prazer, ocasionado por diversos aspectos do trabalho. Essa satisfação pode ser influenciada por percepções de mundo e expectativas pessoais, realidades e questões individuais dos trabalhadores. Consequentemente, influenciam as formas de enfrentamento das tensões no ambiente de trabalho e na tomada de decisões na produção do cuidado. Assim, para que os serviços de saúde potencializem suas melhorias, é de fundamental importância que seus trabalhadores se sintam satisfeitos. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Em relação ao regime de trabalho foi identificado que mais da metade (57,4%) dos trabalhadores do CER, tinham como regime de trabalho a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), também conhecidos como Carteira Assinada. O regime de trabalho apresentou associação com o processo de trabalho, onde, tanto a categoria “Prestador de Serviço” como a categoria “Carteira Assinada” apresentam maior escore de processo de trabalho, quando comparados ao Estatuário. Observou-se que o profissional com regime de trabalho “Carteira Assinada” é o que apresenta melhor processo de trabalho nos CER. Silva *et al.* (2021) também identificou no seu estudo com gestores e trabalhadores de CER/APAE em MG que a maioria dos profissionais é contratada por regime “Carteira Assinada”. Esta realidade também é comum em outros níveis de atenção, como observado por Nunes *et al.* (2015) onde, 44,5 % dos trabalhadores da AB de um município do Paraná foram contratados desta forma. Um

ponto negativo desta situação foi identificado por Valentim *et al.* (2021) ao analisar o processo de trabalho e questões organizativas de CER do Rio Grande do Norte, identificando que o fato dos profissionais serem vinculados ao serviço por contrato pode tornar-se uma barreira, devido às dificuldades relacionadas a permanência e qualificação, apresentando resultados opostos ao presente estudo. Os vínculos estabelecidos por contratos com tempo determinado, temporários ou por jornadas parciais, favorece a desregulação da gestão do trabalho e afeta negativamente a relação dos profissionais com o sistema, a qualidade e a continuidade dos serviços (ESCARCE *et al.*, 2015).

Flegeler *et al.* (2008) relata que o vínculo estatutário é entendido como fonte de satisfação e de segurança, que favorece as relações com o trabalho, possibilitando o planejamento das intervenções produtoras de cuidado em longo prazo e uma melhor organização dos serviços. Já vínculos precários ocasionam menos envolvimento dos trabalhadores no trabalho, baixa qualificação e menor comprometimento com o atendimento, o que resulta em evasão e desmotivação desses profissionais. Contudo, o fato dos profissionais do CER com regime de trabalho “Carteira Assinada” apresentarem melhor processo de trabalho pode estar relacionado com o desejo em se manter no trabalho. Braga *et al.* (2021) afirmam que na iniciativa privada, vigora a cobrança por produtividade e a sensação de poder ser facilmente substituído, levando a busca por um processo de trabalho mais completo.

Ao analisar as variáveis contextuais, concluímos que não houve associação em Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDH-m) e o processo de trabalho nos CER. Santos *et al.* (2021) analisaram a composição das equipes e a distribuição geográfica dos serviços e profissionais da RCPCD em MG, mostrando que, apesar do número expressivo de serviços especializados em reabilitação, a RCPCD apresenta heterogeneidade no acesso geográfico, sendo predominantes na macrorregião Sul, que apresenta a segunda maior concentração populacional do estado. A distribuição geográfica heterogênea de serviços de reabilitação é observada em outros locais no Brasil, nos quais se identifica predomínio destes serviços em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013; CARDOSO, 2004). Assim, os CER tendem a se concentrar municípios de maior porte com IDH-m mais elevado. Desta forma, a agregação desses municípios em macrorregiões de saúde e suas semelhanças regionais, podem ter gerado o nivelamento dos valores de IDH-m e explicar o fato de não apresentar associação entre essa variável e o processo de trabalho no CER no presente estudo.

