



**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO  
NEPP- NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS  
CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL  
PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

**STEPHANI RIBAS ROCHA**

**A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em  
Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à  
Pessoa com Deficiência no Município de Niterói**

Niterói  
2020

STEPHANI RIBAS ROCHA

**A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em  
Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à  
Pessoa com Deficiência no Município de Niterói**

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

PRECEPTOR(A): Mariana Vianna Zaquieu da Fonseca

ORIENTADOR(a) METODOLÓGICO(A): Dra. Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral  
Pitanga Pitanga e Ms. Valéria de Fátima Marques Coelho

ÁREA: Terapia Ocupacional

Niterói  
2020

STEPHANI RIBAS ROCHA

A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Município de Niterói

I

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

Aprovado em \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

\_\_\_\_\_  
Mariana Vianna Zaquieu da Fonseca (Preceptora)

\_\_\_\_\_  
Lillian Schuab

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho ao trabalhador da saúde que “ao incorporar-se ao espaço da rede de serviços e da comunidade, começa a fazer parte do território de forma descontínua, estando naquele espaço em determinados dias e horas da semana, mas fazendo parte da constituição cultural, econômica e social do lugar, contribuindo para a re(constituição) daquele espaço”.*

*(Aline Basso da Silva e Leandro Barbosa de Pinho, 2015)*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, que através de Jesus, me ensinou a ter compromisso e ética para com as causas esquecidas.

Agradeço à Valéria e Cláudia, do NEPP, que me incentivaram na construção desse trabalho e vibraram com ele (literalmente).

Agradeço aos profissionais do setor de Terapia Ocupacional Geral, por serem um gatilho brilhante para o início da minha formação.

Agradeço às bolsistas Mariana, Talita, Ana e Lilian, pois me incentivaram a não desistir da Plataforma Brasil.

Agradeço, principalmente, aos meus queridos pacientes da AFR, que foram meus principais motivadores, me lembrando que meu trabalho não precisa ser romântico, mas sério, com verdade e com sentido.

## RESUMO

ROCHA, S. R. A percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Município de Niterói. 2020. número de folhas. Monografia - Associação Fluminense de Reabilitação, Niterói - Rio de Janeiro, 2020.

A Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS. É preconizado, pela portaria, que a atenção básica, atenção especializada e a atenção hospitalar e de urgência e emergência sejam articuladas entre si, com o objetivo de promover às pessoas um cuidado integral e o acesso regulado. Na vivência em um serviço especializado localizado no município de Niterói, por meio da participação em um programa de aperfeiçoamento profissional em reabilitação, surgiu a indagação de como vem se estruturando a RCPCD no referido território. O objetivo geral desta monografia foi verificar o processo de articulação entre atenção básica e atenção especializada a partir da percepção dos trabalhadores e gestores de um serviço especializado. Foram realizadas 15 entrevistas semi-estruturadas com gestores e trabalhadores da Associação Fluminense de Reabilitação no período de janeiro de 2020. Os resultados demonstraram que existem desafios e enfrentamentos em relação aos fluxos assistenciais, evidenciados pela dificuldade em realizar contrarreferência, percepções negativas sobre a implantação de um sistema de regulação, além de evidenciar pouca articulação do referido serviço com outros serviços da rede, onde sujeitos da pesquisa ressaltaram que a instituição é isolada, fragmentada e distante, indicando os encontros com outros atores envolvidos no cuidado da pessoa com deficiência como sendo uma das soluções para aumento da articulação e a alta demanda de trabalho como sendo uma das principais dificuldades para que haja aumento informação entre os componentes da rede. Notou-se que existem movimentos de articulação entre os profissionais, sendo, portanto necessário que o governo atual, através dos gestores municipais de saúde, invista nos diferentes segmentos da saúde, na garantia de uma saúde de qualidade para que a pessoa com deficiência tenha integralidade de assistência como é garantido por Lei.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Integralidade em Saúde e Pessoas com Deficiência

## ABSTRACT

Ordinance nº 793 of April 24, 2012 establishes the Care Network for Persons with Disabilities (CNPWD) within the scope of SUS. It is recommended, by the ordinance, that primary care, specialized care and hospital and urgent and emergency care are articulated with each other, with the aim of promoting comprehensive care and regulated access to people. In the experience of a specialized service located in the city of Niterói, through participation in a professional development program in rehabilitation, the question arose as to how the CNPWD has been structured in that territory. The general objective of this monograph was to verify the process of articulation between primary and specialized care from the perception of workers and managers of a specialized service. Fifteen semi-structured interviews were conducted with managers and workers of the Fluminense Association of Rehabilitation in the period from January 2020. The results showed that there are challenges and confrontations in relation to the assistance flows, evidenced by the difficulty in carrying out counter-referral, negative perceptions about the implantation of a regulation system, in addition to showing little articulation of the referred service with other services of the network, where research subjects stressed that the institution is isolated, fragmented and distant, indicating the meetings with other actors involved in the care of the disabled person as being a of solutions to increase articulation and the high demand for work as one of the main difficulties in order to increase information among the components of the network. It was noted that there are movements of articulation between professionals, and it is therefore necessary that the current government, through municipal health managers, Invest in the different health sectors, with guaranteed quality of health for those who have difficulty maintaining assistance as guaranteed by law.

**Keywords:** *Unified Health System, Integrality in Health and Disabled Persons.*

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Percepção dos entrevistados sobre o conhecimento dos fluxos .....	31
Gráfico 2- Participação dos entrevistados em atividades com outros componentes da RCPCD.....	36

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação.....	25
Quadro 2- Serviços de Atenção Hospitalar e de Urgência .....	25
Quadro 3- Serviços de Atenção Básica - Bairro da Fonseca, Caramujo e Cubango.....	26
Quadro 4- Serviços de Atenção Básica- Centro, Ilha da Conceição, Morro do Estado e São Lourenço .....	26
Quadro 5- Serviços de Atenção Básica- Charitas, Ingá e Jurujuba .....	26
Quadro 6- Serviços de Atenção Básica - Santa Rosa, São Francisco, Viradouro e Vita Brazil .....	27
Quadro 7- Serviços de Atenção Básica - Baldeador e Barreto.....	27
Quadro 8- Serviços de Atenção Básica – Engenhoca, Fonseca e Santa Bárbara.....	27
Quadro 9- Serviços de Atenção Básica - Atalaia, Cachoeiras, Cantagalo, Itioca, Largo da Batalha e Matapaca .....	28
Quadro 10- Serviços de Atenção Básica - Cafubá, Engenho do Mato, Itaipu, Piratininga e Várzea das Moças.....	28
Quadro 11- Percepção dos entrevistados sobre o conhecimento em relação a referência e contrarreferência do município de Niterói.....	32
Quadro 12- Percepções acerca da criação do RESNIT e seu impacto no fluxo dos pacientes para a RCPCD .....	33
Quadro 13- Percepções dos entrevistados sobre a contrarreferência .....	34
Quadro 14- Dificuldades dos entrevistados com a contrarreferência .....	34
Quadro 15- Percepções dos entrevistados sobre a articulação da RCPCD .....	35
Quadro 16- Percepção dos entrevistados sobre as formas de articulação da RCPCD.....	37
Quadro 17- Movimentos de articulação dos entrevistados na RCPCD.....	38
Quadro 18- Percepção dos entrevistadores sobre os desafios para o aumento da informação sobre os componentes da RCPCD do município de Niterói.....	39
Quadro 19- Percepção dos entrevistadores sobre o trabalho em Rede .....	41
Quadro 20- Percepção dos entrevistados para a melhora da articulação entre os componentes da RCPCD .....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características dos participantes da pesquisa .....	29
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
APN	Associação Pestalozzi de Niterói
AFAC	Associação Fluminense de amparo aos cegos
RCPCD	Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CER	Centro Especializado de Reabilitação
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
IBC	Instituto Benjamin Constant
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RESNIT	Regulação de Saúde de Niterói
DECAU	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>15</b>
2.1	BREVE HISTÓRICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	15
2.2	CONCEITO DE DEFICIÊNCIA	16
2.3	A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	18
2.4	O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	20
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>25</b>
5.1	MAPEAMENTO DOS COMPONENTES DA RCPCD DE NITERÓI	25
5.2	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
<b>5.3</b>	<b>PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE OS FLUXOS ASSISTENCIAIS E A ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RCPCD</b>	<b>30</b>
5.3.1	Conhecimento suficiente sobre os fluxos assistenciais	30
5.3.2	Os desafios da implantação do RESNIT	32
5.3.3	Dificuldades na contrarreferência	33
5.3.4	Fragmentação X Articulação	35
5.3.5	Informação	38
5.3.6	Conhecimento do território	39
5.3.6	Trabalho em Rede	40
5.3.7	Encontros entre os profissionais e gestores municipais de saúde	41
<b>6</b>	<b>LIMITES DA PESQUISA</b>	<b>43</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>43</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE A - ENTREVISTA</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei descreve, em seu Capítulo II, os princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Um de seus princípios é a integralidade de assistência. Esta se refere à articulação de ações e serviços em todos os níveis de complexidade que um sujeito ou um coletivo pode vir a necessitar.

