

Implantação de um protocolo de avaliação e acolhimento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um centro especializado de reabilitação

Implementation of an assessment and user embracement protocol based on the International Classification of Functioning, Disability and Health in a specialized rehabilitation center

 Aline Cáus Zuqui¹,  Fernanda Mattos Vogler¹,  Julia Fabres do Carmo²,  Crystian Moraes Silva Gomes^{1,3}

RESUMO

O Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR) é um instrumento de triagem baseado no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que sistematiza o acolhimento e possibilita a formação de bancos de dados sobre as demandas funcionais dos usuários de serviços de reabilitação. **Objetivo:** Relatar e analisar a partir da percepção dos profissionais o processo de implantação do PLPR em uma Unidade de Tratamento Neurológico Adulto de um Centro Especializado de Reabilitação (CER II). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória do tipo qualitativa. Para coleta dos dados foram utilizadas informações documentais e um grupo focal, adotado para compreender a percepção dos profissionais sobre as mudanças no processo de triagem após implementação do PLPR. Utilizou-se como ferramentas de processamento dos dados o software IRAMUTEQ. **Resultados:** A classificação hierárquica descendente apresentou cinco categorias temáticas de análise: Fluxo e Rede; Acolhimento e Cuidado; PLPR; Triagem; Reabilitação. **Conclusão:** A falta de uma rede de cuidados à pessoa com deficiência constituída e consolidada foi apontada como uma barreira importante que influencia o processo de reabilitação. A equipe demonstrou compreender a necessidade de reformular os atendimentos, através do modelo conceitual da CIF. Ressaltando que a aplicação do PLPR foi a primeira ação de estruturação deste modelo no serviço, todavia, não houve um consenso se o uso do instrumento promoveu um atendimento mais próximo deste modelo.

Palavras-chaves: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Avaliação da Deficiência, Acolhimento, Humanização da Assistência, Centros de Reabilitação

ABSTRACT

The Protocol for Identification of Problems for Rehabilitation (PLPR) is a screening tool based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) model, which systematizes the reception and enables the formation of databases on the functional demands of users of rehabilitation services. **Objective:** Report and evaluate, from the perception of professionals, the process of implementing the PLPR in an Adult Neurological Treatment Unit of a Specialized Rehabilitation Center (CER II). **Methods:** This is a descriptive exploratory qualitative research. For data collection, documentary information and a focus group were used to understand the perception of professionals about the changes in the triage process after the implementation of PLPR. IRAMUTEQ software was used as data processing tools. **Results:** The descending hierarchical classification presented five thematic categories of analysis: Flow and Network; Reception and Care; PLPR; Triage; Rehabilitation. **Conclusion:** The lack of a consolidated care network for people with disabilities was pointed out as an important barrier that influences the rehabilitation process. The team showed an understanding of the need to reformulate care through the ICF conceptual model. It is noteworthy that the application of the PLPR was the first action to structure this model in the service, however, there was no consensus whether the use of the instrument promoted a care closer to this model.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Disability Evaluation, User Embracement, Humanization of Assistance, Rehabilitation Centers

¹ Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES

² Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPI

³ Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Correspondência

Juliana de Barros Lopes Giannini

E-mail: jubarroslopes@yahoo.com.br

Submetido: 29 Julho 2021

Aceito: 23 Junho 2022

Como citar

Zuqui AC, Vogler FM, Carmo JF, Gomes CMS. Implantação de um protocolo de avaliação e acolhimento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em um centro especializado de reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2022;29(3):140-148.



10.11606/issn.2317-0190.v29i3a189769



©2022 by Acta Fisiátrica

Este trabalho está licenciado com uma licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) produziu mudanças nos modos de gerir e cuidar, aproximando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) ao cotidiano dos serviços. Um dos dispositivos dessa política é o acolhimento, desenvolvido de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho, que tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes-serviços, trabalhador-equipes e usuário com sua rede socioafetiva.¹ O acolhimento propõe que as relações entre profissionais e usuários do SUS se transformem segundo uma base ética e de solidariedade, que sejam caracterizadas pelo reconhecimento do usuário como sujeito, como participante ativo do processo de produção de saúde, com acesso, organização e qualificação das relações entre usuários e serviços de saúde, além de escuta pautada em parâmetros humanitários.^{2,3}

Historicamente, a assistência às pessoas com deficiência no Brasil concentrava-se em centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas, apresentando cobertura insuficiente e baixa eficácia.⁴ Neste contexto, a compreensão sobre deficiência era centrada em explicações físico-biológicas que consideram as lesões ou disfunções impeditivas de um desempenho adequado de tarefas do cotidiano, causando desvantagens sociais. Através deste modelo médico de compreensão da deficiência, os profissionais da reabilitação abordavam a deficiência como algo negativo do corpo, baseando sua solução nos cuidados médicos curativos e reabilitadores individualizados.⁵

Tal paradigma, passou a ser amplamente questionado no País após a publicação da portaria nº 793, que cria e institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que, no âmbito do SUS, tem 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.⁶

No mesmo ano, a resolução nº 452 de 10 de maio de 2012 instituiu o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.⁷ A CIF compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais.