A associação entre cobertura da AB e processo de trabalho identificou que o escore médio do processo de trabalho apresentou padrão assimétrico, diminuindo a partir da cobertura de AB superior a 70%, indicando que nestes casos, o processo de trabalho no CER era pior. Os profissionais voltados para reabilitação, tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos não fazem parte da equipe mínima da ESF, normalmente estão inseridos na AB como parte da equipe do NASF-AB (OMS, 2011; BRASIL, 2017). A partir do ano de 2019, consideráveis mudanças têm ocorrido no âmbito da AB, incluindo o fim do custeio para equipes de NASF-AB cadastradas, deixando a critério dos gestores municipais a manutenção das equipes ou não (TIMMERMANN, 2021). Assim, os profissionais da reabilitação se concentram cada vez mais em níveis de atenção secundários. Uma cobertura de AB alta, facilita o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Permite que os profissionais da equipe mínima tenham melhor conhecimento do seu território e assim identifiquem mais facilmente as necessidades da sua população de abrangência (GOMES *et al.*, 2017; MACINKO; MENDONÇA, 2018). A partir deste maior conhecimento da população adscrita, os profissionais da AB conseguem detectar melhor a população com deficiência e direcioná-los para acompanhamento adequado, que na maioria dos casos é para o serviço especializado como os CER, devido à baixa quantidade de profissionais da reabilitação na AB (OTHERO; DALMASO, 2009). Assim, aumenta a demanda por ações assistências voltadas para reabilitação dos profissionais no CER, reduzindo o tempo para realizar ações referentes ao processo de trabalho como elaboração de PTS, matriciamento e ações em rede, reduzindo a atuação puramente à reabilitação, prejudicando a integralidade.

Nota-se a necessidade de uma maior inserção de profissionais da reabilitação na AB, facilitando o acesso, a integralidade e a resolutividade, por meio de ações precoces e prevenção de perdas funcionais (BRASIL, 2012; REIS *et al.*, 2009; ROCHA; KRETZER, 2009). A Lei nº 14.231 de 28 de Outubro de 2021, a qual inclui os profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional na Estratégia de Saúde da Família, não prevê financiamento para tal, o que reduz sua capacidade de ação prática em todos os municípios (MINISTERIO DA SAÚDE, 2021).

É possível observar que o grande nó da análise do processo de trabalho do CER está relacionado com ações ligadas a outros níveis de atenção. Como observado anteriormente, o apoio matricial e o fluxo entre os pontos de atenção da rede são pontos falhos no processo de trabalho desses profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007; VALENTIM *et al.*, 2021). A falta de diálogo entre os níveis de atenção prejudica o princípio da integralidade, e uma maior

cobertura de AB não é suficiente para minimizar esta característica negativa da RCPCD. (MEDEIROS, 2017).

O estudo teve como ponto forte o fato de ser o primeiro a analisar o processo de trabalho e o perfil dos profissionais dos CER em mais de um estado brasileiro à luz do preconizado pela Portaria 793/2012. Seus resultados identificam alguns pontos específicos referentes às ações dos profissionais que podem ser adaptados e melhorados, permitindo uma melhor reorientação das práticas e monitoramento das ações, e fortalecimento do CER como componente central da RCPCD. O questionário aplicado com os trabalhadores do CER não foi validado para avaliação do processo de trabalho e nem o escore teve suas propriedades psicométricas estudadas. Entretanto, as perguntas são fiéis à Portaria 793/2012 e contemplam ações esperadas para os profissionais, não sendo objetivo do mesmo avaliar processo de trabalho segundo pressupostos teóricos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, é possível observar que os trabalhadores dos Centros Especializados de Reabilitação (CER) realizam em boa frequência a maioria das atividades referentes ao processo de trabalho previstas pela Portaria nº 793/2012, demonstrando assim, adequação dos CER em compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) e oferecer aos usuários atendimento integral. Contudo, faz-se necessário a adaptação e melhoria em alguns pontos como a elaboração e execução do PTS, e ações que envolvem comunicação entre pontos da Rede de Atenção. Os resultados do presente estudo mostram que a elaboração do PTS está presente no processo de trabalho dos CER, mas talvez aquém da maneira esperada para sua construção no sentido de atender as demandas de equipe e usuário/família, com intuito de corresponsabilizar, dar mais autonomia e permitir uma melhor abordagem da pessoa com deficiência. Assim, os dados reforçam a importância do conhecimento dessa ferramenta e estímulo ao uso do PTS entre os profissionais.

O estudo identificou baixa realização de matriciamento e estabelecimento de fluxos entre serviços de saúde da rede, com os setores de assistência social e da rede de ensino dos municípios. Assim, é necessária uma adaptação nas orientações desses fluxos, pois, considera-se a articulação desses pontos de atenção como princípio para que o sistema funcione de forma a assegurar a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência e seu acesso aos serviços de reabilitação.

Os resultados também mostraram pequeno percentual de relato da realização de atividades de promoção de saúde e prevenção de deficiências. Assim, destaca-se a importância do incentivo a novos modelos de formação, que empoderem estes profissionais para além de suas competências tecnológicas. O profissional precisa ter a oportunidade de desenvolver sua criatividade, autonomia e habilidades que o capacitem a trabalhar em equipe de forma resolutiva e engajada na promoção da saúde e prevenção.

