



MARIA LUIZA ARDINGHI BROLLO

**A TRAJETÓRIA DE UMA CÂMARA TÉCNICA DE
REABILITAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE
GESTÃO PÚBLICA**

**CAMPINAS
2014**



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARIA LUIZA ARDINGHI BROLLO

**A TRAJETÓRIA DE UMA CÂMARA TÉCNICA DE
REABILITAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE
GESTÃO PÚBLICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, para a obtenção do Título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

Coorientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima de Campos França

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA MARIA LUIZA ARDINGHI BROLLO, ORIENTADA PELA PROFA. MARIA CECÍLIA MARCONI PINHEIRO LIMA.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Ar28t Ardinghi Brollo, Maria Luiza, 1965-
A trajetória de uma câmara técnica de reabilitação como instrumento de gestão pública / Maria Luiza Ardinghi Brollo. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima.
Coorientador: Maria de Fátima de Campos Françaço.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Administração de serviços de saúde. 2. Reabilitação. 3. Equipe de assistência ao paciente. I. Lima, Maria Cecília Marconi Pinheiro, 1955-. II. Françaço, Maria de Fátima de Campos, 1954-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The trajectory of technical chamber of rehabilitation as an instrument of public management

Palavras-chave em inglês:

Health services administration

Rehabilitation

Patient care team

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima [Orientador]

Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Anna Elisa Scotoni Mendes Silva

Data de defesa: 28-08-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARIA LUIZA ARDINGHI BROLLO

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA CECÍLIA MARCONI PINHEIRO LIMA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA CECÍLIA MARCONI PINHEIRO LIMA

M. Luiza

2. PROF(A). DR(A). MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE GASPARETTO

M. Elisabete Gasparetto

3. PROF(A). DR(A). ANNA ELISA SCOTONI MENDES SILVA

A. Elisa Scotoni Mendes Silva

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de agosto de 2014

RESUMO

Vários aspectos da estrutura social estão envolvidos com a construção das políticas de saúde: as tensões decorrentes de olhares distintos para problemas comuns, a organização das ações e a escolha das prioridades, o exercício continuado das relações de poder. Estudar as políticas de saúde e a organização dos serviços não é tarefa pouco complexa. No caso das políticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência, uma diretriz importante é um maior grau de equidade no acesso desta população às ofertas de saúde para satisfazer suas necessidades na busca de bem estar físico e psíquico. Este trabalho se propôs a analisar a implantação da Câmara Técnica de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, como um instrumento de gestão pública. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo, por meio de pesquisa de fontes documentais relacionadas com a atenção à pessoa com deficiência desta secretaria. Dentre os documentos estudados, encontravam-se prospectos, atas de reuniões, relatórios e manuais, buscando-se neles os fatos e acontecimentos relacionados com a implantação da Câmara Técnica. Além disso, foram analisados questionários aplicados, pelo gestor da área de reabilitação, aos trabalhadores do Centro de Referência em Reabilitação, cuja finalidade era, na época, avaliar o trabalho realizado pelo grupo e planejar futuras ações. Os resultados permitiram a elaboração de um breve histórico da reabilitação no município de Campinas, contextualizado à concepção da Câmara Técnica que evidenciaram a área de reabilitação, se organizando e adquirindo visibilidade na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. Destacou-se o estudo de um manual que evidenciou a organização de uma rede de atenção pautada na colaboração entre seus serviços; permitindo, na leitura das atas das reuniões da Câmara Técnica, a correlação das propostas apresentadas com fatos descritos na época. A análise dos conteúdos dos questionários ressaltou três eixos principais: a percepção de uma rede de serviços voltada à reabilitação; a constatação de mudanças internas e subjetivas nos trabalhadores que participaram da Câmara Técnica, bem como a compreensão da interdisciplinaridade e intersetorialidade

pelos mesmos. Nas falas dos trabalhadores, foi possível evidenciar a autonomia do grupo técnico e de seus usuários, na medida em que conheceram seus pares e se organizaram numa rede de ações e saberes. Nas falas desses trabalhadores, percebemos a figura do trabalhador-cidadão que se sente parte integrante do problema e da solução.

Palavras-chave: administração de serviços de saúde; reabilitação; equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Various aspects of social structure are involved in the construction of health policies. Tensions arising from distinct looks for common problems, the organization of actions and the choice of priorities, the continued exercise of power relations. Studying health policies and the organization of services is not just a complex task. In the case of health policies for people with disabilities, an important guideline is a greater degree of equity of this population to access health offering in order to meet their needs in the search of physical and mental well-being. This work proposed to analyze the implantation of the Municipal Secretary Health of Campinas' Technical Chamber of Rehabilitation as an instrument of public management. Thus, it was done a qualitative study, based on the research of documentary sources relating to the care for people with disabilities inside this organization. Among the documents studied, there were leaflets, minutes of meetings, reports and manuals, seeking in them the facts and events related to the implantation of the Technical Chamber. In addition, questionnaires applied by the rehabilitation area manager to the workers of the Rehabilitation Reference Center, whose purpose was, at the time, to evaluate the work done by the group and to plan activities for the coming year. The results allowed, in principle, the survey of a brief history of rehabilitation in the borough of Campinas, contextualizing the conception of the Technical Chamber; showed the area of rehabilitation being organized and getting visibility inside the Municipal Secretary of Health's structure; emphasized the study of a manual that showed the organization of a care network based in the collaboration between its services; allowed, in the reading of the minutes of the Technical Chamber's meetings, the correlation of proposals with facts described at the time. The analyses of the content of the questionnaires highlighted three main axes: the perception of a network of services aimed at rehabilitation; the finding of internal and subjective changes of the Technical Chamber's workers and the understanding of interdisciplinarity and intersectoriality by them. In the speeches of workers was possible to point the autonomy of the

technical group and its members as they knew their peers and have organized a network of actions and knowledge. In the speeches of these workers we realized the image of the worker-citizen who feels part of the problem as well of the solution.

Keywords: health services administration; rehabilitation; patient care team.

SUMÁRIO

| | |
|--|------|
| RESUMO | vii |
| ABSTRACT | ix |
| LISTA DE FIGURAS | xv |
| LISTA DE QUADROS..... | xvii |
| LISTA ABREVIATURA E SIGLAS | xix |
| | |
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| | |
| 1. INTRODUÇÃO | 2 |
| 1.1 Um olhar para a questão da deficiência..... | 5 |
| | |
| 2. OBJETIVOS..... | 8 |
| 2.1 Objetivo Geral | 8 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 8 |
| | |
| 3. MATERIAL E MÉTODO | 9 |
| 3.1 Instrumentos e procedimentos da Pesquisa | 9 |
| | |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 13 |
| 4.1 O Contexto: breve histórico da reabilitação no Sistema Único de Saúde do município de Campinas e a concepção da Câmara Técnica | 13 |
| 4.2 A Câmara Técnica de Reabilitação: singularidades..... | 20 |
| 4.3 A Câmara Técnica de Reabilitação e as ações em rede: Um exemplo de intersetorialidade..... | 24 |
| 4.4 Os questionários: a fala dos trabalhadores..... | 28 |
| | |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| | |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 38 |

| | |
|--|----|
| APÊNDICE 1 - MANUAL: ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA | 42 |
| APÊNDICE 2 - MODELO DOS QUESTIONÁRIOS | 50 |
| APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 51 |
| ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO DO USO DE DOCUMENTOS PÚBLICOS..... | 52 |
| ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 53 |

AGRADECIMENTOS

Agradeço sinceramente à oportunidade de compartilhar uma rica convivência com pessoas com deficiência, em especial às crianças e seus familiares que tanto me ensinaram.

Aos profissionais de saúde pública que, com sensibilidade e criatividade, superaram inúmeras dificuldades cotidianas. Minha gratidão e admiração aos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, aos colegas da Câmara Técnica e do Centro de Referência em Reabilitação, que motivaram, com seu exemplo de cidadania, este estudo.

Aos meus pais, Eduardo, Heloisa e minhas irmãs, Beatriz e Izabel que me mostram todos os dias a importância de perceber cuidadosamente a vida ao nosso redor. Muito obrigada!

José Claudio, Duda e Zé Vitor, meu marido e filhos. Foram muitas as lições de casa, juntos à mesa da sala de jantar nos últimos anos... Obrigada pela paciência e compreensão!

Agradeço à presença serena dos amigos Cássia Maria Paião e Pedro Vítor Mobíglia Marques os quais me ajudaram com todo o operacional que envolveu este trabalho.

À toda a equipe do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação (CEPRE-UNICAMP), não esquecerei a gentileza e a disposição em ensinar e ajudar em todos os momentos.

Carlos Alberto Fidelis de Araújo, meu novo amigo, os prazos não teriam sido cumpridos sem a sua atuação na formatação dessa dissertação. Obrigada!

Por fim, Dra. Maria Cecília Pinheiro Lima e Dra. Maria de Fátima de Campos Françaço, minhas mestras nessa caminhada, me faltam palavras para expressar meus agradecimentos. Vou, portanto, emprestar um pouco da sabedoria de Rubem Alves: “Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas...” Obrigada por terem me estimulado ao voo!