Conforme informações do anexo da Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é devido o cenário de intensa fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, que a assistência a saúde pelo SUS passa a ser reorganizada pela criação de Rede de Atenção à Saúde (RAS), se configurando como uma estratégia criada objetivando garantir ao usuário que acessa o SUS ações e serviços de forma efetiva.

No que se referem à integralidade de assistência às pessoas com deficiência, essas contam, mais especificamente ainda, com a portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, que institui uma das redes temáticas existentes que é a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, por meio da criação, ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção para o cuidado dessa população.

A RCPCD tem como componentes a Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. É preconizado que esses três componentes sejam articulados entre si, com o objetivo de promover às pessoas um cuidado integral e o acesso regulado (BRASIL, 2012).

Nessa lógica, os profissionais de saúde devem ter suas práticas reorientadas para que a interlocução preconizada entre os serviços, na conjuntura do SUS, aconteça de forma efetiva. Esta articulação não tem acontecido como se espera, como Pereira e Machado (2016) identificaram em seus estudos. Tais autores explicam que cada ponto de atenção tem atuado exclusivamente em seu próprio

espaço e, além disso, os profissionais não interagem entre equipes, dificultando ainda mais a atenção à pessoa com deficiência.

Sendo assim, este estudo surge a partir do interesse da autora pela temática da RAS, a partir de experiência anterior na Atenção Básica, no ano de 2017, em estágio obrigatório de Terapia Ocupacional atuando com pessoas com deficiência, com o foco na Reabilitação Física, em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), localizado em um bairro do município do Rio de Janeiro. Nesta vivência, foi possível identificar como a Atenção Básica em Saúde se responsabilizava com o processo de reabilitação física das pessoas que necessitavam dela, tendo um papel significativo na vida das pessoas que precisavam ou não ser referenciadas para os serviços especializados.

Em 2019, surge a pretensão de continuar estudando sobre a temática da RAS a partir de uma nova perspectiva. Não mais inserida na Atenção Básica em Saúde, mas em um Centro Especializado de Reabilitação (CER) Física e Intelectual, na condição de bolsista por meio de um Programa de Aperfeiçoamento Profissional em Reabilitação da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR).

Dessa forma, torna-se de grande interesse entender quais são os desafios e enfrentamentos da RCPCD do município de Niterói, por meio da significação dada pelos profissionais e gestores de saúde em relação ao conhecimento dos fluxos assistenciais e das informações entre os componentes da RCPCD.

Na vivência como bolsista, surgiu a indagação de como vem se estruturando a RCPCD no referido território, podendo ter como hipótese a existência de uma desinformação entre os trabalhadores e gestores, que pode dificultar o fluxo de pacientes nos componentes da rede de saúde de atenção básica e especializada, comprometendo a integralidade do cuidado na referência e contrarreferência. Ou seja, buscou-se verificar se a pessoa com deficiência, pelas possíveis falhas de informações entre os próprios trabalhadores sobre a RCPCD, pode ter a garantia do cuidado integral em saúde comprometido.

A pesquisa foi realizada na AFR, que é considerada uma instituição particular e filantrópica, criada no final da década de 50 (Gomes, 2011). Atualmente, a AFR também é uma instituição que atende pacientes pelo SUS, devido a sua habilitação de ser CER II. Sua clientela é variada, desde estimulação precoce, reabilitação intelectual, neurologia infantil e adultos e idosos que precisam de reabilitação física e/ou intelectual.

Sendo assim, aprimorar os instrumentos de informação e estimular o surgimento de uma rede articulada torna-se um elemento essencial para a construção de uma RCPCD que se propõe a uma lógica de cuidado na sua integralidade.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 BREVE HISTÓRICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL**

Para dar início a esta monografia, foi necessário entender, mesmo que brevemente, a trajetória das pessoas com deficiência no Brasil, uma vez que a construção de uma Rede para esta população envolve mudanças significativas no modo de pensar e agir quando o assunto é o cuidado a essa população (MENDES, 2014).

Ao longo da história mundial, o olhar da sociedade para a pessoa com deficiência apresentou transformações. Existem indícios de que na Antiguidade as pessoas com deficiência eram vistas como “bruxos”, sendo exterminadas pela população, sem dignidade para o convívio em sociedade. Na idade média, pela ascendência do cristianismo, essas pessoas passaram a serem vistas como sendo filhos de Deus mas, ainda assim, contavam com a caridade para sua sobrevivência e algumas eram vistas como forma de entretenimento, assumindo papéis de bobos da corte para diversão (SCHWARZ; HABREN, 2006).

No período colonial (1500 a 1822), as pessoas com deficiências vivenciaram um período de grande isolamento da sociedade. O isolamento não se dava pelas grandes interações, uma vez que neste período a pessoa com deficiência no Brasil era confinada pela família ou era recolhida pelas Santas Casas ou até mesmo às prisões (JÚNIOR; MARTINS, 2010).

Avançando para o período imperial (1822 a 1889), o Brasil viveu um momento de criação de instituições totalizantes e assistencialistas. Foi fundado o Hospício D. Pedro II, primeiro hospital “destinado privativamente para o tratamento dos alienados” e que era vinculado à Santa Casa de Misericórdia. Ainda neste

período, foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (1854), que após a proclamação da República recebeu o nome de Instituto Benjamin Constant (IBC) como é conhecido hoje e, dois anos depois, foi criado o Instituto dos Surdos-Mudos, que atualmente é conhecido como Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), ambos no Rio de Janeiro.

Após a proclamação da República, existiu o advento também do Pavilhão-Escola Bourneville em 1904 destinado a crianças com deficiência (JÚNIOR; MARTINS, 2010).

Ressalta-se que ao longo da história, a atenção à pessoa com deficiência era voltada principalmente para ações educativas. Dessa forma, a sociedade civil criou organizações voltadas não somente para a área da educação, mas também para a saúde dessa população, criando a Sociedade Pestalozzi (1932) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1954 (JÚNIOR; MARTINS, 2010).

Nesse contexto ainda surge a AFR em junho de 1958, sendo uma instituição não governamental, caracterizada como sendo do Terceiro Setor, que contou, e ainda conta, com iniciativas da sociedade civil para sua manutenção e construção (GOMES, 2011)

Como se pode compreender, o olhar para a pessoa com deficiência apresentou modificações ao longo dos anos. Em decorrência das lutas envolvendo garantia de direitos, a pessoa com deficiência passou a ser compreendida como parte da sociedade civil. O exemplo disso, é que em 1970, ocorreu o período do Movimento Político das Pessoas com Deficiência, onde começaram a se formar organizações visando a garantia de seus direitos e participação na política (JUNIOR; MARTINS, 2010).

## **2.2 CONCEITO DE DEFICIÊNCIA**

Como é exposto no caput do art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - LBI, Lei nº 13.146, de 2015, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania, a pessoa com deficiência é aquela que tem o risco de ter sua participação na sociedade afetada, devido algum impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial, sendo de longo

prazo, e que pode interagir com uma ou mais barreiras. Essas barreiras, descritas pela Lei, são as barreiras urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações e informações, atitudinais e/ou tecnológicas (BRASIL, 2015).

Nesse ritmo, passou-se a compreender que o ambiente que uma pessoa vive está relacionado com a experiência de deficiência que ela terá, devido às barreiras existentes nele, afetando sua participação e inclusão (BRASIL, 2015). Não mais compreendidas como bruxos ou seres para trazer diversão, como antes eram tratados, a história das pessoas com deficiência passou por grandes transformações para que atualmente se compreenda a deficiência como as políticas atuais compreendem, visando superar o modelo biomédico que tem o seu enfoque apenas na doença, passando a compreender a doença e relacionando-a com a vida dos indivíduos (BRASIL, 2007).

Ainda assim, reflexo da história cercada de lutas e preconceitos, quando comparada com pessoas sem deficiência, essa população tem os piores resultados socioeconômicos, tamanha pobreza que enfrenta (OMS, 2011). Como visto em estudo de Santos, Pequeno e Galvão et al. (2014), que identificaram a presença de um círculo vicioso na vida da pessoa com deficiência, círculo visto entre pobreza, educação e deficiência. Ou seja, os autores explicaram a dificuldade dessas pessoas em conseguir se vincular ao mercado do trabalho e se especializar, levando à rendas per captas baixas.

Identificou-se, também, no estudo de Othero e Ayres (2012), que teve o objetivo de identificar as necessidades de saúde das pessoas com deficiência pela ótica dos próprios sujeitos, que cada um constrói seu próprio significado para a sua vivência com a deficiência. Os autores observaram, nos relatos de pessoas com deficiência, a ligação da religião para explicar a deficiência, a partir da noção de castigo, culpa, transcendência ou aprendizado, bem como a explicação de se tratar de um acidente e/ou fatalidade ou alguma condição genética e hereditária.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência. No Brasil, 23,9% da população convive com algum tipo de deficiência, seja esta visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, tendo prevalência na população acima de 65 anos, o que está relacionada com o processo de envelhecimento da população brasileira, que acarreta limitações principalmente de origem visual, auditiva e motora (IBGE, 2010).

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010) reconhece as complexidades que envolvem essas pessoas. Devido a isso, elas necessitam estarem incluídas em toda rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com a interlocução entre os serviços especializados de reabilitação, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e as unidades hospitalares, por meio de comunicação com ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e reabilitação.