O profissional pedagogo apresentou melhor processo de trabalho que os demais, o que pode ser explicado devido ao fato de realizar mais ações como a integração com a rede educação e assistência social. Os demais profissionais da reabilitação apresentaram escore inferior ao pedagogo, provavelmente pelo histórico de atuação tradicional centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras individuais, em detrimento da comunicação com outros profissionais e pontos de atenção

Foram associados a um melhor processo de trabalho maior jornada de trabalho, maior satisfação com ele, ser contratado via CLT, entre as características individuais. Este resultado

faz pensar em como os vínculos empregatícios influenciam nas atividades realizadas pelos profissionais e em sua qualidade, devendo ser considerados em momentos de avaliação de serviços de saúde

Não foi identificada associação entre IDH-m e processo de trabalho. E em relação a cobertura de AB, concluiu-se que por maior que seja a cobertura de AB não há influência no processo de trabalho, o que pode ser decorrente da falta de profissionais da reabilitação na AB, sobrecarregando os profissionais do CER com ações assistencialistas e também de uma comunicação insuficiente na rede de cuidados da pessoa com deficiência. Este resultado gera preocupação, uma vez é esperado que a AB seja coordenadora e ordenadora da RCPCD, e se comunique de forma próxima e eficaz com o CER, otimizando estas ações no processo de trabalho.

O conhecimento dos profissionais e processo de trabalho dos CER é de grande importância para estruturação do cuidado às PcD, os resultados permitem compreender a realidade do funcionamento do serviço especializado da RCPCD, identificando pontos resolutivos e outros que necessitam de adequação, visando maior efetividade da garantia do direito à saúde. As informações apresentadas são capazes de subsidiar possíveis adaptações e facilitar tomadas de decisão por meio de correção de falhas e alteração de condutas, elaborando estratégias para adequação, melhoria do fluxo e comunicação na RCPCD e processo de trabalho dos profissionais, em busca da atenção integral a pessoa com deficiência a partir do conhecimento científico.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em transformação. **Fisioter Pesqui**, v. 23, n. 2, p. 185-192, 2016.
- ALVES, N. S. *et al.* Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 12, n. 1, p. 6, 2020.
- ATAIDE, N. D. N. **Contribuições do pedagogo empresarial na perspectiva da inclusão de surdos**. 2022. 85 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Pedagogia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2017.
- ATLAS do desenvolvimento humano no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; PNUD, 2003. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 28 de nov. 2021.
- BRAGA, F. J. L.; CORDEIRO, M. P. C.; RIBEIRO, M. A. Relação entre servidores/as contratados/as e concursados/as em serviços da assistência social: impactos sobre o trabalho. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 14, n. 2, 2021.
- BRASIL. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. 17 nov. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institui%C3%ADdo%20o%20Plano,da%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20sobre%20os](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm#:~:text=1%C2%BA%20Fica%20institui%C3%ADdo%20o%20Plano,da%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20sobre%20os). Acesso em: 20 out.2020.
- BRASIL. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. 25 abr 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 20 out.2020.
- BRASIL. Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012. **Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. 25 abr. 2012<sup>a</sup>. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html). Acesso em: 20 out. 2020.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt->

br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção a Reabilitação da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf). Acesso em: 08 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf). Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação endereço dos centros especializados de reabilitação**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/30/relacao-endereco-cer.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual**. 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_reabilitacao\\_auditiva\\_fisica\\_intelectual\\_visual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf). Acesso em: 03 jan.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa nacional registra a evolução do Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde**. 2005. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfin\\_fo32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfin_fo32.pdf). Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas) - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS**. 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 21 jan, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool**. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf). Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]**. Brasília, 2014. Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **E- gestor Atenção Básica**. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 28 de nov. 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 19/2021-SAPS/GAB/SAPS/MS**. Brasília, 2021. Disponível em: [www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/03/NT-FISIO-E-TO..pdf](http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/03/NT-FISIO-E-TO..pdf). Acesso em: 03 de fev. 2022.
- BRITO, G. E. D. de. **O processo de trabalho na estratégia saúde da família: um estudo de caso**. 2016. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
- CAETANO, L.A.; SAMPAIO, R.F.; COSTA, L.A. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. **Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo**, v. 29, n. 3, p. 195-203, 2018.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.
- CARDOSO, L. G. R. A. **Estudo sobre a distribuição de serviços de reabilitação: o caso do estado do Rio de Janeiro**. 2004. 121 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- CASTANEDA, L. *et al.* Diagnóstico situacional dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas: Projeto CER-Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 27, n. 4, p. 256-259, 2020.
- CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CILLEROS, M.V.; GÓMEZ, M.C. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 8, p. 2365-2374, 2016.
- CONDESSA, A.M. *et al.* Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 5, p. e2018154, 2020.
- CORREIA, F. J.; RIOS, P. A. A. Trabalho no sistema único de saúde: preferência e segurança dos estudantes de fisioterapia para atuar nos diferentes níveis de atenção. **Cad. Edu Saúde e Fis**. v. 8, n. 16, p. e081603, 2021.
- DA SILVA, G. A. *et al.* Especialização e especialidade em Fisioterapia: estratégias de qualificação profissional. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e231101421865-e231101421865, 2021.
- DIAZ, F. A. **Projeto terapêutico singular: entre a prática clínica e o cuidado ofertado em três centros de atenção psicossocial de um município de São Paulo**. 2019. 33 f. Monografia (Trabalho

de Conclusão de curso em Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde, 2019.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 117, 2018.

ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A.; CARVALHO, S.A. S. Processo de trabalho, atuação e perfil de profissionais de uma Rede de Saúde Auditiva: referência para satisfação. **CoDAS**, v. 28, n. 4, p. 429-438, 2016.

FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 19, n. 2, p.429-439, 2010.

FERNANDES, K. R.; ZANELLI, J. C. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 10, n.1, p. 55-72, 2006.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. The evaluation of health programs and services in Brazil as a space for knowledge and practice. **Cad Saude Publica**, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

FLEGELER, D. S. *et al.* O trabalho dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **UFES Revista de Odontologia**, v. 10, n. 4, p. 17-23, 2008.

GOMES, M. R. *et al.* Redução da jornada de trabalho e o impacto no emprego brasileiro. **Revista Ciências do Trabalho**, n. 10, p. 4, 2018.

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C. S.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020.

GUEDES, B.A.P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 6, p. 2125-213, 2019.

GUIMARAES, N. A.; HIRATA, H. Apresentação: Controvérsias desafiadoras. **Tempo Social, São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 9-16, 2014.

GUTENBRUNNER, C.; NUGR, B. Physical and rehabilitation medicine: responding to health needs from individual care to service provision. **Eur J Phys Rehabil Med.**, v. 53, n. 1, p.1-6, 2017.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1359-1365, 2009.

HOLANDA, C.M.A. *et al.* O Processo de Construção da Rede da Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba: um Breve Relato de Experiência. **R Bras Ci Saúde**, v. 18, n. 1, p. 33-38, 2014.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Banco de Dados agregados do IBGE. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:<  
[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2022.

JESUS, B. A. *et al.* Avaliando o processo de trabalho das equipes NASF microrregião de Aquidauana, MS: Projeto Terapêutico Singular. **Multitemas, Campo Grande**, v. 23, n. 54, p. 105-119, 2018.

JORGE, M. S. B. *et al.* Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

JURDI, A. P. S. *et al.* Revisitar Processos: Revisão da Matriz Curricular Do Curso De Terapia Ocupacional Da Universidade Federal De São Paulo. **Interface**, v. 22, n. 65, p. 527-538, 2018.

KIEKENS, C. *et al.* European initiative for the application of the International Classification of Service Organization in Healthrelated Rehabilitation (ICSO-R). **Eur J Phys Rehabil Med.**, v. 53, n. 2, p. 308-318, 2017.

KIELING, R. R. *et al.* Searching for the best approach to assess teachers perception of inattention and hyperactivity problems at scholl. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 23, n. 6, p. 451-459, 2014.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. **Physis, Rio de Janeiro**, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S., BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011.

MACHADO, W. C. A *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MACIEL, F. J. *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. **CoDAS**, v. 32, n. 3, p. e20180104, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. **Saúde Debate**. v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MATTOS, L. B.; DAHMER, A.; MAGALHÃES, C. R. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

MEDEIROS, L. S. P. **Interlocução entre centro especializado em reabilitação e Atenção Primária à Saúde**. 75 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2017.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 478-490, 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. São Paulo Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 21 out. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.272, de 24 de Outubro de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG e dá outras providências**. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <[http://200.198.43.10:8080/ses/atos\\_normativos/deliberacoes/2012/Deliberacao%20no%201.272%20Institui%20a%20redes%20de%20cuidados%20Pessoa%20com%20deficiencia.pdf](http://200.198.43.10:8080/ses/atos_normativos/deliberacoes/2012/Deliberacao%20no%201.272%20Institui%20a%20redes%20de%20cuidados%20Pessoa%20com%20deficiencia.pdf)>. Acesso em: 24 maio. 2020.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Attendance and the change in the praxis of rehabilitation: a study of Centers of Reference in Rehabilitation in the network of the Unified Health System in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. **Cien Saude Colet.**, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

NASCIMENTO, C. M. B. *et al.* Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1135-1156, 2018.

NEVES, M. *et al.* Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 5, p. 1809-1820, 2019.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. *In:* AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2021.