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Prospecto da I Conferência Municipal de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência..... | 16 |
| Figura 2: Prospecto da I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência | 17 |
| Figura 3: Caderno Institucional do Centro de Referência em Reabilitação..... | 18 |
| Figura 4: Foto do evento: “I Plano de Ações e Metas da Reabilitação - 2009”..... | 19 |
| Figura 5: Representação esquemática das Câmaras Técnicas da Secretaria municipal de saúde | 22 |
| Figura 6: Representação esquemática da Câmara Técnica de Reabilitação | 23 |
| Figura 7: Capa do Manual – Câmara Técnica de Reabilitação..... | 24 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Pontos positivos, negativos e impactos apontados pelos trabalhadores, em relação ao processo de trabalho, gestão e atenção integral, ano de 2010. | 29 |
| Quadro 2: Pontos positivos, negativos e impactos apontados pelos trabalhadores, em relação ao processo de trabalho, gestão e atenção integral, ano de 2011. | 29 |

LISTA ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| PMC | - Prefeitura Municipal de Campinas |
| CRR | - Centro de Referência em Reabilitação |
| SMS | - Secretaria Municipal de Saúde |
| CT | - Câmara Técnica |
| CTR | - Câmara Técnica de Reabilitação |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| SMCAIS | - Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social |
| SME | - Secretaria Municipal de Educação |
| SEE | - Secretaria Estadual de Educação |
| CMS | - Conselho Municipal de Saúde |
| CMPD | - Conselho Municipal da Pessoa da Deficiência |
| DOM | - Diário Oficial do Município |
| SMAS | - Secretaria Municipal de Assistência Social |
| CMADENE | - Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais |
| AACD | - Associação de Assistência à Criança Deficiente |
| PIP | - Programa de Inclusão Profissional |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| MS | - Ministério da Saúde |
| PUCC | - Pontifícia Universidade Católica de Campinas |
| UNICAMP | - Universidade Estadual de Campinas |
| INSS | - Instituto Nacional de Seguro Social |
| COMINDE | - Comissão Municipal de Integração do Deficiente |
| CRF | - Centro de Reabilitação Física |
| HOV | - Hospital Ouro Verde |
| CLS | - Conselho Local de Saúde |

| | |
|-----------------|--|
| CDI | - Centro de Desenvolvimento Infantil |
| HMMG | - Hospital Municipal Dr. Mário Gatti |
| SAD | - Serviço de Atendimento Domiciliar |
| CCP | - Casa da Criança Paralítica |
| AEC | - Associação de Equoterapia de Campinas |
| APAE | - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais |
| FSD | - Fundação Síndrome de Down |
| APASCAMP | - Associação de Pais e Amigos dos Surdos de Campinas |
| CEPRE | - Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação |
| UNIP | - Universidade Paulista |
| FEAC | - Federação das Entidades Assistenciais de Campinas |
| NASF | - Núcleo de Apoio à Saúde da Família |

APRESENTAÇÃO

A experiência, como neurologista infantil, aproximou-me consideravelmente das crianças com “paralisia cerebral” e de suas famílias. Meu interesse pela reabilitação veio se intensificando desde então.

Faz tempo! Vinte anos se passaram...

Sou funcionária pública da Prefeitura Municipal de Campinas desde 1995. Atuei como pediatra na Rede Básica de Saúde, como neuropediatra no Centro de Referência em Reabilitação e, em 2006, assumi a coordenação da recém-instituída Área de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde.

O desafio era grande: aproximar serviços, hierarquizar referências, construir uma rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Convidei os serviços, que tinham interface com reabilitação, próprios e parceiros da Secretaria Municipal de Saúde, para constituirmos uma Câmara Técnica. Nascia assim a Câmara Técnica de Reabilitação!

A vivência que se deu, a partir desse momento, foi a propulsora deste estudo em busca de um significado a ser compartilhado: analisar a implantação da Câmara Técnica como um instrumento de gestão pública, conhecer as possíveis mudanças que esta forma de gestão trouxe para o cotidiano dos serviços e compreender a gestão colegiada na ótica dos trabalhadores.

A partir da proposta deste estudo, pude revisitar a história, no olhar da pesquisadora, e refletir sobre a potência desta experiência com base nos documentos investigados.

Convido todos a compartilharem comigo desta reflexão!

1. INTRODUÇÃO

A referência deste trabalho é reconhecer que todo cidadão tem o direito de participar da concepção do sistema de saúde ao qual pertence. Um direito que se estrutura para além do conhecimento do processo da doença, das condições mórbidas, mas também como direito ao bem estar que depende diretamente das condições de vida biológica, cultural, social, psicológica e ambiental, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁾.

Reconhecer, que todo cidadão tem esse direito, pressupõe uma ruptura com as desigualdades e uma busca concreta da equidade nas relações humanas, num direcionamento emancipatório que transforma “pacientes” em sujeitos ativos, protagonistas de suas próprias necessidades.

Segundo Bourdieu⁽²⁾, “Cada família transmite a seus filhos, mais por vias indiretas que diretas, um certo capital cultural e um certo **ethos**, sistema de valores implícitos e profundamente interiorizados, que contribui para definir, dentre outras coisas, as atitudes face ao capital cultural”. Desta forma, apesar de cada um de nós termos desejos desde que nascemos, o anseio não pertence à pessoa, mas sim ao acesso a ela permitido desde suas experiências mais primitivas. A sensação de “isso não é para nós” exprime uma impossibilidade, uma interdição que dificulta a postura de sujeito ativo, protagonista de sua necessidade e participante do sistema de saúde ao qual pertence.

Setton⁽³⁾ nos indaga: “Como compreender a particularidade do processo de construção das identidades a partir das mudanças estruturais e institucionais das agências tradicionais da socialização?” Nos propõe considerar a construção dos habitus individuais como algo a ser mediado pela coexistência de distintas instâncias produtoras de valores culturais e referências identitárias. Parte da hipótese de que o processo de socialização das formações modernas pode ser considerado um espaço plural de múltiplas relações sociais.

A principal dessas manifestações, de inigualável alcance político, consiste em colocar o cidadão no centro do processo de construção e avaliação dos serviços de saúde. Outra manifestação, não menos importante, se refere à exigência de mudança de mentalidade do servidor público da área da saúde, no sentido da busca do resultado e na responsabilidade por ele. Sentir-se parte do problema e da solução.

Segundo Carvalho⁽⁴⁾, essa aproximação entre o trabalhador e o usuário “enseja um novo modelo de gestão social participativa que, de várias formas e em diferentes graus de consciência política, vem sendo institucionalizado em alguns países e, entre nós, em alguns estados e muitos municípios”.

No caso específico das pessoas com deficiência, a construção de sociedades inclusivas, que proporcionam acesso amplo, que superam barreiras mais sutis do que apenas as arquitetônicas, se fortalecem com as relações entre o servidor público e o seu cliente e se colocam como exemplo da noção de cidadania e que organizam uma estratégia de transformação social.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002) define, como propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação. Proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Uma das diretrizes dessa política visa o fortalecimento dos movimentos institucionais voltados à busca contínua da ampliação da acessibilidade e da inclusão. A melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiências no Sistema Único de Saúde (SUS), procura minimizar os efeitos do que Dagnino⁽⁵⁾ chama de “*autoritarismo social*”, que se expressa num sistema de classificação que

estabelece diferentes categorias de pessoas, dispostas nos seus respectivos lugares na sociedade. Uma cultura autoritária de exclusão.

Como resultado da mobilização internacional das organizações de pessoas com deficiência e de entidades de defesa e proteção, foi elaborada mais recentemente, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 13 de dezembro de 2006, que veio para promover, defender e garantir condições de vida com dignidade para todas as pessoas e em especial para aquelas que tenham alguma deficiência.

O Brasil participou da construção desse documento desde 2002, por meio da Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. Nosso País o assinou, em 30 de março de 2007, sem reservas, bem como seu Protocolo Facultativo, comprometendo-se com os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiências. Esse documento passa, em julho de 2008, a fazer parte da Constituição Federal do Brasil.

É neste contexto que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campinas instituiu, em fevereiro de 2006, a Câmara Técnica de Reabilitação (CTR), com a intenção de proporcionar um espaço organizado de discussão das ações que envolvem a saúde das pessoas com deficiência. Diferente das demais Câmaras Técnicas (CT) da Secretaria de Saúde, que englobam apenas representantes dos serviços de saúde, embora seja coordenada pela Área de Reabilitação dessa secretaria, a CTR tem caráter intersetorial, contando com participantes de vários setores e secretarias que se relacionam para a construção das políticas públicas para as pessoas com deficiência. É composta por representantes da Rede de Saúde Municipal e Estadual, da Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social (SMCAIS), da Secretaria Municipal de Educação (SME), da Secretaria Estadual de Educação (SEE), das Entidades do

Terceiro Setor, das Universidades, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência (CMPD).

1.1 Um olhar para a questão da deficiência

“Penso que a normalidade existe e por esta razão jamais uso aspas ao referir-me a ela”⁽⁶⁾.

A partir daí, pensar na anormalidade, no desvio, poderia nos parecer óbvio.

Não é. O tênue limite entre estas condições e como mensurá-lo vem sendo tema de inúmeros debates, ao longo da história, nas mais diversas áreas⁽⁷⁻⁹⁾.

Lembro-me com clareza de uma situação singular que vivi quando estudante de medicina.

Auxiliei o parto de uma jovem mãe, procedente da zona rural. Nasceu um lindo e saudável menino, que apresentava uma particularidade: em ambas as mãozinhas, um sexto dedo, na forma de um apêndice. Recorri ao docente em busca de uma orientação. Como proceder? A resposta foi alentadora. Não havia a necessidade de cirurgia, bastava que amarrássemos um fio cirúrgico na base dos apêndices dos dedinhos que eles cairiam dias depois. Naquele momento, me senti segura para abordar o assunto com a jovem mãe.

A resposta, que para sempre me acompanhou, foi a seguinte: “Graças a Deus, doutora! Se meu menino não tivesse os seis dedinhos, não teria como explicar para meu marido. Esta é a marca registrada dos Homens da família dele!” É claro que esqueci rapidamente a ideia de amarrar aqueles sextos dedinhos.