A incapacidade, termo abrangente que diz respeito às deficiências, aponta para limitações para realizar e restrições para participar de certas atividades, englobando aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com um componente de saúde específico) e os fatores contextuais do indivíduo (fatores ambientais e pessoais), sendo que tais fatores podem ser barreiras ou facilitadores do desempenho.⁸

A adoção da CIF nos serviços e pelos profissionais da reabilitação é um passo importante na tentativa de superar o modelo médico, visto que ela valoriza as potencialidades do indivíduo com uma perspectiva ampliada e positiva frente à condição de saúde. Possibilitando ainda a identificação das demandas funcionais dos usuários e homogeneidade das informações coletadas, permitindo uma comunicação padronizada entre os profissionais sobre os aspectos que interferem na saúde e na funcionalidade do indivíduo.^{5,9}

O Relatório Mundial das Deficiências descreve reabilitação como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente.¹⁰ Sendo importante que desde o primeiro contato do usuário com o serviço de reabilitação seja possível realizar uma abordagem sistematizada para que haja uma correta identificação de suas limitações funcionais.¹¹ O processo de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento entre transtornos e os fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas e avaliação de seus efeitos.¹⁰

O acolhimento humanizado pressupõe a escuta sensível com intuito de aproximação e vinculação, observando o significado multidimensional da experiência vivenciada pelo usuário.² Em serviços de reabilitação, percebe-se que um acolhimento adequado contribui para a identificação mais assertiva do fluxo de atendimento ao usuário e a comunicação entre a equipe, sendo que, quando ocorre de forma não sistematizada, pode gerar duplicidade de ações, encaminhamentos desnecessários e desgaste de profissionais e usuários, o que compromete suas potencialidades de articulação e resolubilidade, ocasionando a descontinuidade do cuidado.¹²

No Espírito Santo (ES), o Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES), iniciou seu funcionamento em 1979, como Unidade de Reabilitação Físico-Motora, demonstrando explicitamente, pela nomenclatura adotada na época, o predomínio de um modelo hegemônico, centrado na doença e na oferta de serviços e procedimentos. Em 2013 o CREFES foi habilitado como Centro Especializado em Reabilitação (CER II), nas modalidades deficiência física e auditiva, tornando-se um ponto de referência para a rede de atenção à saúde no território, atendendo aos 78 municípios do ES e de Estados circunvizinhos, tendo, portanto, relevância e grande alcance de atendimento à população. Contudo, apesar de tal contexto e do que é preconizado nas Portarias Ministeriais, percebe-se uma dificuldade em responder às demandas dos usuários, frente a abordagens biomédicas ainda predominantes.

A partir da necessidade de compreender os sujeitos atendidos através de uma ótica global e abrangente, um grupo de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais, profissionais e gestores da rede pública de Belo Horizonte (Minas Gerais) se reuniram para construir um protocolo de triagem e acolhimento baseado na CIF e nas orientações do Ministério da Saúde, denominado Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR).^{11,12} Este instrumento tem como objetivo sistematizar o acolhimento do usuário em serviços de reabilitação, bem como a coleta de informações para a tomada de decisões clínicas, de fluxo e possibilitar a criação de banco de dados que permitam conhecer as demandas funcionais da população que procura e utiliza estes serviços.¹¹⁻¹³

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo relatar e analisar, a partir da percepção dos profissionais, o processo de implantação do PLPR em uma Unidade de Tratamento Neurológico Adulto

(UTNAI) de um Centro Especializado de Reabilitação (CER II).

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória do tipo qualitativa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito, recebendo o parecer de número 3.628.685 (CAEE: 21020919.0.0000.5060). Todas as etapas da pesquisa seguiram as orientações da Resolução no 466/2012 e Resolução no 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Participaram deste estudo profissionais de uma Unidade de Tratamento Neurológico Adulto de um Centro Especializado de Reabilitação (CER II), localizado em Vila Velha, Espírito Santo. Os mesmos foram convidados a colaborar com a pesquisa, por meio de mensagem de texto enviada por dispositivo eletrônico e pessoalmente durante reunião de equipe. Utilizou-se como critério de inclusão, pertencer à equipe há mais de seis meses, sendo o critério de exclusão a indisponibilidade em participar do grupo.

O instrumento no qual este estudo discorre sobre o processo de implantação é intitulado Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR), seu desenvolvimento seguiu as etapas: 1) levantamento dos códigos da CIF usados com mais frequência por profissionais dos serviços públicos de reabilitação; 2) compilação de informações contidas em instrumentos disponíveis na literatura; 3) desenvolvimento de uma versão preliminar do protocolo; 4) teste piloto da versão preliminar; 5) discussão com profissionais de reabilitação; e 6) desenvolvimento da versão final do protocolo.¹¹

O PLPR permite a coleta de informações funcionais, sociais e ambientais, conforme o modelo conceitual da CIF, sendo dividido em três partes que possibilitam o levantamento das características do usuário, informações de saúde e uma Breve Descrição Funcional (BDF: Função do Corpo, Atividade e Participação).^{12,13} Inicialmente são coletadas informações referentes ao local do acolhimento e unidade de saúde de referência do usuário. Na seção "Informações Sociais e de Saúde", são coletados dados sociodemográficos, motivo da busca pela reabilitação e tempo de início dos sintomas, bem como dados antropométricos, fatores de risco, auto avaliação de saúde física e emocional, uso de recursos assistivos, necessidade de ajuda para realizar as atividades de vida diária, uso de medicamento ou outro tratamento de saúde e presença de deficiência permanente.¹³