NUNES, E. F. P. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**. v. 39, n. 104, p. 29-41, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Bank. **World report on disability**. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2020.

OTHERO, M.B.; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde escola. **Interface Comun Saúde, Educ**. v. 13, n. 28, p. 177–88, 2009.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo

Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 22 out. 2021.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 1033- 1051, 2016.

REIS, D.C. *et al.* Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 663-674, 2012.

RIBEIRO, K.S.Q.S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface**. v. 25, p. e200767, 2021.

ROCHA, C. C. *et al.* O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 290412, 2019.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste – Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006\*. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 20, n. 1, p.59–67, 2009.

ROULEAU, T. *et al.* Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. **Spec Care Dentist**, v. 31, n. 2, p. 63-7, 2011.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SILVA, S.L.A. *et al.* Perfil dos profissionais e gestores das associações de pais e amigos dos excepcionais habilitadas como centros especializados de reabilitação no estado de Minas Gerais. *In*: CAVALCANTE, F. S. Z.; BEZZERA, S. S.; CAMPOS, G. R. (org.). **Deficiência, sociedade e tecnologia: diferentes olhares, diversas perspectivas**. Belo Horizonte: Federação das APAES do Estado de Minas Gerais, 2021. Disponível em:<[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Defici%C3%A2ncia, %20Sociedade%20e%20Tecnologia%20-%20diferentes%20olhares, %20diversas%20perspectivas.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Defici%C3%A2ncia,%20Sociedade%20e%20Tecnologia%20-%20diferentes%20olhares,%20diversas%20perspectivas.pdf)>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SOUZA, S. S. *et al.* Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 449-55, 2010.

TIMMERMANN, T. A. R. **Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB): análise da política no período de 2019-2020**. Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Especialização) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2. 2015.

VALENTIM, R. S. **Avaliação em saúde aplicada aos Centros Especializados em Reabilitação: proposição e validação por consenso de um modelo lógico.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Santa Cruz, 2020.

VALENTIM, R. S. *et al.* Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. **Rev Saude Publica**, v. 55, n.54, 2021.

## **APOIO FINANCEIRO**

Trata-se de um subprojeto do projeto “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil”, aprovado na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD N° 35/2018, processo N° APQ-442788 / 2018 – 5.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG por intermédio do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação.

## ANEXOS

## ANEXO 1: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFPB

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS - REDECIN - BRASIL

**Pesquisador:** Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13083519.3.1001.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciência da Saúde

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.348.643

**Apresentação do Projeto:**

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPQ Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018. No caso do objeto do presente estudo pode-se considerar a intervenção como complexa e multifatorial. Sendo assim, demanda a compreensão das diversas interseções de natureza técnica, ética ou política, que são de fundamental importância para explicar o porquê e o como da implementação da política e seus resultados. Nessa perspectiva, propõe-se a realização de um estudo transversal do tipo descritivo e exploratório em paralelo com uma investigação qualitativa com base nos conteúdos manifestos dos atores envolvidos. O estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Participarão do estudo gestores das Secretarias de Estados e os dirigentes das áreas diretamente ligadas à implementação da rede, como também de áreas afins, com destaque para a Atenção Básica, Planejamento em Saúde, Regulação, Vigilância e Redes/Regionalização. Além destes, serão contemplados os membros da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Estadual de Saúde, Coordenadores de Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Grupos Condutores Estaduais e profissionais de saúde que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em abordagens dirigidas e específicas, tendo em vista a natureza dos atores e a característica dos espaços.

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.348.643

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Benefícios:

Os resultados poderão ser revertidos em benefícios e subsidiar discussões, tomadas de decisões e reformulações entre as diversas esferas envolvidas e interessadas em melhorar a vida e a saúde da população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De grande importância o presente projeto, visto que engloba vários Estados do Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta a documentação de praxe.

**Recomendações:**

Divulgar resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.348.643

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	SEI_GOVMG_Declaracao_CEP.pdf	07/05/2019 09:54:35	Eliane Marques Duarte de Sousa	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1272353.pdf	03/05/2019 18:51:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_REDECIN_BRASIL.pdf	03/05/2019 18:50:21	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_final.pdf	03/05/2019 12:34:46	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REDECIN.pdf	03/05/2019 12:30:15	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ESPIRITO_SANTO.pdf	03/05/2019 12:16:13	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	VITORIA_ES.pdf	03/05/2019 12:14:32	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	JOAOPESSOA.pdf	03/05/2019 12:12:37	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COLATINA_ES.pdf	03/05/2019 12:07:08	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARAIBA.PDF	03/05/2019 12:03:02	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	URUGUAIANA_RS.pdf	03/05/2019 11:13:22	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SAOPAULO_uf.pdf	03/05/2019 11:12:02	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SaoCARLOS_SP.pdf	03/05/2019 11:11:47	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	RIOGRANDEdoSUL.pdf	03/05/2019 11:01:35	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CAMPOGRANDE.pdf	03/05/2019 11:00:43	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	MATOGROSSOdoSUL.pdf	03/05/2019 10:56:39	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N