De fato, definir a anormalidade, o desvio, não é tarefa simples...

Da mesma maneira, definir Deficiência, Incapacidade ou Desvantagem não tem sido uma tarefa simples.

Pensando a deficiência enquanto fenômeno global, poderíamos distribuí-la, segundo Amaral⁽⁶⁾ em dois grupos: a primária, remetida a aspectos intrínsecos e a secundária, relativa a aspectos valorativos, extrínsecos. Desta forma, a deficiência primária, a incapacidade, pode impedir ritmos e formas usuais de desenvolvimento, mas não a sua ocorrência. Já a deficiência secundária, envolvida na problemática da desvantagem, traz um conjunto de ações/reações ao fenômeno deficiência e às pessoas que o corporificam.

Ao abordar este tema, é preciso deixar claro que houve um percurso histórico não linear, no qual as pessoas com limitações foram sendo incorporadas à estrutura social, marcado por trajetórias individuais. Além disso, os sentimentos e a maneira como as sociedades enxergavam as pessoas com deficiência variavam de um país para outro num mesmo período⁽¹⁰⁾.

Vários autores^(8, 11-13) apontam a segunda grande guerra mundial como um marco nessa trajetória, pela necessidade de se promover uma reintegração social de um número elevado de ex-combatentes que voltavam com sequelas.

De fato, o contexto da guerra trouxe impacto para a sociedade da época, que passou a buscar alternativas. Se antes não havia uma preocupação com a questão da pessoa com deficiência, após este período tal questão ficou mais próxima. Desta forma, nos Estados Unidos da América e em alguns países europeus desenvolveu-se uma responsabilidade social frente ao problema. Especialistas de diversas áreas, anteriormente desconexas, começaram a integrar-se em equipes multidisciplinares com o objetivo de promover reabilitação da pessoa com deficiência⁽⁸⁾.

Neste momento histórico, no entanto, a reabilitação se baseava na lógica de que a pessoa com deficiência precisava ser tratada para se adequar à sociedade. Ela tinha um problema e precisava ser capacitada para superar barreiras e se adaptar ao meio que a rodeava, num esforço unilateral, sem nenhuma modificação por parte da sociedade.

Da execução sumária ao tratamento humanitário passaram-se séculos; numa trajetória irregular que chega aos dias de hoje ainda com certa discriminação, mas com um amadurecimento de questões ligadas à cidadania e aos direitos humanos que provocaram um novo olhar em relação às pessoas com deficiência⁽¹⁰⁾.

Um olhar que propõe um movimento bilateral, em que indivíduo e sociedade se mobilizam para mudanças. Um olhar que equipara as oportunidades para que todas as pessoas possam ter acesso a todos os serviços, bens, ambientes, em busca da realização de seus sonhos e objetivos⁽⁸⁾.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a implantação da Câmara Técnica de Reabilitação, como um instrumento de gestão pública.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer possíveis mudanças que esta forma de organização de trabalho e gestão trouxe para o cotidiano dos serviços que compõe a rede de atenção à pessoa com deficiência da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.
- Identificar pontos positivos e negativos que a implantação da Câmara Técnica de Reabilitação trouxe, na ótica dos trabalhadores de um centro de referência em reabilitação;
- Analisar as sugestões apresentadas pelo grupo de trabalhadores deste centro de reabilitação.

3. MATERIAL E MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa exploratória, documental e qualitativa⁽¹⁴⁾ que fez uso de documentos arquivados no Centro de Referência em Reabilitação (CRR) da SMS de Campinas a partir de 1996 com a da criação da comissão interinstitucional de reabilitação e de questionários aplicados pelo gestor da área de reabilitação nos anos de 2010 e 2011.

3.1 Instrumentos e procedimentos da Pesquisa

- a) Levantamento das fontes primárias dos arquivos do CRR: documentos históricos da área de reabilitação da SMS; prospectos de eventos relacionados com a área de reabilitação; publicações no Diário Oficial do Município (DOM); atas de reuniões formais da CT, fotografias referentes aos eventos, reuniões, etc. Foram selecionados para análise:
- Relatório: “I Seminário de Reabilitação no SUS do Município de Campinas” / 1996.
 - Relatório: “Estudo para a criação de um sistema de rede de serviços integrados de reabilitação no SUS do município de Campinas” / 1996.
 - Regimento interno da “I Conferência Municipal da Pessoa Portadora de Deficiência” / 1997.
 - Prospecto: “I Conferência Municipal de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência” / 1997.
 - Prospecto: “I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência” / 1998.
 - Publicação no DOM de Campinas, 12/01/2000: Atribui à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) competência para as atividades que especifica.

- Publicação no jornal “Gente Ciente”, jan./2000: “Eleito o Conselho Municipal”.
 - Publicação no DOM de Campinas, 04/07/2000: publica o Regimento Interno do Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE), nomeia os representantes da 1ª gestão.
 - Publicação no DOM de Campinas, 01/11/2000: aprova o Regimento Interno do CMADENE.
 - Caderno Institucional de atividades do CRR “Jorge Rafful Kanawatty”/ sem data.
 - 36 atas das reuniões da CTR, de 18/08/2006 a 18/11/2011.
 - Manual: “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência”, CTR / sem data
 - Relatório: “Ações do Programa de Reabilitação / 2007”.
 - Relatório do “I Plano de Ação e Metas da Reabilitação” / 2009.
 - Relatório da SEE: “Histórico das Ações (2009-2011)”.
 - Protocolos do Centro de Referência e da Área de Reabilitação/ sem data
 - “Fluxos e Encaminhamentos em Reabilitação”.
 - “Fluxos da parceria CRR / Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)”.
 - “Fluxograma para Avaliação de Saúde Auditiva na Infância”.
 - “Programa de Inclusão Profissional (PIP) de Pessoas com Deficiência”.
- b) Seleção dos questionários preenchidos nos anos de 2010 e 2011, contato com os participantes para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):
- Equipe técnica do CRR: 10 médicos, 10 fisioterapeutas, 3 terapeutas ocupacionais, 2 fonoaudiólogos, 2 assistentes sociais, 3 psicólogos,

3 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 2 coordenadores – total de 39;

- Nas reuniões de equipe de avaliação anual, em 2010 e 2011, foram entregues, pelo gestor da área de reabilitação, questionários com quatro e seis questões abertas, respectivamente. (Apêndice 2.)
- A identificação e a participação foram facultativas. A equipe teve uma semana para responder e entregar o questionário.
- Foram utilizados 16 questionários respondidos no ano de 2010 e 16 no ano de 2011. Todos identificados. Participaram voluntariamente da resposta dos questionários um total de 20 trabalhadores do CRR. Alguns responderam em ambos os anos, alguns apenas em 2010 e alguns apenas em 2011.
- Uma vez que o objetivo da aplicação dos questionários era, na época, o planejamento dos trabalhos da área de reabilitação e da própria CT. Não foi solicitado o TCLE, entretanto, por se tratar de rica fonte documental e de se tornar, nos dias de hoje, um material com ampla discussão sobre pontos importantes para a dinâmica do serviço e da própria CT, optamos por requerer aos participantes a assinatura do “TCLE”. Para fins desse estudo, o número de questionários foi condicionado à assinatura do TCLE. (Apêndice 3)
- Além disso, solicitamos o consentimento do gestor da SMS de Campinas para a pesquisa nos arquivos do CRR. (Anexo1)
- Foram excluídos os questionários em que o trabalhador declara ter ingressado no serviço recentemente, não se sentindo apto a responder todas as questões.

c) Tratamento dos dados:

Em relação ao levantamento das fontes primárias dos arquivos do CRR, realizamos a descrição analítica e retrospectiva dos fatos e acontecimentos relacionados com a implantação da câmara: análise das atas, núcleos de sentido, trajetória, fatos históricos, definição de planos de trabalho, de diretrizes, de fluxos

de serviços, atividades de capacitação, temas de discussões de leis, de maneira a recuperar a trajetória do CRR, da Área de Reabilitação da SMS e da CT.

Na análise dos questionários preenchidos em 2010 e 2011, usamos uma abordagem qualitativa: leitura exaustiva e repetida dos questionários para exploração do material; estabelecimento de interrogações para identificação do que surgisse de temas de relevância; pré análise constituída por um quadro com o detalhamento dos sentidos quantificados; identificação das categorias de análise; seleção dos conteúdos conforme as categorias; interpretação (análise) de conteúdo das categorias⁽¹⁵⁾.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Contexto: breve histórico da reabilitação no Sistema Único de Saúde do município de Campinas e a concepção da Câmara Técnica

Este estudo procurou analisar a implantação de uma CT intersetorial e participativa como um instrumento de gestão pública.

Primeiramente, o levantamento dos documentos, que envolveram a reabilitação na SMS e das fontes primárias dos arquivos do CRR, nos permitiu localizar as ações voltadas à pessoa com deficiência na evolução da saúde pública na cidade de Campinas e a elaboração de um “breve histórico da reabilitação no Sistema Único de Saúde” desse município, contextualizando a implantação da CTR e a concepção do CRR inserido numa rede de saúde.

A história da reabilitação, no contexto mundial, alavancada pelos pilares das grandes guerras e epidemias, inserida no processo histórico da revolução industrial, encontra-se relatada em diversas fontes^(11, 13, 16), enfocando a reabilitação de aspectos físicos, envolvendo a problemática de um grande número de incapacitados, em sua maioria jovens, com um futuro a ser vivido.