A BDF é composta por 25 questões distribuídas em 10 domínios: Mobilidade, Comunicação, Eutrofia, Autocuidado, Dor e desconforto, Atividade interpessoal, Energia e sono, Afeto, Tarefas e demandas gerais e Trabalho remunerado. Para a classificação da magnitude do problema, é apresentada ao usuário uma escala de 11 pontos, variando de 0 (nenhuma dificuldade ou deficiência) a 10 (dificuldade ou deficiência completa), que é convertido para os qualificadores da CIF.¹¹⁻¹³

O PLPR disponibiliza ainda um escore final, calculado a partir de uma fórmula simples, desta maneira, a partir de critérios funcionais, é possível auxiliar no planejamento dos serviços de reabilitação, incluindo o manejo da fila de espera e ações da regulação, a partir de critérios funcionais.^{12,13}

A primeira etapa do estudo teve como base um levantamento documental sobre o processo de implantação do

PLPR na UTNAI, onde foram consultadas atas de reuniões de equipe e de grupos de estudos institucionais. Na segunda etapa, utilizou-se de um questionário para caracterizar a amostra, e um grupo focal para compreender as percepções dos profissionais sobre as mudanças no processo de triagem, posteriormente à implementação do instrumento. O grupo focal consiste em uma entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes e a interação grupal, ajudando as pessoas a explorar aspectos que seriam menos acessíveis em uma entrevista individual.¹⁴ Grupos focais são explicitamente projetados para valorizar a integração grupal e fornecer tipos distintos de dados, neste sentido, as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e comentar sobre suas experiências e os pontos de vista uma das outras.¹⁵

O grupo foi desenvolvido e conduzido a partir de perguntas norteadoras, que buscaram contribuir para os objetivos da pesquisa. As questões guia foram: 1) O que vocês entendem por acolhimento em saúde? 2) Qual a importância do acolhimento neste serviço de reabilitação? 3) O que vocês entendem sobre fluxo? Como ele pode influenciar o acolhimento e a triagem neste serviço de reabilitação? 4) Qual a função da triagem no setor? 5) Como acontece a articulação do serviço com a Rede de Saúde? 6) O processo de triagem deve identificar as demandas funcionais para reabilitação? 7) Quais são suas percepções sobre a implantação do PLPR no processo de triagem dos usuários? 8) Houve alguma mudança após a implantação do protocolo? Todos os dados coletados por meio do grupo focal foram gravados e transcritos, informações pessoais dos participantes foram codificadas de forma aleatória para garantir o sigilo e anonimato.

Diante das restrições impostas pela Pandemia de Covid-19, para garantir a segurança dos profissionais, o grupo focal ocorreu em uma sala ampla, com ventilação natural, onde fosse possível manter o distanciamento adequado, todos utilizaram máscara de proteção. O grupo teve duração de aproximadamente 1 hora e 20 minutos, sendo conduzido em março de 2021.

Utilizou-se como ferramentas de processamento dos dados o IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um software gratuito, desenvolvido sob a lógica da open source, que ancora-se no ambiente estatístico do software R e na linguagem Python.¹⁶ Ressalta-se que o uso do software não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta para processá-los, portanto, não conclui essa análise, já que a interpretação é essencial e é de responsabilidade do pesquisador.¹⁷ O texto transcrito neste estudo foi organizado em um corpus único, submetido à análise textual básica, a nuvem de palavras, a classificação hierárquica descendente (CHD) e análise de similitude.

A análise do tipo nuvem de palavras ilustra o corpus analisado, possibilitando identificar graficamente seus elementos principais. Este método propõe um agrupamento baseado em frequência através de determinação das formas chave que são mais relevantes para o discurso presente no corpus.¹⁶ A Classificação Hierárquica Descendente de segmentos de texto objetiva agrupar as similaridades de texto entre si, por meio de diversos testes qui-quadrado, particionando o corpus em classes, a partir dessas análises o

software organiza a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes.¹⁷

A análise de similitude visa identificar como foi realizada a construção do discurso que compõe o corpus textual, evidenciando a estrutura base que relaciona suas formas, assim como, os temas por grau de relevância que conectam as partes importantes que caracterizam o texto.¹⁶ Essa análise de semelhanças permite visualizar a relação entre as palavras e a sua conectividade dentro de cada classe, além da ligação/relação entre as várias classes.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram divididos em duas partes, a primeira trata do processo de implantação do PLPR na unidade, e a segunda das percepções dos profissionais sobre este processo.

(I) O Processo de Implantação do PLPR

Entre novembro de 2019 e outubro de 2020 quatro profissionais da UTNAI participaram da 1ª Capacitação “Saúde e Deficiência: Processos de Funcionalidade e Incapacidade Humana”, do Programa de Capacitação Multidisciplinar em Atenção à Pessoa com Deficiência: Processos de Funcionalidade, promovido pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória em parceria com o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

O curso apresentou carga horária total de 120 horas, sendo a estrutura curricular composta por 6 módulos com 20 horas cada, sobre temas referentes aos processos de funcionalidade e incapacidade humana. Contendo ainda, um módulo específico sobre a CIF, ministrado por uma pesquisadora que colaborou no desenvolvimento do PLPR, que na oportunidade apresentou o instrumento. A partir desse encontro, os profissionais envolvidos apresentaram como proposta em reunião de equipe a reformulação da triagem e a implantação do PLPR para coleta de dados funcionais iniciais dos usuários, atendidos na UTNAI.