Há uma necessidade de se compreender melhor sobre o que é apontado no Capítulo III, no Artigo 18 da LBI (2015), onde é exposto que para a pessoa com deficiência lhe é assegurada a atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, para que seja de fato garantido o seu acesso universal e igualitário.

### **2.3 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

No ano de 2010, aconteceu o acordo tripartite, que foi o acordo envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Como fruto deste acordo, surge a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

A RAS foi criada devido ao cenário de intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e da necessidade de qualificar a gestão do cuidado. Por meio da portaria nº 4.279 de 2010, a RAS aparece sendo definida como:

(...) arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Sendo assim, as RAS priorizadas na pactuação tripartite foram criadas nas seguintes ordens de criação: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

Considerando a RCPCD, esta Rede é instituída por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 e possibilita o acesso às pessoas com deficiência em diferentes cenários.

A RCPCD possui o plano “Viver sem Limites”, criado em 2011 pela presidente da República, e se organiza a partir de cuidados intersetoriais, que também envolvem vários ministérios para a atenção à pessoa com deficiência (BRASIL, 2014).

Desde sua implantação, considerada ainda recente, a RCPCD, como vista em um estudo em 2018, tem apresentado limitações em regiões de saúde, como uma delas sendo a dificuldade nos fluxos assistenciais e a falta de integração entre os componentes da RCPCD, seja a Atenção Básica, Especializada ou Hospitalar. Essas dificuldades podem ser justificadas pela grande demanda dos trabalhadores em seus locais de atuação, o que pode também indicar problemas no trabalho preconizado, que é o trabalho em rede (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Em linhas gerais, os objetivos da RCPCD envolvem: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência; promover a vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2012).

No que se refere aos objetivos específicos da RCPCD, destaca-se nessa monografia o objetivo específico citado no Art. 4º VIII, da portaria 793, onde é descrito que é objetivo dessa rede “regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”.

Dessa forma, o município de Niterói conta, desde 2017, com a Regulação de Saúde de Niterói (RESNIT). O RESNIT trata-se de uma ferramenta que foi desenvolvida pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU). É o RESNIT o responsável por organizar a fila de pacientes, o número de cotas disponíveis, e os encaminhamentos para a rede especializada.

Nesse sentido, os fluxos assistenciais são divididos em referência e contrarreferência. O primeiro refere-se ao encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para outros níveis de atenção que requerem um grau maior de complexidade. Ou seja, quando ocorre uma referência, significa que o paciente necessita de uma atenção de média ou alta complexidade (SILVA, 2010).

Já a contrarreferência, por sua vez, é caracterizada pelo retorno do paciente à UBS, deixando o cuidado de média ou alta complexidade, necessitando agora de menos recursos tecnológicos e terapêuticos (SILVA, 2010).

Isto posto, esse estudo buscou, como um de seus objetivos, caracterizar os fluxos assistenciais entre Atenção Básica e Atenção Especializada do município de Niterói, partindo da hipótese de que este pode apresentar dificuldades que tem o risco de afetar um cuidado em sua integralidade.

## **2.4 O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA E DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

De acordo com a o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, os serviços de atenção hospitalar e os ambulatórios especializados serão referenciados pelas portas de entrada das RAS. O decreto compreende que as portas de entrada do SUS são: a atenção básica, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto.

Dessa forma ainda, a Atenção Básica/ Atenção Primária, além de ser uma das portas de entrada para população, tem um papel importante ordenando as RAS e coordenando o cuidado (BRASIL, 2017).

Segundo a avaliação do Ministério da Saúde brasileiro, o processo de trabalho da equipe e dos agentes comunitários da atenção básica deve estar voltado para a identificação, cadastramento e assistência da pessoa com deficiência (Maia; Pagliuca; Almeida, 2014), salientando a importância deste segmento na atenção à pessoa com deficiência.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) nos esclarece sobre a definição e função da atenção básica, como é exposto no Art. 2º da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada,

realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A assistência à saúde da pessoa com deficiência é vista como sinônimo de reabilitação. Porém, a pessoa com deficiência também apresenta outras exigências e necessita de outros profissionais, para além dos que compõem uma equipe de reabilitação. Como relatado no estudo de Othero e Ayres (2012), onde um sujeito com deficiência se questionou sobre a noção existente de que a pessoa com deficiência só necessite do profissional de fisioterapia. Há outras demandas para além da deficiência que precisam ser levadas em conta, que podem ser manejadas pela própria equipe da atenção básica.

A atenção básica apresenta uma possibilidade de relação muito próxima à família e à pessoa com deficiência, como explicam Vieira e Favoreto (2016). Os autores identificaram, em seu estudo, que os profissionais de saúde que atuam neste componente, quando se trata do cuidado à pessoa com deficiência e doença genética, por terem essa relação de proximidade maior, podem identificar melhor os riscos e construir possibilidades de intervenções, sendo co-responsáveis pelas mudanças que atravessam o cuidado, disparando processos de criatividade, o que caracteriza este componente como parte de uma reabilitação que é possível.

A atenção básica também é importante no momento de coordenar os diferentes cuidados que a pessoa com deficiência recebe. Para se entender como a pessoa com deficiência pode acessar outros serviços do SUS, necessitando de atendimento de outro nível de complexidade, é preciso compreender dois termos que fazem parte desse processo, já citados anteriormente, que é a referência e a contrarreferência. Estes se referem a um sistema de encaminhamento (FINKELSZTEJN; ACOSTA; CRISTOVAM et al., 2009).

Nesse contexto, torna-se importante destacar um instrumento que engaja trabalhadores e gestores de saúde a atuarem indo além da referência e contrarreferência, que é o conceito de Clínica Ampliada. Trata-se de não olhar para o paciente como um fragmento, mas como um Sujeito que apresenta autonomia e participação na construção de seu projeto terapêutico. Além de olhar, se responsabilizar por ele, buscar ajuda em outros setores e assumir um compromisso ético com este usuário (BRASIL, 2007).

Em relação aos Centros Especializados em Reabilitação (CER), foi com o surto de Poliomielite na década de 50 que o Brasil contou com a criação das primeiras instituições que mais tarde se transformaram em CER (Junior; Martins, 2010). E é somente em 2013, pela portaria nº 1.357/2013, que os CER são de fato habilitados para prestarem serviço à população.

Pelo descrito no artigo 19 da Portaria nº 793/2012, o CER é um ponto ambulatorial especializado em reabilitação e por sua vez, realiza diagnóstico, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (BRASIL, 2012).

Pela Portaria nº 1.357/2013, o município de Niterói conta com a Associação Fluminense de amparo aos cegos (AFAC), Associação Pestalozzi de Niterói (APN) e a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR). As três instituições são consideradas CER II. Ou seja, os CER de Niterói são compostos por dois serviços de reabilitação habilitados (BRASIL, 2013).

Nessa lógica, os CER passam a ter regras de funcionamento, onde neste trabalho destaca-se o seu trabalho articulado com outros pontos de atenção, salientando a articulação prevista com a Atenção Básica, pelo Art. 17 da portaria 793, onde é falado que os pontos de atenção especializada devem realizar ações de apoio matricial na atenção básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários.

### **3 OBJETIVOS**

Objetivo Geral:

- Verificar o processo de articulação entre atenção básica e atenção especializada a partir da percepção dos trabalhadores e gestores de um serviço especializado.

Objetivos Específicos:

- Descrever e definir as características gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Município de Niterói;
- Mapear os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência presentes no território de Niterói;

- Caracterizar os fluxos assistenciais entre Atenção Básica e Atenção Especializada do município de Niterói;
- Identificar os maiores desafios e enfrentamentos encontrados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para o aumento da articulação entre os seus componentes.

#### 4 METODOLOGIA

Este estudo refere-se a uma pesquisa exploratória de estratégias qualitativas.

A pesquisa foi realizada na Região de Niterói, município localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no Estado Rio de Janeiro, onde vive uma população de 511.786 habitantes distribuídos em 52 bairros.

A primeira etapa do estudo referiu-se ao mapeamento dos componentes da RCPCD presentes no município de Niterói, por meio de fontes eletrônicas. Assim, foram identificadas as unidades de atenção básica à saúde, os serviços especializados e as unidades de urgência e emergência.

A segunda etapa referiu-se à coleta dos dados relacionados à RAS deste território, especificamente a RCPCD, sobre a forma de entrevistas semi-estruturadas **(APÊNDICE A)**, realizadas com trabalhadores e gestores que atuavam na atenção especializada, identificando, assim, possíveis desarticulações entre o serviço especializado e as unidades básicas de saúde. A entrevista foi realizada com trabalhadores e gestores da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR).

Entendem-se, neste estudo, por trabalhadores, os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional da AFR, entre médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros, que atuam no cuidado direto das pessoas com deficiência. Os gestores, por sua vez, são os profissionais que assumem cargos de gestão de saúde, ocupando cargos de coordenadores, diretores, gerentes, entre outros semelhantes.