No Brasil, não foi diferente: os relatos mostram a íntima relação entre a reabilitação, a medicina física e a prática da fisioterapia, com o olhar voltado às pessoas com deficiência motora. Os primeiros centros de reabilitação surgem em função da grande epidemia de poliomielite e o tratamento de suas sequelas. A história da reabilitação, voltada a outros tipos de deficiência, encontra-se relatada de maneira pontual, vinculada a grupos organizados e às instituições filantrópicas⁽¹⁷⁻²¹⁾.

A Área de Reabilitação é inserida de fato, no contexto da Saúde Pública brasileira, a partir da década de noventa quando, após a Constituição Federal de 1988, ficam assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências e se

define com a apresentação, pelo Ministério da Saúde (MS), de uma “Política para a Atenção ao Portador de Deficiência”.⁽²²⁾

Até então, historicamente, as instituições que atendiam as pessoas com deficiência eram, de maneira geral, aquelas de caráter filantrópico.

“As raízes históricas e culturais do fenômeno **deficiência** sempre foram marcadas por forte rejeição, discriminação e preconceito. E, diante da ineficiência do Estado em promover políticas públicas sociais que garantam a inclusão dessas pessoas, surgem famílias empenhadas em quebrar paradigmas e buscar soluções alternativas para que seus filhos, a de com deficiência intelectual ou múltipla, alcancem condições de serem incluídos na sociedade, com garantia de direito como qualquer outro cidadão”.⁽²¹⁾

Com a Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, nasce o SUS e uma nova noção de “cidadania” emerge.

“A nova cidadania trabalha com uma redefinição da ideia de direitos, cujo ponto de partida é a concepção de um direito a ter direitos... essa redefinição contempla não só o direito à igualdade, mas também o direito à diferença”⁽⁵⁾.

A necessidade da organização dos serviços de saúde, visando implementar os princípios da universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social se faz crescente.

Em Campinas, a história da reabilitação na SMS se inicia com ações voltadas às pessoas com deficiência física.

Segundo Toldrá⁽²³⁾, “Em função da falta de uma política de atenção à saúde da pessoa com deficiência física, uma das estratégias da SMS foi a de criar, em dezembro de 1996, a Comissão Interinstitucional de Reabilitação, composta por representantes da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas e Centro de Reabilitação Profissional do Instituto

Nacional do Seguro Social (INSS), dada a necessidade de responder às demandas por melhor resolutividade nesta área”.

A Comissão Institucional promove o “I Seminário de Reabilitação no SUS do Município de Campinas”, que elenca as seguintes situações: desarticulação da Área de Reabilitação e falta de planejamento para sua incorporação ao SUS; desconhecimento entre os profissionais e a população sobre os serviços existentes para reabilitação; ausência de vinculação entre as Secretarias Municipais de Assistência Social, Saúde e Educação; falta de participação do usuário nos planejamentos.

No ano seguinte, em novembro de 1997, a SMAS, por intermédio da Comissão Municipal de Integração do Deficiente (COMINDE) e do Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, promove a “I Conferência Municipal de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência”, cujos objetivos foram: refletir sobre a relação - Deficiente, Cidadania e Políticas Públicas; levantar subsídios para a implementação da Política Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência; analisar a proposta de lei para a criação do CMPD.

A Conferência Municipal direciona um processo de avanço institucional: representantes do poder público e da sociedade organizados de forma horizontal. Espaço de dúvidas e esclarecimentos, de pressões e encaminhamentos, onde o conflito pode se expressar.

Com representantes dos “Cidadãos Campineiros Portadores de Deficiência”; das Secretarias Municipais de Assistência Social, Educação, Esporte, Saúde e Transporte a plenária fortalece o escopo da participação plena e propõe a criação do CMPD.

Enfrentando a questão da deficiência

A questão da deficiência é questão de cidadania e de políticas públicas.

Pessoas com dificuldades de "marcha, visão, fala, audição, escrita, de contar, de levantar-se ou de interessar-se em fazer contato com o meio ambiente ..." necessitam urgentemente de um atendimento de modo digno e sistematizado

Que "possibilidades sociais" estão sendo viabilizadas no dia-a-dia do cidadão portador de deficiência?

Atenta a esta realidade, a Secretaria Municipal de Assistência Social, desde o início do ano, tem investido em programas sociais específicos para esse segmento, organizando o Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, preparando o Censo do Deficiente, estudando junto à Comissão sua transformação em Conselho Municipal, articulando ações setoriais, promovendo esta Conferência e buscando estabelecer a Política Municipal de Atenção ao Portador de Deficiência, tendo como eixo os direitos de cidadania, a justiça social, a igualdade e a participação plena.

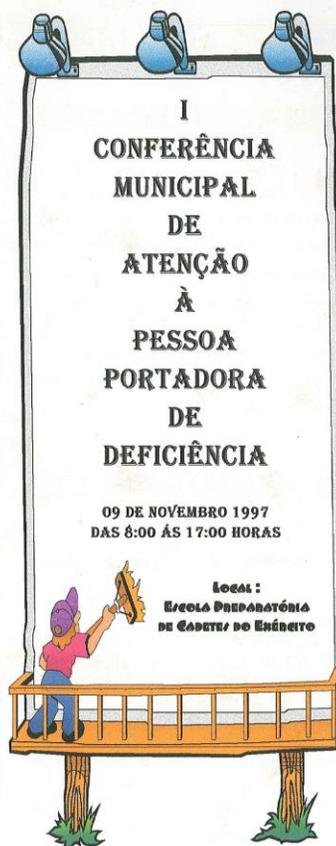
Realização

*Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Assistência Social*

*Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência
Comissão Municipal de Integração do Deficiente
Av. Anchieta, 200 - 12º andar
fone : 735-0279*

Apoio

Auto Escola Catedral
Dr. Prof. Nobel de Almeida
Dr. Nobel de Almeida Junior
Dr. Paulo Cesar Stefanini
Dr. Roberto Salles de Almeida
Escola Preparatória de Cadetes do Exército
Instituto de Solidariedade p/
Programa de Alimentação - ISA
Kompasso Com. de Miudezas em Geral Ltda.
Mercado das Flores - CEASA
Nossa Casa Livraria Papelaria e Brinquedos Ltda
Papelaria Fastcopy
Papelaria Rayzes
Rosana Transporte Especial
Santo Antonio Informática e Papelaria
Secretaria Municipal de Educação — CEFORMA
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Transportes / EMDEC
Sobrapar
Strog & Noff



Fonte: Arquivo de documentos históricos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 1: Prospecto da I Conferência Municipal de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

No ano seguinte, em setembro de 1998, acontece a "I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência", marcada por diversas atividades: Comemoração do Dia Estadual de Luta das Pessoas Portadoras de Deficiência; I Ciclo de Debates do Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência; Atividades Recreativas e de Esporte; Manhã Cultural.

Nessa ocasião, a SMS havia sido dividida administrativamente em distritos. A diretriz da regionalização promovia alterações importantes: o Centro de Reabilitação Física (CRF) amplia sua equipe técnica e incrementa suas ações. Inicia-se o atendimento de reabilitação no Hospital Ouro Verde (HOV); a reabilitação profissional do INSS se desfaz; os atendimentos de fisioterapia com clínicas conveniadas são suspensos. No CRF, iniciam-se as concessões de

cadeiras de rodas e de órteses e próteses musculoesqueléticas através de licitações públicas⁽²⁴⁾.

A Prefeitura Municipal de Campinas, por meio da Secretaria de Assistência Social, convida para as atividades a serem realizadas na

I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência

21/09, às 9 horas, no Paço Municipal
Comemoração do Dia Estadual de Luta das Pessoas Portadoras de Deficiência
Abertura da I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência

22 à 24/09, na Escola Preparatória de Cadetes
I Ciclo de Debates do Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência

25/09, das 8h30 às 11h30 horas, no Lago do Café
Manhã de recreação, esporte e lazer

25/09, das 18 às 21 horas, na APAE (Ginásio Poliesportivo Nair Valente Cunha)
Apresentação esportiva (basquetebol e futebol de salão)

26/09, das 09 às 12 horas, na Concha Acústica (Parque Portugal)
Manhã cultural (APAE Campinas, Centro de Educação especial Síndrome de Down, CIAD da PUCCAMP, Grupo Papo de Pagode- direção de Davi Bezerra Ramos)

Promoção:
Secretaria Municipal de Assistência Social, por meio do Centro de Referência e Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência e da Comissão Municipal de Integração do Deficiente

Parcerias:
CMDOCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
Secretaria Municipal de Cultura e Turismo
Secretaria Municipal de Esportes
SORRI Campinas

Apoios:
APAE Campinas
Art e Cor Propaganda SC Ltda.
Banco do Brasil
EMDEC
Escola de Cadetes do Exército
GEDAI
Jornal Gente Ciente
Secretaria de Estado da Criança, Família e Bem-estar-social

Informações adicionais:
(019) 7350279
(019) 2430926

I SEMANA DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA/1998

I CICLO DE DEBATES DO CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CENTRO DE REFERÊNCIA E ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

Fonte: Arquivo de documentos históricos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 2: Prospecto da I Semana da Pessoa Portadora de Deficiência

Essas ações organizadas e o início de uma articulação entre os serviços de reabilitação culminam, em janeiro de 2000, com a nomeação dos representantes que iriam compor a primeira gestão do CMADENE.

Em 04/07/2000, a criação do Conselho, com sua publicação no DOM, potencializa o processo participativo e promove mudanças nas relações de poder, democratizando e legitimando as questões relativas às pessoas com deficiência.

Em 2003 o CRF é habilitado como CRR e muda-se para sede própria, construída segundo as normas brasileiras de acessibilidade.