**Bairro:** CASTELO BRANCO

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOAO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.348.643

Declaração de Instituição e Infraestrutura	MANAUS_AM.pdf	03/05/2019 10:56:27	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ITACOATIARA_AM.pdf	03/05/2019 10:56:17	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COARI_AM.pdf	03/05/2019 10:56:06	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SALVADOR.pdf	03/05/2019 10:53:04	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	BAHIA.pdf	03/05/2019 10:52:42	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ALFENAS_MG.pdf	03/05/2019 10:51:54	Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 27 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**Eliane Marques Duarte de Sousa**  
**(Coordenador(a))**

## ANEXO 2: APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS - REDECIN - BRASIL

**Pesquisador:** Sílvia Lanzotti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 13083519.3.2012.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.509.495

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo transversal do tipo descritivo e exploratório com abordagens qualitativa e quantitativa. O estudo multicêntrico terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Vale salientar que as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de CER habilitados, portanto, tem uma Rede mais ampliada numericamente. Não há conflito de interesses.

#### Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

Secundário

- Analisar o processo de operacionalização a implantação e o acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Caracterizar a RCPCD e identificar as ferramentas e dispositivos de articulação e integração entre os pontos de atenção;
- Reconhecer o perfil dos profissionais e gestores da RCPCD e os mecanismos de formação

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

**Bairro:** centro

**CEP:** 37.130-001

**UF:** MG

**Município:** ALFENAS

**Telefone:** (35)3701-9153

**Fax:** (35)3701-9153

**E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.509.495

- permanente destes profissionais a partir da implantação da Rede;
- Caracterizar o processo de trabalho nos CER;- Identificar indicadores utilizados para monitoramento e avaliação da Rede e propor novos indicadores;
  - Identificar as dificuldades e desafios para a reorientação da atenção à pessoa com deficiência na perspectiva do cuidado integral.
  - Caracterizar as divergências e convergências na RCPCD entre os Estados participantes do estudo.- Construir e validar instrumento para monitoramento e avaliação das ações e serviços da RCPCD no SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
- c. Para o risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva desse risco.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a. Método da pesquisa – está adequado aos objetivos do projeto, é atualizado, é o melhor disponível;
- b. Referencial teórico da pesquisa – está atualizado e é suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – é coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e adequado
- b. Termo de Assentimento (TA) – não se aplica
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – não se aplica
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – não se aplica
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presente e adequado
- f. Folha de rosto - presente e adequado
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se aprovação do projeto

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-001  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 3.509.495

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após discussão o colegiado CEP emite parecer

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1385775.pdf	17/07/2019 18:37:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REDECIN_Revisado.pdf	17/07/2019 18:34:27	Silvia Lanziotti	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_REDECIN_BRASIL_Revisado.pdf	17/07/2019 18:33:34	Silvia Lanziotti	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_CEP_Unifal.pdf	26/06/2019 13:29:22	Silvia Lanziotti	Aceito
Outros	SEI_GOVMG_Declaracao_CEP.pdf	07/05/2019 09:54:35	Eliane Marques Duarte de Sousa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ALFENAS, 15 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:**  
**Angel Mauricio Castro Gamero**  
**(Coordenador(a))**

### ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN - BRASIL**, desenvolvida professora **Silvia Lanziotti Azevedo da Silva**, do **Instituto de Ciências da Motricidade** da Universidade Federal de Alfenas.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de compreender o processo de implantação da RCPCD de modo a contribuir para dar maior efetividade da garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência e estruturar o cuidado em saúde para essas pessoas.

A participação do(a) sr.(a) na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor.

Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Os riscos desta pesquisa são mínimos no que tange ao desconforto que possa ser gerado durante a realização das entrevistas. Para minimizá-los, garantimos que serão tomadas todas as medidas para garantir o sigilo de suas informações, bem como da sua identidade. Para seu conforto e comodidade, as entrevistas serão realizadas individualmente, em local e horário combinados.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo

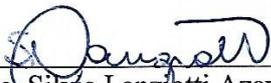
em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas, assegurando-se que o seu nome será mantido no mais absoluto sigilo por ocasião da publicação dos resultados.