Posteriormente, o instrumento foi apresentado para os demais membros da equipe, e realizou-se um grupo de estudo entre os profissionais que participaram do curso e os envolvidos na triagem. Este grupo de estudos ocorreu entre novembro e dezembro de 2019, tendo carga horária total de 12h, distribuídas em 3 encontros semanais, sendo que neste período realizaram-se aplicações piloto em alguns usuários para posterior discussão e avaliação pelo grupo. Esta experiência culminou na reorganização da triagem do setor, passando a ser desenvolvida de forma multidisciplinar por Médico Fisiatra, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

A implementação do PLPR ocorreu em fevereiro de 2020, todavia, em março do mesmo ano, foi declarada a Pandemia da Covid-19, que provocou alterações inesperadas ao funcionamento do setor e fez com que a equipe recuasse em relação à mudança temporariamente. Em outubro do mesmo ano, a aplicação do protocolo foi retomada e realizada em todos os usuários que passaram pela triagem no setor.

(II) Percepções dos profissionais sobre a Implantação

Participaram desta etapa do estudo seis profissionais da equipe Multidisciplinar. Dentre estes 50% eram do sexo

feminino (n= 3) e 50% do sexo masculino (n= 3), sendo 50% Fisioterapeutas (n= 3) e 50% Terapeutas Ocupacionais (n= 3).

A média de idade dos participantes foi de 38,3 anos e o tempo médio de formação foi de 14,5 anos, sendo que 50% cursaram a formação em instituição privada (n= 3) e 50% em instituição pública (n= 3). A média de tempo que trabalham no CER II foi de 7,8 anos. Sobre a pós-graduação, 100% dos participantes possuem especialização (n= 6) e 33,3% mestrado (n= 2). Todos afirmam ter realizado algum tipo de capacitação sobre a CIF, sendo 83,3% cursos de 20h (n= 5) e 16,6% de 120h (n= 1).

Percebe-se uma maior adesão por parte dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, profissionais envolvidos diretamente no processo de triagem e que geralmente realizam ações articuladas e de trabalho conjunto.

O corpus gerado através do grupo focal apresentou 30 laudas, através do processamento do corpus no IRAMUTEC foram classificados 309 segmentos de textos, dos quais 233 foram aproveitados, ou seja, 75.40%, sendo classificado com um bom índice de aproveitamento textual.

A análise do tipo nuvem de palavras evidencia as formas chave que são mais relevantes para o discurso presente no corpus (Figura 1). Percebe-se uma grande ocorrência da palavra “Paciente” (n= 109), evidenciando a preocupação da equipe no cuidado do usuário que acessa o serviço. Isso se confirma com as palavras posteriores de maior destaque: “Entender” (n= 61), “Chegar” (n= 52), “Saber” (n= 59), “Triagem” (n= 53), “Falar” (n= 49), “Serviço” (n= 40), “Demanda” (n= 29), “Acolhimento” (n= 28), que refletem o compromisso de um acolhimento adequado.

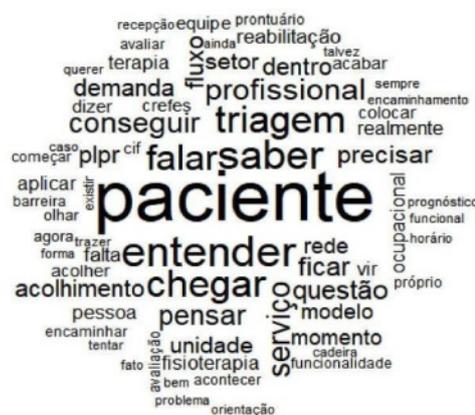


Figura 1. Nuvem de Palavras

O dendrograma (Figura 2) gerado a partir da Classificação Hierárquica Descendente apresentou cinco classes diferentes, sendo: Classe 1- Fluxo e Rede (14.4%); Classe 2- Acolhimento (14.8%); Classe 3- PLPR (21.2%); Classe 4- Triagem (26.4%); Classe 5- Reabilitação (21.2%).

Observa-se que a classe 1 possui maior relação ou proximidade com a classe 2, assim como a classe 3 possui maior relação ou proximidade com a classe 4, todavia existe uma ligação entre elas, pois estão associadas entre si. Já a classe 5, apresentou-se deslocada das demais, denotando um obstáculo às práticas de cuidado enquanto um dispositivo de humanização.

Observamos por meio da representação fatorial da árvore de similitude (Figura 3), que a classe 5 “Reabilitação” não apresentou intersecção com as outras categorias. Sendo

importante destacar, que os núcleos de sentido que delimitam o PLPR e a Triagem aparecem de forma periférica ao núcleo que delimita o cuidado ao usuário.