Fonte: Arquivo de documentos administrativos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 3: Caderno Institucional do Centro de Referência em Reabilitação

A gestão do serviço propõe ampliações dos projetos assistenciais com a lógica da clínica ampliada e promove reflexões no cotidiano dos usuários e dos trabalhadores. Institui-se um Colegiado de Gestão, formado por representantes eleitos pelos trabalhadores e um Conselho Local de Saúde (CLS), também eleito, composto por usuários, trabalhadores e gestores.

Em 2006, se institui a Área de Reabilitação no nível central da SMS, a fim de apoiar e integrar os serviços de reabilitação na formação de uma Rede de Referências que incluísse então, além da reabilitação física, a intelectual, a auditiva e a visual.

No mesmo ano, a Área de Reabilitação convida vários segmentos e serviços para compor a *CTR*.

As diretrizes propostas eram: Contribuir na construção das políticas públicas em reabilitação; Promover integração programática entre várias secretarias municipais; Promover amplas discussões sobre Cidadania e Acesso.

A primeira reunião aconteceu em agosto de 2006 no CRR.



Fonte: Arquivo de documentos históricos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 4: Foto do evento: “I Plano de Ações e Metas da Reabilitação - 2009”

A partir dessa data, a CTR se reúne mensalmente. Seu caráter intersetorial e participativo, com representantes de vários segmentos os quais se relacionam para a construção das políticas públicas que, destinadas às pessoas com deficiência, propõem uma forma de gestão colegiada, um novo instrumento de gestão pública.

Parafrazeando Nascimento⁽¹⁹⁾, a política de saúde, efetivamente implementada, reflete o momento histórico de sua formulação, as condições econômicas vigentes, os avanços tecnológicos, bem como a capacidade de os

cidadãos, grupos e classes sociais se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais.

Ao elaborarmos o histórico da Reabilitação na Cidade de Campinas, nos chamou a atenção a mudança de paradigma a partir do fortalecimento do SUS.

No decorrer do tempo, os encontros e eventos demonstraram que os profissionais de reabilitação e as pessoas com deficiência foram ocupando seus lugares como protagonistas de suas próprias histórias. Potencializaram os espaços organizados de discussão, reivindicaram e sugeriram mudanças por parte do sistema público do qual faziam parte. Mostraram que barreiras atitudinais impediam o acesso a vários bens e serviços.

Evidenciaram a ideia de pensar os movimentos sociais como redes, com sujeitos múltiplos, heterogêneos que são capazes de compartilhar alguns princípios básicos e promover mudanças em seu meio⁽⁵⁾.

4.2 A Câmara Técnica de Reabilitação: singularidades

O SUS Campinas consiste num conjunto de responsabilidades com a saúde, uma complexa rede de serviços de saúde e instâncias de gestão e controle social. O município é gestor pleno do sistema de saúde, modalidade de gestão em que todas as decisões, quanto ao gerenciamento de recursos e serviços, se dão no âmbito do próprio município⁽²⁵⁾.

A complexidade, deste sistema de saúde, levou à distritalização, que é o processo de descentralização do planejamento e gestão da saúde em distritos de aproximadamente 200.000 habitantes.

Existem cinco distritos de saúde em Campinas: Distrito de Saúde Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste.

A rede de serviço é composta por unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas, abrangendo a atenção primária e de média e alta complexidade, que procura funcionar de forma organizada e hierarquizada.

O CRR é uma unidade própria municipal, referência de média e alta complexidade (em reabilitação), para todo o município.

Habitualmente as assessorias técnicas da SMS atuam junto com representantes distritais nas CT, sendo estas, portanto, instâncias internas desta secretaria. Quando os projetos elaborados nas CT, implicam na criação de novas diretrizes de atuação nos serviços, devem ser apresentados ao Colegiado da Secretaria (composto pelo secretário de saúde, diretores de departamentos e diretores de distritos) para aprovação.

A CTR se organiza, desde sua concepção em 2006, com representantes da SMS e de outras instituições públicas, filantrópicas, universitárias e do controle social, o que a diferenciou das demais. Em 2011, era composta por representantes do CRR; do Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI) do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG); do Serviço de Reabilitação do HOV; do Serviço de Fisioterapia do HMMG; do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); dos Distritos de Saúde; do Hospital Cândido Ferreira; dos parceiros conveniados da SMS (Casa da Criança Parálitica (CCP), Associação de Equoterapia de Campinas (AEC), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) Campinas, Fundação Síndrome de Down (FSD), Associação de Pais e Amigos dos Surdos de Campinas (Apascamp), Clínica de Fonoaudiologia da PUCC, Fisioterapia da PUCC, Terapia Ocupacional da PUCC); do Centro de Pesquisas em Reabilitação (CEPRE) da Unicamp; da Fisioterapia – UNICAMP; da Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP); da Rede Lucy Montoro de Reabilitação; da Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (FEAC); da SME; da SEE; da SMCAIS; do CMS; do CMPD.

A Câmara Técnica de Reabilitação apresentava uma metodologia de trabalho caracterizada por estudar as diretrizes e leis que se relacionam com a saúde das pessoas com deficiência; determinam as necessidades da área de reabilitação; organizam os fluxos, protocolos e a qualidade de atendimento dos serviços; analisam as propostas de parceria; garantem o olhar da clínica ampliada e da linha de cuidado em todos os serviços que compõem a rede de reabilitação; mantêm um espaço de escuta e discussão de temas relacionados à saúde da pessoa com deficiência.

As reuniões eram abertas, registradas em “atas” e costumavam-se contar com convidados externos.

Os instrumentos de gestão e avaliação utilizados eram: avaliação mensal dos atendimentos prestados por todos os serviços de referência, avaliação de risco/morbidade neonatal, avaliação da demanda de meios assistivos (órteses e próteses musculoesqueléticas, cadeira de rodas, aparelhos de amplificação sonora, teléuplas e outros); questionários de avaliação para trabalhadores expressarem suas expectativas; apresentação dos resultados pertinentes ao CLS do CRR, ao CMPD, ao CLS e ao Colegiado Gestor da SMS.



Fonte: Arquivo de documentos administrativos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 5: Representação esquemática das Câmaras Técnicas da Secretaria municipal de saúde

CÂMARA TÉCNICA DE REABILITAÇÃO



Fonte: Arquivo de documentos administrativos do Centro de Referência em Reabilitação

Figura 6: Representação esquemática da Câmara Técnica de Reabilitação

Assim, a partir de 2006, tendo no cenário mundial a participação do Brasil na construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e, em Campinas, com a iniciativa da SMS em instituir a CTR, identificamos nos documentos pesquisados relatos que direcionam para a concepção de uma política pública.

Observando os Relatórios Anuais de Gestão dessa secretaria, percebemos as ações de Reabilitação, outrora isoladas, se constituindo numa Área e seus serviços se organizando numa Rede de Cuidados⁽²⁵⁾.

No ano de 2007, não havia referência a ações de reabilitação; no ano de 2008, inserida no contexto da Área das Especialidades, aparece a citação específica da saúde auditiva, como parte integrante dos processos de reabilitação; em 2009, a Área de Reabilitação é relatada, na lógica de uma rede de serviços complementares entre si; em 2010, no escopo do “Pacto pela Vida” como norteador da integralidade da atenção à saúde da população, Linhas de Cuidado

como a dos Bebês de Risco ou de Doenças Crônicas não Transmissíveis (hipertensos e diabéticos) se referem à rede de reabilitação; em 2011, a Área de Reabilitação aparece em destaque, como mais uma Área Programática.

4.3 A Câmara Técnica de Reabilitação e as ações em rede: Um exemplo de intersetorialidade.

Nos arquivos do CRR, destacamos um manual, cujo conteúdo encontra-se no Apêndice 1, redigido pelos participantes da CTR, produto dos trabalhos realizados por esse grupo, e o Livro Ata das reuniões da CT.

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA



**CÂMARA TÉCNICA DE REABILITAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fonte: ARQUIVO DOS DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS DO CRR

Figura 7: Capa do Manual – Câmara Técnica de Reabilitação.

Este manual, intitulado “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência”, dispõe sobre o modelo assistencial, a organização da forma de trabalho e os

fluxos dos serviços que compõe a CTR. Nota-se claramente a proposta de colaboração, não excludente da profissionalização, que norteia as relações de interdisciplinaridade, apontadas por Almeida Filho, Jantsch e Furtado^(17, 26, 27).

Apresenta-se como um manual, composto pelas ações de serviços distintos, que se propõe a organizar o atendimento em rede das pessoas com deficiência, na lógica da atenção integral, pautada na colaboração entre esses serviços e direciona para um arranjo em equipes de referência e trabalho de apoio matricial, conforme descrito por Campos:⁽²⁸⁾ *“um desenho de projetos terapêuticos que não são executados apenas pela equipe de referência, mas por um conjunto mais amplo de trabalhadores”*.

Novamente notamos a construção da política pública, na medida em que temas como: a inserção da criança na rede regular de ensino ou do jovem no mercado de trabalho entre outros, se fazem presentes, extrapolando os limites do olhar nuclear da saúde e caminhando para o olhar amplo, legitimado pela organização de vários setores e secretarias municipais.

Norteando essa organização, encontra-se a compreensão de que o setor de saúde é permeado pela disputa de interesses e pela singularidade do objeto de investimento --no caso a pessoa com deficiência-- e de que a produção de alternativas, que apontam para um processo de poder compartilhado e para a descentralização do processo decisório, diminuem a distância entre os que coordenam, os que executam e, os que recebem as ações.⁽²⁹⁾

Outra parte constituinte desta investigação foi a leitura das atas das reuniões da CTR.