Foram entrevistados 15 sujeitos da AFR, escolhidos de maneira aleatória, entre equipe técnica e gestores, onde realizou-se coleta da identificação de cada participante da pesquisa, e por meio da entrevista, as seguintes informações: 1-

sobre os fluxos assistenciais existentes no cotidiano do trabalho dos participantes e 2- sobre a articulação e integração da RCPCD.

Todas as informações foram coletadas com o objetivo de caracterizar o processo de articulação da RCPCD entre atenção básica e atenção especializada da região de Niterói, a partir da percepção dos profissionais, identificando possíveis soluções para que os componentes desta rede trabalhem de forma integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção como é preconizado na política em vigor, por meio da portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a RCPCD no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As perguntas da entrevista foram transcritas para material impresso, onde foram registradas as respostas dos participantes na íntegra. As respostas também foram gravadas em aparelho SAMSUNG Galaxy A20. Para garantir o anonimato dos participantes, suas respostas foram identificadas com o uso de uma letra seguida de um número. Os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional de saúde foram identificados pela letra “T” seguida de um número. Os gestores do serviço, por sua vez, foram identificados pela letra “G” seguida de um número.

Porém, notou-se que muitos trabalhadores do serviço também exerciam papel de gestores. Logo, na referida pesquisa, optou-se por identificar que todo código em “G” tratou-se de gestores do serviço que também podiam ser trabalhadores, ou seja, terapeutas do serviço. A mesma lógica também serviu para o código “T”.

A técnica de análise utilizada para analisar os dados da entrevista foi a técnica de análise do material qualitativo, por meio da análise de conteúdo, do tipo análise temática, que segundo Minayo (2012) é entendida como uma técnica simples e que melhor se adéqua na pesquisa qualitativa da área de saúde.

O estudo foi submetido ao comitê de ética via Plataforma Brasil e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**).

A pesquisadora entrou em campo de pesquisa em janeiro de 2020, pelo período de 15 dias, entrevistando os 15 participantes. Foi realizado o contato presencialmente com indivíduos que faziam parte da equipe multiprofissional da instituição, objetivando apresentar a proposta da pesquisa, bem como informar a possibilidade de agendamento da entrevista. Havendo a concordância na participação, houve o agendamento com os profissionais. As entrevistas não

apresentaram prejuízo ao serviço, uma vez que os profissionais disponibilizaram de seu tempo livre que acordava com o tempo livre da pesquisadora.

O estudo também envolveu revisão na literatura, com o objetivo de fortalecer os conceitos pertinentes ao tema. Foram consultadas bases de dados por meio dos seguintes descritores: Sistema Único de Saúde, Integralidade em Saúde e Pessoas com Deficiência (*Unified Health System, Integrality in Health and Disabled Persons*), sendo também consultadas as políticas que estão envolvidas ao tema do estudo e livros.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 MAPEAMENTO DOS COMPONENTES DA RCPCD DE NITERÓI

Quadro 1- Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação

<b>CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO</b>
Associação Fluminense de Reabilitação (AFR)
Associação Pestalozzi de Niterói (APN)
Associação Fluminense de Amparo aos cegos (AFAC)

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2- Serviços de Atenção Hospitalar e de Urgência

<b>SERVIÇOS</b>
Hospital Carlos Tortelly
Hospital Orêncio de Freitas
Hospital Getúlia Vargas Filho
Hospital Psiquiátrico de Jurujuba
Unidade Municipal Mário Monteiro
Hospital Universitário Antônio Pedro
Hospital Estadual Azevedo Lima

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 3- Serviços de Atenção Básica - Bairro da Fonseca, Caramujo e Cubango**

<b>FONSECA</b>
Policlínica Regional Guilherme March
USF Raul Pareto Junior
<b>CARAMUJO</b>
Mód. Médico de Família Caramujo
<b>CUBANGO</b>
Mód. Médico de Família José Suárez Blanco

\*Mód= Módulo

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 4- Serviços de Atenção Básica- Centro, Ilha da Conceição, Morro do Estado e São Lourenço**

<b>CENTRO</b>
Unid. Básica Eduardo Imbassahy
Policlínica Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio
Policlínica Especializada Sylvio Picanço
<b>ILHA DA CONCEIÇÃO</b>
Policlínica Ruy Carlos Decnop
Mód. Médico de Família Célia Sanches
<b>MORRO DO ESTADO</b>
Unid. Básica Mário Pardal
<b>SÃO LOURENÇO</b>
Policlínica Regional Carlos Antônio da Silva

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 5- Serviços de Atenção Básica- Charitas, Ingá e Jurujuba**

<b>CHARITAS</b>
Mód. Médico de Família Abel Santamaria
Mód. Médico de Família Calixto Garcia
<b>INGÁ</b>
Mód. Médico de Família Jesus Montañez
<b>JURUJUBA</b>
Policlínica Aurelio Barcellos
Mód. Médico de Família Mario Munoz Monrroy
Mód. Médico de Família Ponto Final

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 6- Serviços de Atenção Básica - Santa Rosa, São Francisco, Viradouro e Vita Brazil**

<b>SANTA ROSA</b>
Policlínica Regional Sérgio Arouca
Mód.* Médico de Família Dr. Omar Marinho Vieira
<b>SÃO FRANCISCO</b>
Mód. Médico de Família Frank Pais Garcia
<b>VIRADOURO</b>
Mód. Médico Fam. Camilo Cienfuego
<b>VITAL BRAZIL</b>
Mód. Médico de Família Carlos J. Finlay

Fonte: Elaboração própria

\*Mód= Módulo Médico

**Quadro 7- Serviços de Atenção Básica - Baldeador e Barreto**

<b>BALDEADOR</b>
Unid. Básica Deputado José Sally
<b>BARRETO</b>
Unid. Básica João da Silva Vizela
Mód. Médico de Família Jorge Luiz Camacho Rodrigues
Mód. Médico de Família Carlos Rafael Rodrigues
Mód. Médico de Família Júlio Diaz Gonzalez

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 8- Serviços de Atenção Básica – Engenhoca, Fonseca e Santa Bárbara**

<b>ENGENHOCA</b>
Policlínica Regional Renato Silva
Unid. Básica da Engenhoca
Mód. Médico de Família Antônio López
<b>FONSECA</b>
Mód. Médico de Família Wilma Espin
<b>SANTA BÁRBARA</b>
Unid. Básica Adelino de Mendonça Silva

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 9- Serviços de Atenção Básica - Atalaia, Cachoeiras, Cantagalo, Itioca, Largo da Batalha e Matapaca**

<b>ATALÁIA</b>
Mód. Médico de Família Salvador Allende
<b>CACHOEIRA</b>
Mód. Médico de Família José Marti
Mód. Médico de Família José Marti II
<b>CANTAGALO</b>
Policlínica Comunitária Dr. Barros Terra
Mód. Médico de Família Haydée Santamaria
<b>ITIOCA</b>
Mód. Médico de Família Wilson Pereira de Oliveira
<b>LARGO DA BATALHA</b>
Policlínica Regional Dr José Francisco da Cruz Nunes
<b>MATAPACA</b>
Mód. Médico de Família Abelardo Ramírez

Fonte: Elaboração própria

**Quadro 10- Serviços de Atenção Básica - Cafubá, Engenho do Mato, Itaipu, Piratininga e Várzea das Moças**

<b>CAFUBÁ</b>
Mód. Médico de Família Ernesto Che Guevara
Mód. Médico de Família Ernesto Che Guevara II
<b>ENGENHO DO MATO</b>
Mód. Médico de Família Willian Soller
<b>ITAIPU</b>
Policlínica Regional Maria Aparecida Costa
Mód. Médico de Família Manoel Piñero Lozada
Mód. Médico de Família Colônia
<b>PIRATININGA</b>
Unidade Básica Dom Luiz Orione
Mód. Médico de Família Alberto Hatín
<b>VÁRZEA DAS MOÇAS</b>
Unid. Básica Tobias Tostes Machado

Fonte: Elaboração própria

Notou-se a existência de 49 serviços que prestam atenção básica à população.

## 5.2 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Em relação ao perfil dos participantes, identificaram-se características quanto a profissão, sexo, tempo na RCPCD de Niterói, nível de atenção atuante e a forma que atua, apresentados na tabela 1.

Tabela 1- Características dos participantes da pesquisa

<b>Categorias</b>	<b>n/15</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	10	66,7
Masculino	5	33,3
<b>PROFISSÃO</b>		
Assistente Social	2	13,3
Psicólogo	2	13,3
Fonoaudiólogo	2	13,3
Fisioterapeuta	3	20
Terapeuta ocupacional	2	13,3
Médico	2	13,3
Administrador	2	13,3
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA RCPCD DE NITERÓI</b>		
< 1 ano	2	13,3
1 a 5 anos	2	13,3
6 a 10 anos	1	6,7
Acima de 10 anos	10	66,7
<b>NÍVEL DE ATENÇÃO</b>		
Somente Atenção Especializada	10	66,7
Atenção Especializada e outro	3	20
Oficina Ortopédica	2	13,3
<b>FORMA DE ATUAÇÃO</b>		
Gestão	8	53,3
Cuidado direto/assistência	13	86,7

Fonte: Elaboração própria

Identificou-se também uma média de idade equivalente a 47,9 anos e o tempo de atuação na profissão que variou de menos de 1 ano na profissão à 39 anos. Além disso, um entrevistado mencionou ter especialização em acesso à saúde. Os outros não mencionaram formação complementar em saúde.