Figura 2. Dendrograma

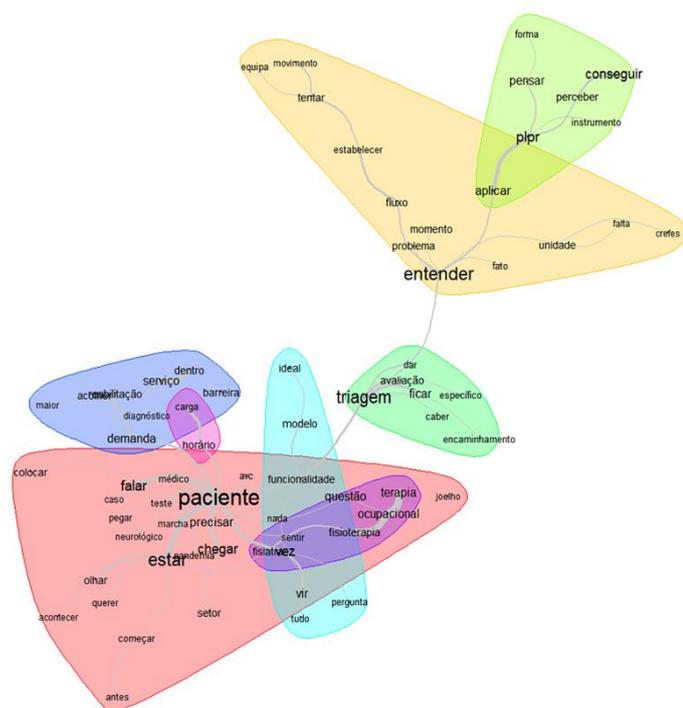


Figura 3. Árvore de Similitude padrão delimitada por comunidades e Halo

DISCUSSÃO

Percebe-se nos resultados a relação direta entre as Classes “Acolhimento” e “Fluxo e Rede”, essas categorias estão ligadas ao início do processo de inserção no serviço, palavras como “conversar”, “recepção”, “chegar” e “organizar” destacam-se, indicando a preocupação dos profissionais na compreensão e correto direcionamento do usuário no serviço, apesar da falta de uma estrutura e de capacitação para o acolhimento serem barreiras relatadas.

“O acolhimento começa desde a recepção, né, quando ele chega aqui, quando o paciente chega, na verdade, a forma que ele é acolhido, direcionado e... Entendo que o primeiro contato com a gente também, na triagem, é o acolhimento” [P1].

“Não se tem uma estrutura de acolhimento, e a gente vê, vê isso desde a chegada do paciente na recepção, assim, a indicação para as Unidades é complicada, não tem nem sinalização aqui dentro para o paciente circular direito. Então, assim, fisicamente já é difícil transitar aqui dentro. Pelo tamanho do espaço, pelas barreiras que a gente tem, de ter que cruzar estacionamento, de não ter sinalização de pra onde ele vai... Então, acho que isso já atrapalha muito na chegada, e ainda nisso, a gente não tem o treinamento de todas as Unidades. O CREFES não conhece o CREFES!” [P2].

Para a equipe, o acolhimento inicia na chegada do usuário ao serviço, na recepção, e segue até o momento do atendimento com o profissional de reabilitação. A recepção dos serviços de saúde é um local tradicionalmente conflituoso por ser responsável por receber usuários com diferentes demandas e encaminhá-los dentro das alternativas existentes no serviço.¹⁸ Conforme os princípios descritos na Política Nacional de Humanização¹ não se deve restringir o acolhimento ao problema da recepção, tratando-o como algo que qualifica uma relação, devendo ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular como é o caso da recepção. Todavia, conforme exposto pelos participantes, a falta de ambiência na recepção e o desconhecimento do funcionamento do próprio serviço pelos diferentes setores, impactam no estabelecimento de relações de confiança e de compromisso entre as equipes e os serviços, para com os usuários.¹

No que concerne a visão do usuário, um acolhimento adequado se dá quando há atenção, esclarecimento de dúvidas, pontualidade, paciência, carinho e educação.¹⁸ As percepções de segurança do usuário, estão ligadas não apenas ao ambiente físico como também às habilidades e conhecimento demonstrado pelos profissionais, que melhoram o entendimento do usuário sobre o processo e os cuidados em reabilitação.¹⁹ Usuários apontam ainda, que aspectos subjetivos como ser bem tratado, a qualidade da escuta do profissional e perceber a sensibilização do mesmo diante de sua dor, como pontos importantes no tratamento e estabelecimento de vínculo no contexto da reabilitação.³

Sendo a adesão ao programa reabilitacional diretamente relacionada à facilidade de acesso e a humanização do cuidado, destacando que situações onde o profissional demonstra frieza, é rude ou pouco simpático geram no usuário desconforto e insegurança sobre o tratamento.¹⁸

Em relação a Classe “Fluxo e Rede” os profissionais apontam fragilidades no estabelecimento de um sistema integrado entre os serviços, para trabalhar em conjunto e organizar fluxos de forma eficiente.

“[...] mas eu sinto que falta isso, alguém que olhe para o paciente, organize as ações que ele vai ter aqui dentro, e alguém que faça isso também em relação, no momento da saída [...] passar esse cuidado de volta pra Rede Básica, que seria o fluxo que a gente deveria fazer, a gente recebe ele num nível de complexidade, faz o nosso papel de cuidado e passa esse cuidado para o nível da Rede Básica de novo [...] faz essa passagem de caso. E a gente não vê isso acontecendo, na saída também não tem nada disso, né?! O paciente sai, sai de alta aqui e nem sempre ele tem uma orientação de como é que vai ser daqui pra frente, né!” [P3].