Apesar de se configurarem como memórias de reuniões, com lista de presença e não como atas formais, o material foi rico em descrições. Chama a atenção o grande número de participantes. De maneira geral, há uma frequência de 20 a 30 participantes por reunião.

Fizemos a leitura, neste estudo, das 36 primeiras memórias, de 18/08/2006 até 18/11/2011 e correlacionamos alguns fatos descritos com documentos da época, destacando as descritas a seguir:

- Em 18/08/2006: na primeira reunião, houve uma apresentação dos participantes e suas práticas de trabalho. Houve uma sensibilização do grupo para a organização dos serviços em rede e apresentação de projetos que agregavam recursos ministeriais.
- Em 23/03/2007: o grupo define a necessidade das parcerias para a formação da rede de referências: sugere a apresentação da APAE para reabilitação cognitiva/intelectual; Apascamp, para otimizar a saúde auditiva, em parceria com a clínica de fonoaudiologia da PUCC; AEC para completar o plano terapêutico dos usuários do CRR, AACD, para manter o fornecimento de órteses/próteses musculoesqueléticas e outros meios auxiliares de locomoção, com a finalização acontecendo no CRR; Pró-Visão, para reabilitação visual. Sugere também que se realize um planejamento das ações políticas para a Área, com a participação de gestores, serviços e usuários.
- Em 18/05/2007: elabora-se um modelo de plano de trabalho para cada instituição que pretendesse apresentar propostas de parceria com a Área de Reabilitação da SMS.

No documento intitulado “Ações do Programa de Reabilitação/2007”, constatamos a execução das propostas citadas nas reuniões: Parceria com o núcleo clínico da APAE, para o atendimento interdisciplinar de pessoas com deficiência intelectual, constituindo uma referência no apoio à saúde desta população, oferecendo 90 vagas por mês. Organização do fluxo na reabilitação auditiva, em parceria com a PUCC, finalizando uma lista de espera de 746 usuários; fornecimento de 90 próteses musculoesqueléticas, 300 órteses e 160 cadeiras de rodas em parceria com a AACD.

- Em 12/04/2008: inicia-se a elaboração do I Plano de Ação e Metas da Reabilitação.
- Em 05/11/2008: determina-se a realização de uma “força tarefa”, com a participação das equipes técnicas de todos os serviços, que vai aos centros de saúde para divulgar os fluxos para a reabilitação e os protocolos para cada serviço de referência.

No documento intitulado “Fluxos e encaminhamentos em Reabilitação”, utilizado pelos profissionais nas visitas aos centros de saúde, identificamos os detalhes do atendimento em rede, a retaguarda das ações especializadas complementares às ações realizadas pelas equipes da atenção básica.

- Em 03/05/2009: apresentação dos casos de sucesso na inclusão das crianças com deficiência na escola regular.
- Em 11/09/2009: formaliza-se a subcomissão de Educação.

No documento oficial do Governo do Estado de São Paulo, SEE, intitulado “Histórico das Ações (2009-2011)”, a CTR da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) encontra-se citada na pag. 34, como um grupo de discussão sobre temas relacionados à inclusão social de pessoas com deficiência. Cita-se como desdobramento o fortalecimento das relações entre os participantes, visando um trabalho em rede, para atender aos usuários destes serviços, bem como prestar as devidas orientações e encaminhamentos.

- Em 09/06/2010: o grupo define capacitar as equipes de todos os parceiros para realização de matriciamento nos centros de saúde e escolas.
- Em 01/09/2010: apresentação do fluxo para a rede Lucy Montoro de Reabilitação (referência estadual).
- Em 06/12/2010: discussão da Lei de Filantropia (nº 12.101 de 27/11/2009 do Gabinete da Presidência da República).

- Em 11/02/2011: Realizada a apresentação do vídeo institucional do CRR.
- Em 08/04/2011: apresentação da visita técnica ao Hospital Sarah Kubistchek e discussão da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na rede básica.

Considerando que representantes do CLS, do CRR, do CMPD e do CMS estiveram presentes nas reuniões, corroborando o apontado por Almeida e Campos,⁽³⁰⁾ a reabilitação consistiria em um conjunto de estratégias que acompanham a criação de espaços negociáveis para o paciente, sua família e para os serviços que se ocupam do paciente. Assim, não caberia pensar a participação social como um produto a ser alcançado ao fim de um processo que supostamente habilita o sujeito para ela. A reabilitação ocorreria **na** participação e não **para** a participação.

4.4 Os questionários: a fala dos trabalhadores

A última parte deste trabalho consistiu na leitura dos questionários respondidos pelos trabalhadores do CRR. Nas reuniões de equipe de avaliação anual, em 2010 e 2011, foram entregues, pelo gestor da área de reabilitação, questionários com quatro e seis questões abertas respectivamente. Foram utilizados 16 questionários respondidos no ano de 2010 e 16, no ano de 2011. Todos identificados. Responderam voluntariamente os questionários um total de 20 trabalhadores do CRR. Alguns responderam em ambos os anos, alguns apenas em 2010 e alguns apenas em 2011.

Com a leitura dos questionários, realizamos o estabelecimento de um conjunto de categorias e, para mapear as mesmas, identificando pontos positivos, pontos negativos e impacto no processo de trabalho, elaboramos os quadros a seguir:

Quadro 1: Pontos positivos, negativos e impactos, apontados pelos trabalhadores, em relação ao processo de trabalho, gestão e atenção integral, ano de 2010.

2010

| CATEGORIAS | PONTOS POSITIVOS | PONTOS NEGATIVOS | IMPACTO |
|-------------------------|---|--|--|
| 1. Processo de Trabalho | Ampliação parcerias: 6 Conhecimento serviços: 2 Facilitação fluxos: 5 Valorização do trabalho: 4 Fortalecimento equipe: 2 Corresponsabilidade pelo paciente: 1 | Poucos representantes da equipe CRR: 1 Horário das reuniões: 4 Informação das deliberações: 1 | Organização das ações: 2 Protocolos: 2 Espaço para expressar as opiniões: 2 Amadurecimento dos profissionais: 1 |
| 2. Gestão | Democratiza os rumos: 1 Gestão compartilhada com estado e federação: 1 Força política: 2 Melhora da relação entre chefe e funcionário: 1 | Ausência de gestores do 1º escalão: 1 Respostas do poder público atreladas à política: 1 Falta de RH: 2 Falta de financiamento: 1 | A gestão mostrou a luta pela melhoria dos serviços: 1 |
| 3. Atenção Integral | Ampliação ofertas: 3 Qualificação ações: 2 Fortalecimento rede de cuidados: 2 Ver o paciente como um todo: 1 | Os pacientes não querem se desvincular do serviço: 1 | Segurança de retaguarda dos encaminhamentos: 2 |

Quadro 2: Pontos positivos, negativos e impactos apontados pelos trabalhadores em relação ao processo de trabalho, gestão e atenção integral, ano de 2011.

2011

| CATEGORIAS | PONTOS POSITIVOS | PONTOS NEGATIVOS | IMPACTO |
|-------------------------|--|---|--|
| 1. Processo de Trabalho | Ampliação da equipe técnica do CRR: 1 Facilitação dos fluxos: 3 Importância do matriciamento: 5 Trabalho em rede: 3 Divulgação/melhorar: 1 | Espaço físico reduzido: 1 Horário das reuniões: 4 Falta de capacitação continuada: 1 | Orgulho de fazer parte da equipe: 2 Aprimoramento na compra de cadeira de rodas: 2 Reforma do prédio do CRR: 1 Núcleo saúde coletiva no CRR: 3 Compreender o trabalho em rede: 1 Necessidade de envolver a atenção básica: 1 Fazer e divulgar o filme institucional CRR: 1 Aprender o valor de cada trabalho realizado: 1 Responsabilidade no transporte: 1 Vestir a camisa do SUS: 1 |
| 2. Gestão | Participação dos usuários regularmente: 3 Organização na contramão da crise do SUS: 1 Gestão ouve e respeita as opiniões dos trabalhos: 1 | Desresponsabilidade política: 1 Lentidão em compor novos recursos: 2 Estrangulamento orçamentário / dificultou: 1 A Secretaria não prioriza a compra de materiais de fisioterapia: 1 | A cogestão do CRR se formalizou: 1 Monitoramento da produção: 1 |
| 3. Atenção Integral | Melhorias no cuidado com o AVC: 1 Disponibilidade em receber pacientes difíceis: 1 Lógica clínica ampliada: 2 Aprender na relação do dia a dia com o paciente: 1 Ações interdisciplinares: 1 | | |

O sistema de categorias foi resultante da classificação analógica e progressiva dos elementos, após a leitura repetida dos questionários. Condensar

os conteúdos e buscar os recortes essenciais, nos direcionaram a ressaltar três eixos principais: a percepção de uma rede de serviços; a constatação de mudanças internas, subjetivas nos trabalhadores; a compreensão da interdisciplinaridade e da intersectorialidade.⁽¹⁵⁾

EIXO I: A Percepção de uma Rede de Serviços:

I. *“Aprendi o valor de cada trabalho realizado, fiquei fascinada com alguns programas e isso causou um impacto direto na minha forma de trabalhar”.*

Participante 1 (2010)

II. *“Sem dúvida, qualificou na medida em que você se vê de fato numa rede de cuidado”.*

Participante 2 (2010)

III. *“Continuar contrapondo a crise financeira com a criatividade e manter e reforçar os laços com o controle social e instituições parceiras – atuando em rede”.*

Participante 3 (2011)

IV. *“Meu processo de trabalho já teve resultado / impacto no momento que iniciei a participação na CTR. Compreender o trabalho em rede, deliberar assuntos da área no macro, com certeza, repercutir no micro (relações, encaminhamentos, etc.)”.*

Participante 4 (2011)

A percepção da potência de uma rede estruturada de serviços horizontais se evidencia nessas falas, trazendo fascínio, autoestima ou alternativa criativa de economicidade.