Nota-se que a AFR apresenta uma oficina ortopédica, visando ampliar o acesso a Tecnologia Assistiva para a população que a atende. Na pesquisa, foram entrevistados 2 profissionais da oficina ortopédica.

Ressalta-se que o tempo de atuação na RCPCD foi identificado na entrevista como o tempo que os participantes atuavam com pessoas com deficiência pelo SUS, mesmo que a RCPCD ainda vá completar oito anos em 2020 desde a sua implantação, podendo demonstrar que muitos acreditavam no trabalho da RCPCD mesmo antes de sua instituição pela portaria 793.

Três dos participantes atuavam também em outros dispositivos do SUS, inseridos dentro em serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do referido município.

### **5.3 PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS SOBRE OS FLUXOS ASSISTENCIAIS E A ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA RCPCD**

A análise do conteúdo permitiu identificar a presença de dois eixos temáticos: 1- os fluxos assistenciais e 2- a articulação e integração da RCPCD.

#### **Fluxos Assistenciais**

##### **5.3.1 Conhecimento suficiente sobre os fluxos assistenciais**

Essa categoria demonstra a percepção dos entrevistados sobre o conhecimento em relação à referência e contrarreferência. A maior parte respondeu ter conhecimento suficiente sobre, como é possível identificar no gráfico abaixo (Gráfico 1).

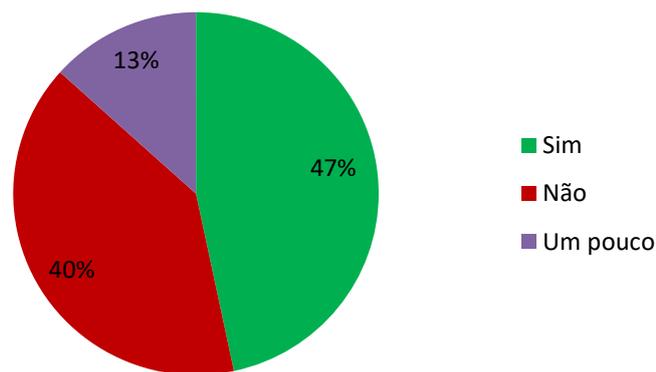
O destaque para o conhecimento dos fluxos foi para os dois médicos entrevistados, para os profissionais que exerciam cargos exclusivos de gestão e não participavam do cuidado direto, e para os assistentes sociais do serviço. Os

assistentes sociais no referido serviço e os que são exclusivamente gestores, afirmaram participação nas reuniões com a equipe de regulação.

Relevante destacar que, em estudo anterior com gestores de saúde da Região Centro-Sul do Rio de Janeiro, atuando em diferentes cenários de prática, a maioria respondeu como ocorre a referência e a contrarreferência, com unanimidade de resposta a existência de uma ficha própria que acompanha o usuário do SUS (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Gráfico 1- Percepção dos entrevistados sobre o conhecimento dos fluxos

### Conhecimento suficiente sobre os fluxos assistenciais



Fonte: Elaboração própria

Dentre as falas dos participantes que afirmaram não ter conhecimento suficiente sobre os fluxos, ressaltaram-se as falas de que falta informação, conhecimento e interlocução sobre o assunto (quadro 11).

**Quadro 11- Percepção dos entrevistados sobre o conhecimento em relação a referência e contrarreferência do município de Niterói**

T.1	"[...] É até um desafio isso".
T.2	"Não. Claro que não. Na verdade o sistema é muito complexo [...]"
T.10	"Não [...] Falta interlocução".
T.11	"Não, pois aqui quem tem conhecimento sobre os fluxos é o serviço social. Nós só recebemos o paciente, tem um responsável por isso".
T.13	"[...]Suficiente não. Acho que a gente não é tão nutrido de informação não."

Fonte: Elaboração própria

Mesmo com formação em especialização em acesso a saúde, T.7 relatou não ter conhecimento suficiente e acrescentou: *"[...] Eu tive alguma noção de referência de contrarreferência quando fiz a especialização de acesso à saúde, mas ainda assim, apesar da gente trabalhar com isso, o trabalhador tem pouquíssima informação sobre esses fluxos. Pouquíssima mesmo. Eu não sei hoje o ensino sobre isso na faculdade, mas na minha época não existia [...] como o SUS vem se remodelando [...] então eu não sei como isso é dado. Mas eu vejo que quem chega aqui também não tem uma noção muito grande sobre isso não"*.

### 5.3.2 Os desafios da implantação do RESNIT

Nesta categoria, foram exibidas as percepções acerca da criação do RESNIT e seu impacto no fluxo dos pacientes para a RCPCD.

Alguns participantes relataram a respeito da transição de um modelo de atenção que era caracterizado por uma demanda espontânea e que foi sendo transformado em uma atenção regulada. Assim, alguns se queixaram da crescente fila de espera depois de sua implantação. Outros, por sua vez, relataram satisfação e identificaram uma organização da atenção às pessoas com deficiência.

**Quadro 12- Percepções acerca da criação do RESNIT e seu impacto no fluxo dos pacientes para a RCPCD**

G.5	<i>"[...] Hoje o município de Niterói tem um sistema de regulação que tem facilitado todo o processo [...] A demanda espontânea tensionava na porta da AFR, hoje, na secretaria de saúde."</i>
T.12	<i>"[...] esses pacientes vinham por demanda espontânea [...] hoje tem que chegar pela regulação. Eu acho que melhorou muito a nível de organização, só que hoje, a demanda é maior do que em 2017. Em 2017 eu não atendia tanto paciente quanto atendo agora [...]"</i>
G.6	<i>"[...] Vinha muito mais pacientes quando era direto. O fluxo era mais rápido. Tudo bem que o pessoal de Niterói chegava primeiro que o pessoal de Itaboraí, mas se chegasse aqui ia ser atendido. A gente tinha uma agenda de pelo menos dois meses de espera. Nunca passou disso, mas ele ia ser atendido [...]"</i>
T.13	<i>"[...]Agora tem o RESNIT, né. Eles vão para o posto de saúde, se increvem e encaminham para o local mais apropriado. Mas antigamente era no boca boca, que alguém falou [...]"</i>
T.11	<i>"[...] Antes, sem o RESNIT, era muito mais rápido. O paciente chegava pra cá com a guia e a gente tendo a vaga a gente dava. Não tendo, ele ia pra nossa fila de espera. Era muito mais rápido. Acho que era melhor".</i>
T.8	<i>"[...] até então era o papel [...] Aí foi implantado, não sei se por uma lei ou uma diretriz, de que todo esse fluxo precisaria vir de uma regulação. E aí? Não houve um treinamento [...] A gente foi pego de surpresa, assim como todos os outros municípios [...]"</i>

Fonte: Elaboração própria

Ressalta-se que, o referido município, segundo um dos gestores do serviço, foi quem ficou responsável em informar e capacitar outras equipes de saúde do território sobre o sistema.

### 5.3.3- Dificuldades na contrarreferência

Foi possível identificar que a maioria dos participantes relatou julgar saber o momento certo de realizar uma contrarreferência, exceto dois participantes que responderam que a pergunta não era aplicável a elas, uma vez que não realizavam tal decisão no cotidiano do trabalho. Dentre as falas, os participantes ressaltaram o trabalho em equipe como sendo importante para esta tomada de decisão.

A contrarreferência foi compreendida pelos entrevistados como encaminhamentos necessários de serem realizados quando o tratamento de reabilitação já estava sendo finalizado ou como uma necessidade de intervir mediante dificuldades do paciente ser atendido no referido serviço devido à instabilidade clínica.

Alguns dos participantes relataram que a contrarreferência estava também relacionada com encaminhamentos que vão além da atenção básica, ampliando para o acesso ao mercado de trabalho, ao esporte, a projetos sociais e a outros tratamentos em saúde, ressaltando a dificuldade em realizar esses encaminhamentos, visto no quadro 13.

Quadro 13- Percepções dos entrevistados sobre a contrarreferência

T.3	"[...]A gente acolhe, trabalha, mas chega um tempo que não é pra gente mais, até porque a gente tem criança chegando a todo o momento. Alguns adolescentes que estavam com a gente, desde crianças, que já receberam alta, é uma alta trabalhada. Explicamos para família e encaminhamos para outros serviços fora [...] Encaminhamos para o CAPSI de Niterói, de São Gonçalo [...]".
G.6	"O momento certo é quando a gente consegue ver uma alta, né. A gente consegue visualizar que o paciente está apto para ser recolocado no mercado de trabalho. Ou que precisamos encaminhar para outra reabilitação [...] Chega uma hora que ele tem que viver, tem que ir pra outros projetos [...]"
T.7	"[...] Esse paciente não é acompanhado clinicamente aqui na casa, ele precisa ser acompanhado pela rede que é a hora que eu mais preciso: a hora que ele descansa e não tem nenhum acompanhamento [...]"
T.8	"[...] O ideal seria é que todo paciente que a gente tivesse que dar alta aqui a gente tivesse um fácil acesso a rede, a atenção mesmo básica. Onde a gente pudesse: olha, esse paciente está concluindo a reabilitação aqui, nossa parte foi feita [...]"
T.10	"[...] acho que é quando os recursos aqui não estão dando conta, ou quando, devido a uma dificuldade de localidade, o paciente precisa estar em uma outra unidade mais próxima à sua casa [...]"
G.14	"Sim. Às vezes eu até ligo, não faço só por escrito não. Eu vou além. Digo: doutora, nós fizemos de tudo, agora a oportunidade está com vocês [...] Essa continuidade não existe. Há muito tempo atrás eu apresentei um projeto para a ANDEF, para que ela fosse a continuação, mas não conseguimos".