Nessa narrativa é possível identificar a preocupação do profissional quanto a fragmentação do cuidado. Estudos nacionais apontam para uma trajetória dos usuários ainda focada na oferta de serviços e procedimentos disponíveis, em detrimento de suas necessidades de saúde, o que não garante a continuidade e integralidade do cuidado, por conseguinte, o usuário chega ao serviço especializado para realizar a reabilitação e recebe alta sem perspectiva de um cuidado integral, que entenda suas reais necessidades.^{20,21} Para o usuário, a forma de organização do serviço e a competência profissional possuem grande importância para sua satisfação em relação a reabilitação, fatores diretamente ligados a efetivação do cuidado integral em saúde.¹⁹ Neste ponto, os mesmos ainda relatam que a agilidade e resolutividade nos atendimentos também são pontos fundamentais no acolhimento e tratamento, pautando, portanto, uma prática de integralidade e transversalidade inserida no dia a dia de todos os profissionais do serviço.³

Percebe-se que no eixo “Triagem”, os profissionais destacaram as palavras “equipe” e “perfil”. Compreende-se que a Triagem é o momento em que o usuário é avaliado no setor para definir se será inserido ou não no serviço e com quais profissionais/equipes iniciará o processo de reabilitação. Uma dificuldade apontada pelos participantes refere-se a elegibilidade do usuário para a Atenção Especializada:

“Então assim, praticamente eu ainda arriscaria de 30% até mais, que não tem, não é pra gente sabe? Até mais! Eu acho que tem sido um número bem alto, mas eu acho que cai muito no que foi falado, ou pelo desconhecimento do que a Rede oferece ou porque a Rede também não oferece... Então a gente acaba acolhendo mesmo, porque entende que alguma coisa, alguma orientação, algo esse paciente merece, e a gente também pode dar, né?” [P2].

Apesar dos avanços, a assistência em reabilitação no país apresenta fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações.²¹ A falta de uma Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência constituída e consolidada é apontada como uma barreira importante no momento da triagem, que vai influenciar no processo de acolhimento, encaminhamento e reabilitação. Entende-se que a Atenção Especializada deve ser um ponto de aplicação de ações específicas e de articulação entre os demais pontos de atenção do sistema, ou seja, neste nível de atenção devem ser priorizados atendimentos mais complexos e que necessitam de mais recursos para uma resolução mais ágil dos casos.¹² Redes de cuidado às pessoas com deficiência precisam dispor de ações e serviços articulados entre si, que favoreçam as parcerias entre os diversos serviços e atores da rede, o financiamento adequado, além do comprometimento de trabalhadores e gestores de saúde.²⁰

Sobre o PLPR, os profissionais da equipe ressaltam que a aplicação do instrumento foi a primeira tentativa da real implementação da CIF na UTNAI e no CER como um todo. A partir disso, seria possível avançar e expandir o uso para os outros setores que realizam atendimento ao público adulto.

“[...] então assim, eu acho que em relação a CIF, nessa equipe, o primeiro pontinho que a gente fez pra se aproximar do modelo foi esse piloto de inserir o instrumento [...] Mas que não garante, é... o uso da CIF, ou do modelo, nas outras etapas da reabilitação” [P4].

“O que eu percebi com a aplicação da PLPR é que a gente conseguiu ampliar o diálogo mesmo. E pensando nesse acolhimento, né! Então, assim, a gente às vezes fazia algumas perguntas que eram importantes para Reabilitação, quando você pensa nessa reabilitação de forma mais ampliada. Então, pra mim, a gente conseguia fazer melhores encaminhamentos a partir da triagem. Só que isso você abre pro paciente falar, né?! E aí você precisa acolher, você precisa ter esse tempo, né?! De acolher... Então, eu acho que essa questão do tempo, e da demanda que a gente tem de serviço, realmente é, é uma barreira importante” [P5].

O início do tratamento de reabilitação deve se concentrar em identificar os problemas e necessidades do indivíduo e a comunicação eficaz entre todos os envolvidos no processo é importante para garantir uma compreensão completa da situação do usuário.¹¹ Todavia, não houve consenso sobre o uso de um instrumento padronizado como a PLPR ter facilitado esse processo na equipe. Alguns fatores como a dificuldade de aproximação com o conceito da CIF, o tempo, e a dificuldade de compreender a demanda apresentada pelo usuário como algo validado, podem interferir nessa compreensão.

A abordagem reabilitadora, por décadas inspirada no modelo biomédico hegemônico, adotou como eixo central de suas ações a correção de disfunções, negligenciando os demais aspectos que o indivíduo leva para a reabilitação.⁴ Percebe-se nas falas de alguns participantes a priorização de testes físicos na triagem, em detrimento da valorização e consideração das respostas e vivências dos indivíduos e seus familiares.

“Quando você pergunta isso numa triagem onde não é testado, onde não é feito nada, apenas a pergunta, o familiar despotencializa [...] E quando ele diz que o paciente não faz nada, ali numa triagem, eu vou dizer: ele é dependente. Só que quando ele chega no setor pra você, pra qualquer um de nós, onde eu vou testar, vou fazer aquilo acontecer, e avaliar como acontece, aí eu vou dizer, não, esse paciente não é dependente [...] Então assim, tinha essa discrepância, porque se eu pergunto, e faço triagem, essa resposta ela pode vir equivocada e eu vou tá ali, eu vou estar falando em cima do que o familiar, ou aquela pessoa, tá dizendo” [P2].

“A gente tá num serviço de reabilitação, que tem como foco e objetivo baseado na CIF a funcionalidade, mas eu olho o diagnóstico? Dentro dos serviços, entendeu? E não a funcionalidade. Aí eu acho que a gente tem que voltar naquele tema do que é a Reabilitação. Porque às vezes a gente tem um modelo, a gente tenta implantar um modelo que é baseado na funcionalidade, mas dentro de um mesmo serviço eu tenho outros serviços que só focam no diagnóstico” [P4].