Caso a participação de vossa senhoria implique em algum tipo de despesas, as mesmas serão ressarcidas pelo pesquisador responsável, o mesmo ocorrendo caso ocorra algum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados, assim como o uso de minha imagem nos slides destinados à apresentação do trabalho final. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável, como trata-se de um documento em duas páginas, a primeira deverá ser rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por mim.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

## ANEXO 4: QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO TRABALHADORES DE CER



---

**AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN – BRASIL**  
**Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018**  
UFPB – UFBA – UFAM – UFMS – UNIFAL/MG – UFES – USP – UNIPAMPA -  
UFSCAR

### **QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Prezado(a) Profissional,

Convidamos o(a) Sr(a) a responder o questionário a seguir sobre aspectos relacionados à Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiência, como parte da pesquisa nacional de Avaliação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde.

O preenchimento levará cerca de 20 minutos, não há necessidade de identificação dos participantes no questionário e todas as informações e respostas são confidenciais e serão utilizados exclusivamente para fins dessa pesquisa e melhoria do serviço e processo de trabalho do CER.

Caso concorde em participar solicitamos que leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a seguir e assinale a opção de que está ciente e concorda com os objetivos da pesquisa.

INCLUIR TCLE

**PARTE A: PERFIL PROFISSIONAL****Identificação do ponto de atenção:**

**A01** Selecione o **estado** em que a unidade em que atua está localizada:

**A02** Selecione o **município** em que a unidade em que atua está localizado:

**A03** Selecione a unidade em que atua:

(Ao selecionar a unidade deverá ocorrer o preenchimento automático das características da unidade/CER, como número SCNES, gestão, ...)

**Informações pessoais do/da profissional:**

**A04** Data de Nascimento (Formato: DD/MM/AAAA):

**A05** Sexo:

1 Masculino

2 Feminino

**A06** Qual seu maior nível de escolaridade?

1 curso técnico

2 curso superior (graduação)

3 pós-graduação na modalidade especialização

4 pós-graduação na modalidade residência

5 pós-graduação na modalidade mestrado

6 pós-graduação na modalidade doutorado

7 Outro (Ir para A06a)

**A06a** Qual?

**Experiência profissional:**

Responda as questões abaixo sobre sua atuação na Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências

**A07** Qual seu cargo ou função?

01 Assistente Social

02 Coordenador(a) de Oficina Ortopédica

03 Enfermeiro(a)

04 Fisioterapeuta

05 Fonoaudiólogo

06 Médico

07 Pedagogo(a)

08 Técnico(a) em Orientação e Mobilidade

09 Técnico(a) em Órtese e Prótese

10 Técnico(a)/auxiliar de enfermagem

11 Terapeuta Ocupacional

12 Psicólogo

13 Outra (Ir para A07a)

**A07a** Qual?

**A08** Qual o seu regime de trabalho?

1 Estatutário (Servidor Público em Regime Jurídico Único)

- 2 Carteira Assinada (CLT Consolidação das Leis Trabalhistas)
  - 3 Prestador de serviço (Contrato por prazo determinado)
  - 4 Outro (Ir para A08a)
- A08a Qual?

A09 Em que ano começou a atuar no CER (AAAA):

A10 Qual sua jornada de trabalho semanal CER?

- 1 20 horas
- 2 30 horas
- 3 40 horas
- 4 Outra (Ir para A 10a)

A10a

A11 Qual sua jornada de trabalho semanal total somando todos os vínculos (em horas)?  
\_\_\_\_\_ horas

A12 Somando com outros vínculos, qual foi sua renda líquida no mês passado (em reais):

**PARTE B: CONHECIMENTO SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

B01 Quais outros componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência você identifica no município onde atua?

- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- 2 Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
- 3 Oficina Ortopédica
- 4 Unidade/Serviço de Pronto Atendimento
- 5 Unidade de Saúde da Família
- 6 Hospital de urgência e emergência
- 7 Hospital de reabilitação
- 8 Hospital/Centro de emergências odontológicas
- 9 Outra (Ir para B01a)

B01a Qual outro componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência identifica?

B02 Participou do planejamento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência na região em que atua?

- 1 A rede não existe/não está implantada
- 2 Não participei
- 3 Sim, parcialmente
- 4 Sim, de todo o processo

B03 Participa de reuniões no Grupo Condutor da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência?

- 1 Não tenho conhecimento
- 2 Nunca
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**B04** Participou da elaboração de protocolos e diretrizes clínicas para atenção à pessoa com deficiência?

- 1 Não tenho conhecimento
- 2 Nunca
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**PARTE C: FORMAÇÃO PERMANENTE**

Considere para as questões seguintes os processos de formação realizados durante o período que atua na Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiência

**C01** No período que atua nesse serviço foram oferecidos cursos/eventos para capacitação?

- 1 Não (Ir para C04)
- 2 Sim

**C02** Com que frequência em média esses cursos/eventos foram oferecidos no período em que atua no CER?

- 1 1 (um) evento no ano
- 2 2 (dois) eventos no ano
- 3 3 (três) eventos no ano
- 4 4 (quatro) ou mais eventos no ano

**C03** Esses cursos/eventos foram realizados em horário de trabalho?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**C04** Participou de eventos (cursos, treinamentos ou oficinas) visando a formação para o trabalho?