Porém, é possível identificar, no quadro 14, que ainda existem dificuldades em saber como encaminhar ou queixas relacionadas a forma que ela tem acontecido, ressaltando dificuldades na RCPCD na continuidade do tratamento quando os objetivos da reabilitação, no serviço especializado, já são alcançado.

Quadro 14- Dificuldades dos entrevistados com a contrarreferência

T.2	"[...] o formato do quadro pra se fazer uma contrarreferência eu não sei. Não sei se existe um documento adequado pra isso. A gente tem dificuldade de saber pra quem encaminhar. Por mais que venha na referência a unidade responsável por este paciente nem sempre ele é acompanhado por esta unidade [...]"
T.1	"[...]É até um desafio isso. Muitas vezes a gente quer encaminhar o paciente, mas não sabe onde faz esse trabalho."
G.6	"[...]É muito difícil essa contrarreferência mesmo que a gente tenha o Programa Reintegrar que ajuda a gente nisso – a gente trabalha toda a alta, já organiza essa família pra fazer os exercícios em casa, tudo - Mas a gente não tem estabelecimento para que possamos encaminhar o paciente para que ele possa fazer uma manutenção".
G.14	"[...] Ontem veio uma mãe aqui, com um filho de 28 anos. Ele era atendido aqui com meses, trabalhamos até 13 anos de idade perfeitamente bem. Fizemos os encaminhamentos necessários na época da alta [...] É um rapaz lindo com paralisia cerebral considerável mas não manteve, não conseguiu manter e a gente fica muito triste com isso. Não existe trabalho pra manter, e é necessário. Não tem instituição que faça isso pelo SUS. Então isso é doído [...] Ele criou padrões que só a cirurgia resolve [...]"

Estudo similar revelou que, em Regiões de Saúde dentro do Estado do Rio de Janeiro, também foram constatadas dificuldades no retorno do usuário da média e alta complexidade para a atenção básica, demonstrando falta de respostas na contrarreferência, afetando a continuidade do tratamento de reabilitação (PEREIRA; MACHADO, 2016).

## A Articulação e Integração da RCPCD

### 5.3.4- Fragmentação X Articulação

Dentre os relatos que falam de uma fragmentação (Quadro 15), observam-se profissionais que sentem o serviço distante dos outros locais, além de queixas à conduta profissional que afeta um trabalho que busca a integralidade.

**Quadro 15- Percepções dos entrevistados sobre a articulação da RCPCD**

G.6	<i>"Eu acho que a Rede de Niterói, por ser grande [...] ta muito quebrada ainda, entendeu? [...] falta encontro do médico da rede com a reabilitação [...] A gente se perde na distância [...]"</i>
G.7	<i>"[...]o paciente saiu daqui reabilitado [...] O que eu vejo é que acaba nessa ponta [...] Tem que fechar esse ciclo na rede".</i>
T.7	<i>"[...]É muito assim: eu to na Unidade Básica eu to na Unidade Básica. Eu to no CER eu to no CER. Eu acho que existe um pouco de dificuldade dessa percepção do profissional de saúde em si do objetivo da Rede".</i>
T.10	<i>"Aqui estamos isolados da Rede, diferente da saúde mental por exemplo. Precisamos de mais segurança na área que atendemos [...]"</i>
G.14	<i>"Existem profissionais fantásticos. Existem profissionais interessados. Mas não existe essa união que deveria ter. Quando um profissional, como um terapeuta ocupacional da atenção básica que veio até aqui conversar [...] Tem esses profissionais que vão além, mas são poucos".</i>

Nesta categoria, é apresentada também a falas dos entrevistados sobre os movimentos de articulação entre os atores inseridos nos componentes da RCPCD.

A maior parte dos participantes relatou não terem realizado nenhuma atividade em parceria com outros componentes da RCPCD, sejam serviços de

atenção básica, outros CER ou hospitais (Gráfico 2). Dos que já realizaram, dois afirmaram atividades que aconteciam “antigamente”, em parceria também com outros municípios, e que não realizavam mais. Como G.4., que relatou a experiência de atendimento, por meio da oficina ortopédica, a municípios como Volta Redonda e Macaé, além de capacitação a equipe de terapeutas ocupacionais do Hospital Azevedo Lima:

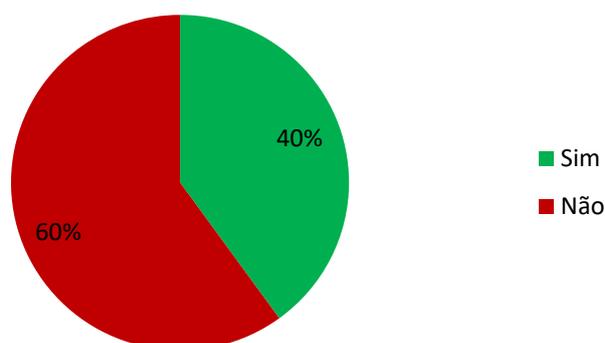
*“[...] No Hospital tinha pacientes que eram acamados e precisavam receber um equipamento para desocupar aquele leito. Era difícil trazer aquele paciente pra cá. Então tivemos a experiência de trazer cinco terapeutas ocupacionais do hospital que vieram pra cá e fizeram três meses de capacitação para tirar medida de órtese e elas traziam o molde pra gente. Traziam os moldes, nós confeccionávamos e elas entregavam ao paciente. Tanto órtese de mão, de pé, coletes. Hoje já não há mais possibilidade de fazer isso por causa da regulação. A demanda espontânea facilitava isso”.*

O participante G.14, assim como o paciente G.4, também relatou uma dificuldade na realização de atividades em parceria com outros componentes:

*“Já trabalhei, hoje em dia não, antes já foi mais [...] visita hospitalar pra ver nossas crianças internadas [...] Eu, a doutora e um profissional de cada área fazíamos essas orientações nos hospitais”.*

**Gráfico 2- Participação dos entrevistados em atividades com outros componentes da RCPCD**

### **Participação em Atividades em parceria com outros componentes da RCPCD**



Nesta categoria também se verificou impasses que atravessavam o cotidiano do trabalho dos profissionais no que diz respeito a acionar unidades básicas de saúde, mesmo em um município que existe a presença de 49 serviços de atenção básica. Parte considerável dos serviços de atenção básica localiza-se próximo ao entorno do CER pesquisado.

Percebeu-se que alguns profissionais não tinham um contato direto com as unidades básicas, sendo por vezes o próprio paciente o responsável por ser a ponte entre os serviços, ou essa comunicação se dava de forma superficial, como exemplificado nas falas no quadro 16 a seguir:

**Quadro 16- Percepção dos entrevistados sobre as formas de articulação da RCPCD**

T.2	<i>"A gente já se comunicou em via documentação. Mandar um laudo, mandar um relatório ao médico, justificando a permanência, justificando a alta. Acho que esse tenha sido o maior contato que eu tive".</i>
T.7	<i>"Só através do paciente. Sem contato".</i>
T.13	<i>"A gente já encaminhou".</i>

Fonte: Elaboração própria

Outros profissionais, por sua vez, também relataram movimentos que demonstraram uma responsabilização com o paciente atendido no serviço, exemplificada por solicitações de exames, consultas ou orientações acerca de uma mudança de tratamento (quadro 17):

**Quadro 17- Movimentos de articulação dos entrevistados na RCPCD**

G.6	<i>"[...] Com o Sérgio Arouca e Guilherme Marcha para pedir consulta médicas [...]"</i>
T.8	<i>"[...] para que esse atendimento não se perdesse no meio do caminho, a gente precisou muito entrar em contato com o profissional do posto de saúde de referencia [...] Não é sempre mas a gente já precisou fazer sim."</i>
T.9	<i>"[...]Quando o paciente precisa de uma avaliação do endócrino, por exemplo. Aí solicito avaliação para esses profissionais que estão nas unidades que os pacientes são atendidos [...]"</i>
T.11	<i>"[...]Exame que a gente precisa e não tem aqui, como exame de audiometria [...] A gente vê qual unidade está fazendo [...]"</i>
T.15	<i>"[...] Situações de crise ou questões mais clínicas".</i>

Fonte: Elaboração própria

### 5.3.5 - Informação

Nesta categoria estão expostas observações feitas pelos entrevistados sobre os maiores desafios da RCPCD, vistos na prática, e que poderiam, segundo eles, melhorar a informação entre os componentes da RCPCD. É possível perceber que a maior parte dos entrevistados respondeu ser a falta de tempo, a sobrecarga e a insuficiência profissional como sendo os principais responsáveis.