Superar a abordagem histórica da reabilitação que direciona suas ações para a correção de disfunções é um desafio. Nesta lógica, o sujeito não é identificado, mas a sua patologia é que determinará sua trajetória no serviço de reabilitação e, ao desqualificá-lo no saber que possui sobre si mesmo, ele terá pouca ou nenhuma participação na construção de seu projeto terapêutico.⁴ O acolhimento humanizado baseado no modelo biopsicossocial estruturado pela CIF implica em uma escuta sensível com intuito de aproximação e vinculação, objetivando compreender pela perspectiva do usuário o significado multidimensional da vivência de suas incapacidades e da redução da funcionalidade.

Destaca-se ainda neste estudo, que a classe “Reabilitação” ficou deslocada das demais, o que reforça as dificuldades em efetivar um processo mais humanizado e alinhado à CIF. Ainda, é possível verificar que se destacam como palavras mais frequentes as profissões envolvidas no processo de reabilitação, e dos profissionais presentes no grupo (Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais), e posteriormente “CIF” e “Funcionalidade”. Portanto, apesar desta ambivalência, a CIF é reconhecida pela equipe como o modelo que deveria nortear todo o trabalho em Reabilitação:

“[...] o modelo da CIF é o que justifica a gente existir, assim. A gente trabalhar enquanto equipamento de reabilitação. Se não for pensando nesse formato, eu acho que não tem sentido o trabalho que a gente faz. Agora, até que ponto a gente consegue trabalhar bem alinhado com a CIF, aí eu acho que a gente tem algumas barreiras que a gente esbarra e não conseguiu passar ainda. Mas eu acho que o nosso raciocínio clínico tem que ser feito todo em cima da CIF, ele tem que ser feito em cima da funcionalidade e da participação, não tem outro, outro modelo que atenda os nossos pacientes” [P3].

A equipe demonstra compreensão de que é necessário atender os usuários a partir dos pressupostos do modelo conceitual da CIF, porém aponta que existem diversas dificuldades e barreiras em sua efetivação, visto que isso requer mudanças profundas dos processos de trabalho e compromisso dos profissionais com a proposta. Percebe-se também que a palavra “diagnóstico”, próxima às destacadas anteriormente, evidencia que o modelo biomédico ainda se faz presente nos discursos e na prática. A herança histórica deste modelo traz características modeladoras de práticas, como: foco na doença; busca pela normalidade definida por parâmetros externos ao sujeito; ações fragmentadas e individualizadas; pouca experiência de trabalho em equipe e uma visão restrita do usuário em seu papel apenas de paciente.²²

Por outra perspectiva, os resultados deste estudo apontam cuidado e priorização do usuário ao observarmos a grande ocorrência da palavra “Paciente” (n= 109), todavia cabe refletir sobre a carga e significado que esta palavra possui e como ela está intrinsecamente atrelada ao modelo biomédico. A Política Nacional de Humanização esclarece que paciente é aquele que sofre, que se submete passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, e que “usuário”, por sua vez, é aquele que usa, indicando significado mais abrangente.²³ Na prática, a preferência pela terminologia paciente é explicada justamente pelo perfil biomédico de contextos tradicionais de saúde física, sendo este conceito mais congruente com o “papel de doente”.

Assim, a cura ou recuperação de uma doença é tarefa exclusiva dos profissionais médicos, enquanto o paciente é apenas um receptor passivo de tais terapias. Para transformações desses papéis socialmente determinados, deve haver um desejo unificado para a mudança entre os atores (profissionais e usuários), ressignificando a atuação dos indivíduos que recebem os cuidados em saúde como protagonistas e agente do seu próprio tratamento.^{24, 25}

Observando a árvore de similitude (Figura 3), percebemos também um distanciamento entre o instrumento estudado, “PLPR”, e a palavra “reabilitação”, que se apresentam em quadrantes opostos, o que sinaliza dificuldade da equipe perceber esse protocolo, que é baseado na CIF, como parte do

processo de reabilitação.

“Porque, eu sinto, que a gente, equipe, enquanto ponta, a gente faz um movimento para tentar estabelecer fluxo, a gente faz um movimento para tentar estabelecer protocolo, tentar padronizar, mas as coisas não andam tanto, porque, quando sai da nossa instância [...] chega na barreira institucional, aí a gente não consegue de fato institucionalizar aquilo que a gente deseja enquanto equipe. Seja pela falta de fluxo, pela barreira da tecnologia” [P4].

A efetiva aplicação da perspectiva teórica da CIF nos serviços de reabilitação pressupõe que os instrumentos e testes empregados pelos profissionais sejam capazes de fornecer informações sobre os componentes deste modelo.²¹

Apesar dos resultados indicarem que os profissionais possuem formação continuada adequada para uso da CIF na prática clínica, barreiras institucionais e atitudinais impedem sua adoção de forma crítica, limitando seu potencial. A dificuldade para incorporar os avanços na compreensão da deficiência, a falta de obrigatoriedade organizacional e não disponibilização de tempo e de recursos/informação, bem como o desconhecimento dos profissionais sobre o uso do raciocínio biopsicossocial na prática, limitam a aplicação da CIF.²⁶

Nessa perspectiva, o PLPR busca atender a demanda por um protocolo coerente com o modelo da CIF, que possibilite a construção de bancos de dados funcionais, revelando a demanda do usuário e favorecendo a comunicação e interação dos profissionais, fator que é essencial para o trabalho em rede.²¹