Esses depoimentos caminham de encontro com a segunda recomendação do Relatório Mundial sobre a Deficiência: “Ao passo em que há uma necessidade

por mais serviços, há igualmente uma necessidade por serviços interdisciplinares melhores, mais acessíveis, flexíveis, integrados e bem coordenados...”

Czeresnia⁽³¹⁾ diz que ”o pensamento humano desenvolve-se em duas direções: por um lado, a profundidade, a redução e o estreitamento; por outro, a amplitude, a abrangência e a abertura de fronteiras. O pensamento científico moderno tendeu à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade, por meio da tradução dos acontecimentos, em esquemas abstratos, calculáveis e demonstráveis”.

Mas a referência à integridade dos acontecimentos – que torna evidente o aspecto mutilante do conhecimento – é questão que se coloca desde o nascimento dessa forma de se aprender a realidade. Sem dúvida que tal problema tornou-se mais explícito no mundo contemporâneo em decorrência dos impasses gerados pela progressiva fragmentação do conhecimento. A necessidade de integrar as partes surgiu no interior da própria lógica analítica – como integrar as informações e saberes construídos no sentido de uma profundidade crescente?

Na fala dos trabalhadores do CRR, com a experiência da CT, a resposta foi: Construindo redes. Redes de ação e redes de saberes!

EIXO II: A Constatação de mudanças internas, subjetivas nos trabalhadores:

V. *“Me sinto orgulhosa quando consigo responder ou solucionar questões sobre reabilitação intelectual, ou auditiva, ou visual”*

Participante 5 (2011)

VI. *“Acho que nós (todos, serviços) melhorou muito, cresceu, evoluiu, e francamente sinto um enorme orgulho de fazer parte dessa equipe co CRR”.*

Participante 6 (2011)

VII. *“O impacto inicial deu-se no meu Ser Pessoal, ampliando meu olhar para a Saúde Pública, tornando-me mais sensível e capacitada ao trabalho”.*

Participante 7 (2010)

VIII. *“Me sinto agora vestindo a camisa do SUS. A participação no matriciamento favoreceu essa aproximação com o SUS, mas ainda sinto que o amor e a batalha que muitos relatam com tanta verdade em suas palavras eu não tenho, mas hoje já não sinto vergonha (verdade!! Eu tinha vergonha do SUS)”.*

Participante 8 (2011)

Sentir orgulho por exercer um papel, ter um olhar mais sensível, não sentir mais vergonha...

Umberto Eco⁽³²⁾ infere que o direito à “vida” trata-se de uma responsabilidade concreta em relação àquele que é o termo de um pessoal amor e, portanto, de responsabilidade em relação a “alguém”.

Considerando que a subjetividade e a cultura de uma instituição são socialmente produzidas e mais, que resultam também da estrutura e do funcionamento organizacional e da orientação específica dos processos de trabalho⁽³³⁾, as subjetividades expressas pela equipe de reabilitação nos fazem refletir sobre a possibilidade das reuniões de CT terem iniciado profundos desencadeantes de conscientização nesta equipe.

De acordo com suas experiências e capacidade de armazenar experiências, o indivíduo desenvolve uma capacidade de acreditar ou confiar. De acordo com os recursos culturais imediatos, o indivíduo será levado a uma crença

nisso ou naquilo, ou em algo mais, mas o fundamento é a capacidade que se baseia na experiência acumulada.⁽³⁴⁾

Para alguns desses trabalhadores, a experiência acumulada trouxe a sensação de orgulho, confiança e pertencimento.

EIXO III: A compreensão da interdisciplinaridade e da intersetorialidade:

IX. “O impacto, uma melhor sistematização/organização do trabalho, direcionando cada núcleo profissional à sua especificidade, não deixando de potencializar o trabalho/ação interdisciplinar”.

Participante 9 (2011)

X. “Sinto-me também amparada, pois discutir o matriciamento, a partir dessa fase, da construção dessa área sólida e múltipla, dá um outro contexto para a intervenção”.

Participante 10 (2010)

XI. “A própria Câmara Técnica funciona como um modelo mais ampliado onde vários profissionais, de diferentes lugares, possam discutir as questões e situações emergentes”.

Participante 11 (2010)

Conforme discutido por Almeida Filho⁽¹⁷⁾ e sustentado por Juarez Furtado⁽²⁷⁾, a colaboração profissional não se efetiva por meio de princípios ou de intenções genéricas desenvolvidas em textos de pesquisadores bem intencionados. A troca efetiva e colaboração entre disciplinas e profissões somente serão possíveis pela ação de agentes concretos que, por meio de sua mente-corpo, irão ou não consubstanciar práticas mais ou menos integradas. Somente mediante a concretude dos aparelhos cognitivos de indivíduos, que

transitem em diferentes áreas, é que ocorrerão os diferentes graus de interação e colaboração entre disciplinas e profissões.

As falas destes trabalhadores nos levaram a compreender os movimentos resultantes das reuniões da CTR como movimentos interinstitucionais, com sujeitos políticos não só coletivos, mas múltiplos, heterogêneos, que são capazes de compartilhar alguns princípios básicos e promover mudanças em seu meio.

Contribuíram com a explanação de Setton⁽³⁾ de que “*habitus*” surge como um conceito capaz de conciliar a oposição aparente entre a realidade exterior e as realidades individuais. Capaz de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e subjetivo das individualidades... “*Habitus*” como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas.

Por fim, quando na percepção de um dos trabalhadores, a própria CT funcionou como um modelo, um espaço ampliado de discussão e busca de soluções. Logo, pudemos compreender a interdisciplinaridade e a intersetorialidade participativa como estratégia de modificação institucional.

Entendendo a interdisciplinaridade como aquela que identifica, nomeia uma mediação possível entre saberes, competências e garante a convivência criativa com as diferenças.⁽²⁷⁾

Aceitando a ideia de que a tolerância possa afirmar o princípio de uma possível convivência com aquilo que não é compartilhado. Um conceito flexível, mas não frouxo, em que o reconhecimento da existência e a legitimidade da diversidade possam ser resultados de uma deliberada escolha humana.⁽³²⁾

Pudemos constatar a consideração de que o processo de construção das identidades, a partir de mudanças estruturais e institucionais, se faça a partir de uma nova configuração cultural.⁽³⁾

Pelas expressões destes trabalhadores, não houve menção às estruturas de poder, mas autonomia do grupo técnico, na medida em que conheceram de fato seus pares e se organizaram numa rede estruturada de ações e saberes.

Por fim, as sugestões apresentadas pelos trabalhadores:

XII. “Precisa ser melhorada a estrutura da reabilitação no que diz respeito à área física qto no recurso de RH!

Participante 12 (2011)

XIII. “Reforma e ampliação predial, oficina própria em órteses.”

Participante 13 (2010)

XIV. “Quanto às sugestões, acho que poderíamos dar mais ênfase ao matriciamento, tentar implantar algumas coisas que trouxemos de Brasília como: processo de triagem, oficina própria de prótese e órtese; melhorar o RH com contratação de profissionais de educação física, por exemplo, melhorar nossa estrutura física.”

Participante 14 (2010)

XV. “Uma reforma no prédio para melhor adequação de nosso trabalho.”

Participante 15 (2011)

Melhoria da estrutura física, incremento de recursos humanos, oficina de órteses e próteses. Sugestões objetivas, palpáveis, com o intuito de potencializar a resposta aos usuários.

Melhorar o processo de triagem, potencializar o matriciamento: instrumentos para ampliação da assistência. Novamente se expressa um movimento a fim de potencializar a resposta aos usuários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a implantação da CTR, como um instrumento de gestão pública, nos proporciona uma atitude reflexiva acerca de valores compartilhados por um grupo heterogêneo de pessoas que, organizadas em função de um interesse comum – a atenção à pessoa com deficiência – percorrem uma trajetória marcada pela tolerância e colaboração.

Esta observação corrobora o referido por Pacheco,⁽⁸⁾ quando diz que o processo de reabilitação, quando baseado na inclusão, traz maiores possibilidades para que os indivíduos reflitam sobre os valores que a cultura pode ter com relação à deficiência e se tornem agentes de mudanças neste contexto. Somos produtos da cultura, mas também temos o poder de influenciá-la. Assim, as instituições, com seu corpo técnico e usuários, estão aprendendo a lidar com esses conceitos, através da conscientização e sensibilização, para um novo olhar que vem se concretizando com mais força em nossos dias.

O estudo dos documentos apresentados nos mostra uma década entre as primeiras discussões realizadas pela Comissão Interinstitucional de Reabilitação, em 1996, e a formação da CTR, em 2006. Uma década em que os tensionamentos puderam orientar efetivas modificações no significado do papel dos sujeitos dessa história.

Pudemos observar o trabalho da CTR, na percepção dos trabalhadores do Centro de Referência em Reabilitação, como um modelo na lógica da descentralização da gestão, com a participação dos usuários e profissionais na concepção do sistema de saúde ao qual pertencem. Percebemos um espaço e tempo disponibilizados para a criatividade, com a flexibilidade nos seus ordenamentos, com a integração de conhecimentos que proporcionaram aspectos fundamentais para a formação de profissionais “pensantes”. Percebemos a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social dos participantes, ratificando o apontado por Minayo.⁽²⁹⁾

Tendo como premissa as sociedades democráticas, ainda que considerando a ideia de que *“o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas; um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores.”*⁽²⁸⁾

Nós pudemos reconhecer mudanças internas e subjetivas, evidenciadas nas falas dos profissionais, que fortaleceram a autonomia do grupo técnico, sem haver qualquer menção ao estilo dos governos da época.