**Quadro 18- Percepção dos entrevistadores sobre os desafios para o aumento da informação sobre os componentes da RCPCD do município de Niterói**

T.8; T.10; T.11; G.14; T.15; T.13	Falta de tempo; alta demanda e sobrecarga do profissional; poucos profissionais
T.1; T.2; G.6; T.9	Comunicação ruim ou falta dela
T.10;T.12	Telefone do setor bloqueado; não poder ligar diretamente para outros serviços
T.15	Dinâmica ambulatorial
T.7	Burocracias
G.14	Problemas Financeiro
G.5	Desconhecimento dos fluxos por parte das UBS
T.3	Dificuldades para acessar os serviços por matriciamento

Fonte: Elaboração própria

No artigo de Dubow, Garcia e Krug (2018), com objetivo de analisar o processo de implantação da RCPCD em uma Região de Saúde, a restrição financeira foi identificada, por gestores e coordenadores dos serviços, como empecilho para efetiva implantação da RCPCD, sendo esta também a justificativa para que não se consiga realizar mais contratações das equipes de saúde, mesmo que haja um reconhecimento da demanda de profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nos serviços.

### 5.3.6. Conhecimento do território

Nesta categoria, identificou-se que os profissionais do CER entrevistados, em sua maioria, afirmam não conhecer o território de saúde que trabalham (Gráfico 3).

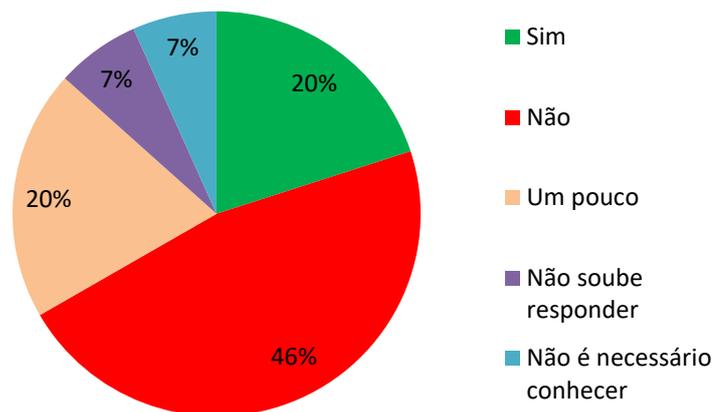
Um profissional respondeu não ser necessário saber disso, tendo em vista que a regulação já delimita os limites do território atendido, exemplificado na fala abaixo:

*G.4: “[...] Não tem questão de território pra gente, só se ele viesse por demanda espontânea como era antigamente. Tínhamos problemas com isso, mas agora ele já passa pelo filtro”.*

Em contrapartida, G.14, que relatou “não”, demonstra que nem a atenção básica tem esse conhecimento, quando relatou: “*Não. Nem nós nem eles, entendeu?!*”

Gráfico 3- Percepção dos entrevistados sobre o conhecimento do território de saúde

### Conhecimento do Território



Fonte: Elaboração própria

Relevante apresentar que o território, além de uma noção geográfica, está relacionado com a organização das práticas de saúde, dos serviços de saúde, à vida da população, à produção dos problemas de saúde e bem estar e também pela responsabilização e atuação compartilhada (MONKEN; PEITER; BARCELLOS et al., 2008).

#### 5.3.6 Trabalho em Rede

Quando perguntados sobre o trabalho em Rede, alguns não souberam responder. Outros, por sua vez, expuseram que o trabalho em rede é aquele articulado, interligado com outros espaços e serviços.

**Quadro 19- Percepção dos entrevistadores sobre o trabalho em Rede**

G.5	<i>"[...] em que há permeabilidade da comunicação entre os diversos atores desse processo. Então acho que isso é extremamente importante. Que você vê o indivíduo como um todo e não só ele no segmento de reabilitação. É um cliente de reabilitação que tem uma série de outras demandas e que essa rede pode dar um suporte para ele".</i>
G.6	<i>"[...] aquele que é interligado [...]".</i>
T.10	<i>"[...] é quando se consegue conversar sem se sentir pressionado. É quando o paciente pode estar aqui ou lá(em outro setor) e tudo bem. E quando existe uma responsabilização dos profissionais por isso. A Rede acontece quando conseguimos isso".</i>
T.15	<i>"[...]é um trabalho ampliado".</i>

Fonte: Elaboração própria

### 5.3.7 Encontros entre os profissionais e gestores municipais de saúde

Dentre os relatos dos entrevistados propondo soluções para haver articulação e aumento da informação entre os componentes da RCPCD, surgiu esta categoria, onde os entrevistados exemplificam formas que, segundo eles, poderiam acontecer para que a RCPCD fosse de fato mais articulada e houvesse informação entre os seus componentes (Quadro 20).

**Quadro 20- Percepção dos entrevistados para a melhora da articulação entre os componentes da RCPCD**

T.1	<i>"se os gestores de saúde visitassem as instituições para entender a realidade e necessidade seria mais interessante".</i>
T.3	<i>"[...]ter uma interação maior entre os serviços [...]"</i>
G.4	<i>"[...]Por exemplo a reunião dos centros de reabilitação do estado, que fazem as diretrizes, os municípios que são convidados as vezes não vão[...]"</i>
G.6	<i>"[...]Teria que ter encontros, conferências, cursos, periódicos[...]".</i>
T.8	<i>"Tempo de encontro [...]"</i>
T.10	<i>"Encontros para que os profissionais se conheçam [...]"</i>
T.11	<i>Fóruns, para que cada um apresentar o seu trabalho e a gente veja os outros colegas da rede. Visitas agendadas entre as instituições. Eu vejo que as visitas acontecem muito com os administradores, né. O diretor do posto vem e visita aqui. Não existe visita dos profissionais."</i>
T.13	<i>"Um conhecer o trabalho do outro. Nem conhecemos aonde a gente está[...]"</i>

Fonte: Elaboração própria

Ressalta-se também que a maioria dos entrevistados destacou que esses encontros deveriam ser regulares/periódicos. Muitos citaram o Colóquio de Centros Especializados em Reabilitação, que acontece anualmente e que no ano de 2019 teve o seu quinto encontro, como sendo uma das formas de proporcionar aproximação com o trabalho do outro. Porém, para alguns profissionais, este evento não seria suficiente, necessitando de mais encontros.

Como uma forma de expressar a necessidade de mais encontros, que fossem periódicos, devido a alta rotatividade dos profissionais da RCPCD, principalmente da atenção básica, G.6 relatou: *"[...] Os médicos mudam, os profissionais também mudam. Aí você fala com um, daqui há 6 meses ele não está mais lá"*.

No artigo de Alves, Ribeiro e Sampaio (2016), a alta rotatividade dos profissionais da atenção básica também foi citada, por trabalhadores da Rede de Reabilitação de Belo Horizonte, incluindo profissionais dos NASF e CER, como

sendo uma forma de dificultar vínculos, podendo assim refletir nas ações de dada comunidade e no trabalho em equipe.

As outras soluções relacionadas ao aumento da informação foram diversas, desde o interesse dos profissionais, que foi destacado por dois profissionais; sites atualizados para leituras fáceis; guia para ajudar pacientes e profissionais sobre os fluxos da rede; prontuário eletrônico para que pudesse acompanhar o paciente na rede; aproximar da RCPCD a AFR.

## **6 LIMITES DA PESQUISA**

Foi aceito como limite desta monografia o fato de os dados terem sido coletados de um número pequeno de participantes, bem como o de não entrevistar outros trabalhadores envolvidos no cuidado à pessoa com deficiência inseridos em outros serviços e que poderiam contribuir para verificar, de forma mais ampla, os desafios e enfrentamentos do referido município.

Ressalta-se, também, que os profissionais foram orientados a responderem sobre suas percepções a cerca de um dado município, mas que a RCPCD é uma rede Regional e não Municipal, mas que apresenta componentes significativos que prestam assistência à pessoa com deficiência.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível identificar que a RCPCD no território estudado vem sendo consolidada com diversos desafios e enfrentamentos. Um desses desafios é a dificuldade na contrarreferência para atenção básica. Levando em conta o quadro de desmonte do SUS, provocado principalmente pelo atual governo, e que tem afetado, especialmente, os serviços que prestam atenção básica à população, é possível que este quadro não seja revertido em um futuro próximo, levando aos serviços especializados em reabilitação, como ao pesquisado, casos graves de usuários retornando à reabilitação, casos de complexidade baixa sendo referenciados aos CER e usuários descompensados clinicamente devido às dificuldades com o monitoramento clínico que deveria ser tratado, em primazia, na atenção básica.

Mesmo com dificuldades na comunicação entre os pólos, muitos profissionais inseridos na RCPCD demonstraram movimentos que buscam articulação com outros serviços, mesmo que nem sempre a dinâmica do serviço favoreça tal movimento.

Sugere-se, a partir dos resultados, que o governo, através gestores municipais de saúde e outros atores envolvidos no cuidado à pessoa com deficiência, invista em uma saúde digna e de qualidade para a população com deficiência, favorecendo os serviços para que funcionem não somente por letra de Leis e Portarias, mas na realidade do trabalhador de saúde e do usuário.