No presente estudo, fica evidente a necessidade de uma melhor estruturação do acolhimento do usuário no serviço em questão, para garantir um cuidado integral e contínuo e a melhor estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Para isso, é importante também que ocorram mudanças na coleta e compartilhamento de informações, nesta perspectiva, um Protocolo que consiga sistematizar esse processo e levantar os reais problemas de reabilitação baseados no modelo da CIF é uma estratégia potente para que ocorra um melhor direcionamento do usuário nos serviços, além de favorecer a produção de indicadores que demonstrem as necessidades da Rede. Ainda, neste sentido, destaca-se a necessidade de mensurar e avaliar a experiência e satisfação do usuário com os serviços prestados em reabilitação, uma vez que a melhora da assistência pode acarretar maior segurança do indivíduo no tratamento, assim como maior eficácia clínica e melhores resultados no cuidado humanizado, oferecendo marcadores para a qualidade do acolhimento.¹⁹

CONCLUSÃO

Apesar do presente estudo possuir como limitação uma amostra diminuta e a descrição da realidade de um único serviço de reabilitação, ele evidencia que a falta de uma rede de cuidados à pessoa com deficiência constituída e consolidada é uma barreira importante, que influencia o processo de acolhimento e reabilitação dos usuários.

A equipe demonstrou compreender a necessidade de reformular os atendimentos baseados no modelo conceitual da CIF, ressaltando que a aplicação do PLPR foi a primeira ação de estruturação do modelo no serviço. Todavia, não houve um consenso se o uso do instrumento promoveu um atendimento

mais próximo deste modelo, sendo necessário que os profissionais que atuam com essa população superem o modelo biomédico e voltem suas ações para a funcionalidade.

Percebe-se também uma dificuldade de aproximação com o instrumento em si, o que denota a necessidade de maior aprofundamento teórico com a CIF, para implantação de futuras avaliações. Acreditamos que a reorientação do modelo assistencial da unidade pode, em longo prazo, permitir a construção de um banco de dados que ofereça suporte adequado ao planejamento administrativo, organizacional e financeiro deste serviço.

Acreditamos que ações de educação continuada possam gerar discussões sobre as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os princípios do SUS e da CIF a nível institucional, ultrapassando a barreira da UTNAI. Também, espera-se que a experiência aqui apresentada estimule a implantação do PLPR em outros cenários e localidades que constituem a RCPCD em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Pelisoli C, Sacco AM, Barbosa ET, Pereira CDO, Cecconello AM. Acolhimento em saúde: uma revisão sistemática em periódicos brasileiros. *Estud Psicol.* 2014;31:225-35. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200008>
3. Souza KVB. Percepções sobre o acolhimento e a humanização da assistência, em um serviço de reabilitação do Sistema Único de Saúde, Recife, PE, Brasil [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
4. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18:1893-902. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700004>
5. Vaz DV, Antunes AAM, Furtado SRC. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. *Cad Bras Ter Ocup.* 2019;27(4):917-28. Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1651>
6. Brasil. Ministério da Saúde. 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 República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2012 Abr 25; Seção 1: 94-95.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 452, de 10 de Maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF);* 2012 Jun 6; Seção 1: 137.
8. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health, resolution WHA 54.21. Geneva: WHO; 2001.
9. Alves TM, Cavalcanti A, Garavello I, Kososki E, Dutra SMSF. Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação. *Rev Salud Pública.* 2019;21(3):1-10. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.76011>
10. World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD; 2012.
11. Souza MAP, Ferreira FR, César CC, Furtado SR, Coster WJ, Mancini MC, et al. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. *Braz J Phys Ther.* 2016;20:148-57. Doi: <https://doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0137>
12. Souza MAP, Dias JF, Ferreira FR, Mancini MC, Kirkwood RN, Sampaio RF. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21:3277-86. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.11192016>
13. Sampaio RF, Ferreira FR, Souza MAP. PLPR / Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação: um instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
14. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
15. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* 2013;21(2):513-18. Doi: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
17. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMPd, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc Anna Nery.* 2016;20. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160069>
18. Cruz SV, Ribeiro LD, Cabral LHA, Sampaio RF. O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação. *Acta Fisiatr.* 2010;17(3):122-5. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v17i3a103359>
19. McMurray J, McNeil H, Lafortune C, Black S, Prorok J, Stolee P. Measuring patients' experience of rehabilitation services across the care continuum. Part II: key dimensions. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016;97:121-30. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.08.408>
20. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42:455-67. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811709>
21. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. *Fisioter Pesqui.* 2016;23:185-92. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/14945923022016>

-
22. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Braz J Phys Ther.* 2006;10:241-7.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 24. Anjum RL, Copeland S, Rocca E. Rethinking causality, complexity and evidence for the unique patient: a CauseHealth resource for healthcare professionals and the clinical encounter. Cham: Springer; 2020. Doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5>
 25. Costa DSJ, Mercieca-Bebber R, Tesson S, Seidler Z, Lopez AL. Patient, client, consumer, survivor or other alternatives? A scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings. *BMJ Open.* 2019;9(3):1-16. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025166>
 26. Dias FMV, Albuquerque BEMS, Leopoldino AAO, Gabler FR, Nascimento LR. Fatores associados ao uso clínico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por fisioterapeutas: estudo survey exploratório. *Acta Fisiatr.* 2021;28(1):36-42. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v28i1a181986>