- 1 Sim
- 2 Não (Se Não, pule para a questão C04a)
- C04a Por que não?

**C05** Qual(is) a(s) temática(s) dos eventos que participou?

Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção

Avaliação funcional

Métodos de tratamento. Quais? \_\_\_\_\_

Protocolos e diretrizes terapêuticas. Quais? \_\_\_\_\_

Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

**C06** Para garantir uma melhor assistência a pessoas com deficiência, qual(is) treinamento(s) gostaria de ter acesso? (Pode assinalar mais de UMA alternativa)

- 01 Avaliação funcional
- 02 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

- 03 Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiências
- 04 Métodos de tratamento
- 05 Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
- 06 Planejamento e gestão em saúde
- 07 Política Nacional de Humanização
- 08 Políticas públicas para pessoas com deficiências
- 09 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)
- 10 Protocolos e diretrizes terapêuticas
- 11 Redes de Atenção à Saúde
- 12 Outro(s) (Ir para C06a)
- C06a Qual(is)?

**C07** Como você avalia a contribuição dos processos de formação para o seu trabalho?

- 1 Insatisfatória
- 2 Pouco satisfatória
- 3 Satisfatória
- 4 Muito Satisfatória

**PARTE D: PROCESSO DE TRABALHO E INTEGRAÇÃO COM A REDE**

As questões seguintes são sobre os processos de trabalho na Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiência e a integração na Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiências.

**D01** Está satisfeito(a) com o trabalho que desenvolve no CER?

- 1 Insatisfeito
- 2 Pouco satisfeito
- 3 Satisfeito
- 4 Muito Satisfeito

**D02** Realiza atividades visando à construção de vínculos entre equipe de saúde, usuários e famílias?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D03** Disponibiliza informações e faz orientações ao indivíduo com deficiência e à sua família?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D04** Realiza ações que estimulam a inclusão social das pessoas com deficiência?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D05** Desenvolve ações intersetoriais (organizações governamentais e da sociedade civil) de promoção da saúde?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D06** Na unidade em que atua, são realizadas ações visando a prevenção de deficiências?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D07** Você participa de reuniões de equipe no CER?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D08** No seu trabalho no CER realiza consultas compartilhadas com outros profissionais?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D09** Na sua rotina de trabalho, constrói Projetos Terapêuticos Singulares?

- 1 NÃO SEI O QUE É PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
- 2 Nunca (Ir para D12)
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**D10** A produção de Projeto Terapêutico Singular conta com a participação do indivíduo com deficiência, acompanhante e/ou familiares?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D11** Na construção do Projeto Terapêutico Singular há participação de diferentes profissionais da equipe?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D12** Desenvolve atividades com grupos de indivíduos com deficiência na unidade em que atua?

- 1 Nunca

- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D13** Estabelece fluxos e práticas de cuidado à saúde de usuários articulados entre serviços de saúde da atenção primária, especialidades ou hospitais com o CER?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D14** Realiza ações de apoio matricial compartilhando responsabilidades com outras unidades da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)?

- 1 NÃO SEI O QUE É APOIO MATRICIAL
- 2 Nunca
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**D15** Realiza interlocução com setores da Assistência Social no território?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D16** No CER, faz-se a prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?

- 1 NÃO TENHO CONHECIMENTO
- 2 Nunca
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**D16a** No CER, faz-se a adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?

- 1 NÃO TENHO CONHECIMENTO
- 2 Nunca
- 3 Raramente
- 4 Às vezes
- 5 Sempre

**D17** Realiza ações com a rede de ensino com o objetivo de identificar crianças e adolescentes com deficiência?

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Às vezes
- 4 Sempre

**D18** Utiliza ferramentas/instrumentos específicas para avaliação de funcionalidade?

1 1 NÃO TENHO CONHECIMENTO

2 Nunca (Ir para D19)

3 Raramente

4 Às vezes

5 Sempre

**D18a** Quais ferramentas para avaliação da funcionalidade utiliza?

---

**D19** Na rotina do CER é(são) construído(s) indicador(es) com base nos dados coletados nos atendimentos?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Sempre

**D20** O CER conta com transporte para garantir o acesso de pessoas com deficiência aos pontos da Rede de Atenção à Saúde (Ex: veículos adaptados)?

1 Nunca

2 Raramente

3 Às vezes

4 Sempre