## REFERENCIAS

Alves, M. A.; Ribeiro, F. R.; Sampaio, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioter Pesqui.* v. 23. n. 2. p.185-92, 2016.

BRASIL. Lei Nº 13.146, de 6 de Julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.357, de 2 de dezembro de 2013. Habilita os Centros Especializados em Reabilitação (CER).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 23, de 17 de Agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

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.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

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. Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, abr-jun 2018.

FINKELSZTEJN, A. et al. Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

GOMES, L. M. A. Associação Fluminense de Reabilitação. Reabilitando Vidas: Um Histórico da AFR. Niterói/RJ, 2011.

JÚNIOR, L.; MARTINS, M. C. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Necessidades de Saúde da Pessoa com Deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.

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

SANTOS, S.; PEQUENO, A. A. S.; GALVÃO, C. R. C. et al. As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviços especializados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19. n 2. p. 559-568, 2014

SCHWARZ, A.; HABER, J. A ação de recursos humanos e a inclusão de pessoas com deficiência. Ferrabran, 2006.

SILVA, A. C. et al. *Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição*. Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M.; ALMEIDA, P. C. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. *Acta Paul Enferm*. V. 27 n.4. p. 326-32. 2014.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I. et al. Território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.23-41.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise do material qualitativo. In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2012.

VIEIRA, D. K. R.; FAVORETO, C. A. O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu) v.20 n.56. p 89-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Bank. World report on disability. Genebra: WHO; 2011. [acesso em outubro de 2019]. Disponível em: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf).

## APÊNDICE A - ENTREVISTA

**Título da monografia: “A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Município de Niterói”**

Instituição proponente: Associação Fluminense de Reabilitação (AFR)

Nome da pesquisadora: Stephani Ribas Rocha

Professor/Orientador (a): Valéria de Fátima Soares Marques Coelho; Cláudia Pitanga; Mariana Zaquieu.

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

Horário de início: \_\_\_:\_\_\_ Horário de finalização: \_\_\_:\_\_\_

Tempo total de duração \_\_\_:\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:
Idade:
Formação:
Profissão que atua e quanto tempo atua:
Tempo de atuação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Niterói: ( ) < 1 ano ( ) de 1 a 5 anos ( ) de 6 a 10 anos ( ) Acima de 10 anos
Qual o nível de atenção você atua?  ( ) Somente Atenção Especializada ( ) Atenção Especializada e Outro
Você trabalha sobre a forma de gestão de saúde ou no cuidado direto à pessoa com deficiência?  ( ) gestão ( ) cuidado direto/assistência

**1- SOBRE OS FLUXOS ASSISTENCIAIS EXISTENTES ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA:**

1.1 Em relação aos fluxos assistenciais (referência e contrarreferência), você acredita que possui conhecimento suficiente sobre? Comente.
1.2 Quais são os fluxos assistenciais mais frequentes no cotidiano do seu trabalho?
1.3 Quais são as características desses fluxos assistenciais?
1.4 Você acredita que tem condições de identificar o momento certo de realizar uma contrarreferência?

**2- SOBRE A ARTICULAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD):**

2.1 Pra você, o que é o trabalho em Rede?
2.2 Em sua opinião, os profissionais que atuam na RCPCD tem o conhecimento sobre o território de saúde que atuam?
2.3 Você já realizou alguma atividade em parceria com outros componentes da RCPCD do seu território? Especifique qual foi a atividade.
2.4 A RCPCD em que trabalha é capaz de responder, de modo ampliado, às necessidades da pessoa com deficiência?
2.5 Você já acionou alguma unidade básica de saúde no cotidiano de seu trabalho? Comente essa experiência.
2.6 Para você, o que pode dificultar a articulação entre os componentes da RCPCD? Isso acontece em Niterói?
2.7 Para você, quais são os maiores desafios, vistos na prática, para o aumento da informação entre os componentes da RCPCD (Atenção Básica e Atenção Especializada)?
2.8 Em sua opinião quais seriam as soluções para a melhoria da articulação entre os

componentes da RCPCD (Principalmente entre Atenção Básica e Atenção Especializada)?
---

2.9 Em sua opinião o quê poderia melhorar a informação entre os componentes da RCPCD?
---

Sugestões sobre a pesquisa:

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Dados de Identificação:

Título do Projeto: A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Município de Niterói

Pesquisador responsável: Stephani Ribas Rocha

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Associação Fluminense de Reabilitação (AFR)

Telefones para contato do Pesquisador: (021) 968191929

Outras formas de contato com o pesquisador (email): [stephani.rocha2@gmail.com](mailto:stephani.rocha2@gmail.com)

Nome do participante: \_\_\_\_\_

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “A Percepção de Trabalhadores e Gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os Desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Município de Niterói”, de responsabilidade da pesquisadora Stephani Ribas Rocha.

O objetivo desta pesquisa é de verificar como você percebe o trabalho da atenção especializada com a atenção básica em saúde, no cotidiano do seu trabalho na Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), identificando o seu conhecimento sobre a entrada e saída dos pacientes, suas experiências em conjunto com atenção básica e os desafios e enfrentamentos que você identifica para aumentar a informação entre esses dois serviços que prestam cuidados à pessoa com deficiência. Esta pesquisa se justifica devido à vivência da pesquisadora no Programa de Aperfeiçoamento Profissional da AFR, localizado em Niterói, aonde se buscou verificar como a atenção básica tem se articulado com a AFR.

Será solicitada a você sobre essas informações citadas a cima por meio de entrevista, com duração prevista de até 50 minutos. A entrevista será gravada em áudio e a pesquisadora fará anotações de suas respostas durante seus relatos. O objetivo da gravação será o de garantir o completo registro das suas respostas.

Para minimizar o risco de identificação de seu nome na pesquisa, substituiremos o seu nome pela letra “T” ou “G”, seguida de um número. Você terá garantido o seu direito a

buscar indenização caso haja danos decorrentes desta pesquisa. Os benefícios dessa pesquisa incluem contribuir para a melhor organização na atenção das pessoas com deficiência no território em que você trabalha.

Este estudo está sendo orientado pelas profissionais da AFR

---

(rubrica do pesquisador)

---

(rubrica do participante)

Este estudo está sendo orientado pelas profissionais da AFR **Mariana Vianna Zaquieu, Valéria de Fátima Marques Coelho e Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga**, que poderão ser contatadas pelo endereço da AFR: R. Lopes Trovão, 301 - Icaraí, Niterói - RJ, 24220-070, ou também pelo telefone (21) 2109-2626, que tem seu funcionamento no horário segundas-feiras a sextas-feiras, de 08h a 17:30h.

As informações da pesquisa ficarão armazenadas no Núcleo de Estudos, Projetos e Pesquisa (NEPP) da Associação Fluminense de Reabilitação.

Sua participação nesta pesquisa é de forma voluntária. Você é quem decide se quer participar ou não desta pesquisa. Mesmo se você decidir participar, você ainda terá a liberdade de sair do estudo a qualquer momento e sem dar explicações. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os procedimentos, riscos ou benefícios da pesquisa, você poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF)**, ou pelo telefone da pesquisadora (21) 968191929. **Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por e.mail ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas:**

**E.mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)**

**Tel/fax: (21) 26299189**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado e concordo em ser participante, do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

(nome e assinatura do participante)

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

28/10/2019

Est.bmp



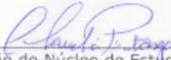
**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO**  
**NEPP-NÚCLEO DE ESTUDOS, PROJETOS E PESQUISA**  
**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, **Claudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga**, abaixo assinado, responsável pelo NEPP, declaro anuência para a pesquisa intitulada **"A Percepção de Trabalhadores e gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação sobre os desafios e Enfrentamentos da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no Município de Niterói"** da bolsista de terapia ocupacional **Stephani Ribas Rocha**, vinculada ao Programa de Bolsa de Aprimoramento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação, orientada por Mariana Vianna Zaquieu, Valéria de Fátima Marques Coelho e Claudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga.

Tenho ciência de que a pesquisa tem por objetivo verificar o processo de articulação entre a Atenção Básica e Atenção Especializada, a partir da percepção dos trabalhadores e gestores de um Serviço Especializado em Reabilitação e tem como metodologia a coleta de dados mediante a realização de entrevistas semiestruturadas com 15 profissionais da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR).

Estou ciente que a pesquisadora conhece as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Norma Operacional CONEP 001/13, a Resolução CNS 466/2012 e 510/2016 e suas complementares. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes, dispondo de infraestrutura necessária, para a garantia a realização das ações previstas no referido projeto, visando à integridade e proteção dos participantes da pesquisa.

Niterói, 28 de outubro de 2019.




---

Coordenação do Núcleo de Estudos Pesquisa e Projetos

Dra. Claudia Escórcio G. do A. Pitanga  
 Psicóloga - CRP 12909/05  
 Coord. do Núcleo de Estudos e Pesquisa  
 Associação Fluminense de Reabilitação

[www.afr.org.br](http://www.afr.org.br)

Rua Lopes Trovão, 301 - Icaraí - Niterói - RJ - CEP 24220-070 - CNPJ 30.139.950/0001-62 - Tel/Fax: (21) 2109-2626