Desta forma, podemos compreender que a trajetória da CTR fortaleceu seus participantes e proporcionou um potente instrumento de gestão pública.

A história das políticas de saúde no Brasil é construída a cada dia pela atuação de diversos setores da sociedade, com destaque aos usuários, trabalhadores e governos que podem interferir com iniciativas que caminham em direção às transformações, segundo Nascimento.⁽¹⁹⁾

Este trabalhador-cidadão é aquele que busca o resultado de suas ações, se responsabilizando por ele. Este trabalhador-cidadão é aquele que se sente parte do problema e da solução.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2009.
2. Bourdieu P. L'école conservatrice. Les inégalités devant l'école et devant la culture. *Revue française de sociologie*. 1966;7(3):325-47.
3. Setton M. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev Bras Educ*. 2002;20:60-70.
4. Carvalho Gd. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 4 ed. Campinas, SP: Editora Unicamp; 2006.
5. Dagnino E. Anos 90 – Política e sociedade no Brasil: Ed. Brasiliense; 1994.
6. Amaral L. Deficiência: questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. *Cadernos de Psicologia*. 1996;1:3-12.
7. Amaral L. Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules. São Paulo: Robe editorial; 1995.
8. Pacheco K, Alves V. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiátrica*. 2007;4(14):242-8.
9. Di Nubila H, Buchalla C. O Papel das Classificações da OMS- CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(2):324-35.
10. Garcia V. As pessoas com deficiência na história do Mundo. Campinas: Bengala Legal; 2011 [10 jul 2014]; Available from: www.bengalalegal.com/pcd-mundial

11. Carvalho L. Reabilitação dos deficientes físicos na Brasil. Rev Paulista de Hospitais. 1963;7(5):11-7.
12. Silva O. A Epopéia ignorada: A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS; 1986.
13. Souza A. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. Enfermería Global. 2011;24:290-306.
14. Turato E. Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epidemiológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisbo: Edições 70; 1979.
16. Pessini L, Ferrari M, Gonçalves M. Reabilitação: de um olhar histórico aos desafios contemporâneos. O Mundo da Saúde. 2008;30(21):5-9.
17. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. Ciênc Saúde Coletiva. 1997;2(1/2):5-20.
18. APAE BRASIL - Federeação Nacional das Apaes. Movimento Apaeano: a maior rede de atenção à pessoa com deficiência. Brasília: APAE; [cited 12 maio 2014]; Available from: <http://www.apaebrasil.org.br/artigo.phtml/2>.
19. Nascimento E, Correa CdS, Nozawa M. O Município de Campinas e a organização da secretaria municipal de saúde. Rer Ciênc Méd. 2007;16(3):161-73.
20. Fundação Dorina Nowill. Deficiência visual. São Paulo: Fundação Dorina Nowill; 1993 [cited 10 jan 2014]; Available from: <http://www.fundacaodorina.org.br/deficiencia-visual/>.

21. AMAPA. Secretaria de Estado da Saúde. Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Amapa: Secretatia de Estado da Saúde; [16 fev 2014]; Available from: http://www.saude.ap.gov.br/lista.php?cd_area=9&cd_dominio=66.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006; 2:[Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf.
23. Toldrá R, Pérez M, Matta M. Caracterização da Assistência aos Portadores de Deficiência Física nos Serviços públicos de Saúde em Campinas. Cad Ter Ocup UFSCar. 2000;8(1):13-37.
24. Cesar C. Pesquisa Intervenção com apoio matricial: múltiplas vias para o cuidado em saúde [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
25. CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Estrutura do SUS - Campinas. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2009 [12 maio de 2014]; Available from: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/sus_campinas.htm#estrut.
26. Jantsch A, Bianchetti L. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis: Vozes; 2000.
27. Furtado J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interfact- Comunicação, Saúde, educação. 2007;11(22):239-55.
28. Campos G. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde coletiva. 1999;4(2):393- 403.

29. Campos G, Minayo M, Akerman M, Drumond JM, Carvalho Y. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 2006.
30. Almeida M, Campos G. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. Rer Ter Ocup Univ São Paulo. 2002;13 (3).
31. Czeresnia D, CM F. Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: ED. Fiocruz; 2003.
32. Eco H, Martini M. Em que crêem os que não crêem? São Paulo: Editora Record; 1999.
33. Marx K, Engels F. Obras escolhidas. São Paulo: Alfa-Ômega.
34. Winnicott D. Os Bebês e suas mães. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

APÊNDICE 1

MANUAL: ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

a) Deficiência: o olhar centrado nas capacidades:

Classicamente, as abordagens clínicas sobre as pessoas, com deficiência, focalizam as perdas sofridas ou os ganhos não alcançados por elas, dando ênfase ao quadro mórbido gerador da deficiência.

Mais recentemente, levando-se em conta que a limitação do indivíduo articula-se, em grande medida, com a existência de barreiras e limites no seu meio social e que sua autonomia está possivelmente condicionada à eliminação dessas barreiras, vem sendo fortalecido o conceito de acessibilidade. Essa nova abordagem enfatiza a vivência num mundo mais acessível, além de oferecer os apoios que aumentarão as oportunidades do indivíduo levar uma vida pessoal satisfatória.

Os serviços e setores que compõem a CTR tendem a focalizar suas ações no desenvolvimento integral do ser humano, potencializando os recursos que ele possui para desenvolver suas capacidades e faz uso das duas classificações de referência para as descrições do estado de saúde aceitas pela Organização Mundial de Saúde: a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de funcionalidade (CIF).

b) Prevenção:

Engloba o acompanhamento pré-natal com atenção à gestante de risco; acompanhamento de puericultura com calendário vacinal e atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor do bebê; acompanhamento do escolar em saúde bucal, orientação de dieta e orientação postural; acompanhamento de grupos de patologias crônicas como: diabetes, hipertensão arterial e catarata; ações socioeducativas como riscos de exposição a ruídos, riscos das doenças ocupacionais, da violência urbana e outras.

Na maternidade, inicia-se com medidas como o teste do pezinho; a triagem auditiva neonatal com a protetização auditiva quando necessário; o teste do reflexo vermelho para a avaliação visual; a detecção do bebê de risco neurológico e seu encaminhamento para estimulação oportuna.

O cérebro da criança não é uma réplica em miniatura do cérebro adulto. Ele tem, de acordo com a idade cronológica, características anatômicas e fisiológicas peculiares.

Nos primeiros anos de vida, o processo de maturação, em escala crescente, proporcionará perda das funções primitivas, aquisições novas e aperfeiçoamento das novas funções adquiridas. Uma criança, neste período etário, pode apresentar o exame neurológico sem sinais focais, mas o desenvolvimento neuropsicomotor alterado.

Estes atrasos podem ser evitados, promovendo-se a identificação e acompanhamento pré-natal das gestantes de risco e posteriormente detectando-se na maternidade os recém-nascidos de risco, oferecendo a eles ações de intervenção oportuna.

Intervir oportunamente consiste em tratar o recém-nascido de risco com base na adequação dos padrões motores anormais, com técnicas terapêuticas bem planejadas. Ações simples que devem ser realizadas por um profissional especializado (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros), apto a lidar com as fragilidades do recém-nascido.

Sugere-se que ocorra em grupos de até oito mães com seus respectivos bebês, orientadas pelo estimulador. A frequência mínima recomendada para os encontros é de duas vezes por semana, com orientação para manutenção dos exercícios em casa.

A avaliação neuropsicomotora evolutiva deve ocorrer em conjunto com a equipe de pediatria da unidade básica de saúde de referência do local onde reside o bebê.

A alta deve ocorrer no máximo no segundo ano de vida para as crianças que não desenvolveram sequelas. Aquelas que apresentaram algum atraso detectável, no seu desenvolvimento neuropsicomotor, devem ser encaminhadas aos atendimentos de apoio.

Com relação à pessoa adulta, os programas de educação e orientação são a melhor maneira de se prevenir os processos mórbidos que podem resultar em deficiência: estratégias intersetoriais de prevenção de acidentes e violência (acidentes domiciliares e de trânsito constituem fatores etiológicos importantes na área de reabilitação, bem como sequelas de violência interpessoal), programas de prevenção de patologias cardiovasculares e seus fatores de risco (evitando acidentes vasculares encefálicos e / ou amputações), incentivo ao controle de diabetes e da hipertensão arterial e a promoção dos bons hábitos de saúde.

c) Atenção às diversidades na infância:

O avanço tecnológico, na área da saúde infantil, vem desenvolvendo um duplo papel neste contexto: se por um lado promove a melhoria da assistência pré e perinatal, prevenindo formas de deficiências decorrentes de hipóxia neonatal, desnutrição intra uterina, infecções congênitas e outras; por outro lado, viabiliza bebês prematuros extremos, com peso de nascimento menor que um quilograma, de alto risco para o desenvolvimento de sequelas que podem resultar em futuras deficiências.

As ações de reabilitação de apoio à infância têm a finalidade de desenvolver as capacidades da criança com algum atraso em seu desenvolvimento.

O olhar da equipe é voltado para a atenção integral à criança, desde a promoção do desenvolvimento saudável em seus diferentes aspectos: afetivo, neuropsicomotor, da fala / linguagem; à prevenção de doenças, agravos e incapacidades; e a reabilitação propriamente dita, com vistas à inclusão social. São ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais e estão organizadas nas diferentes áreas de atuação (médica, fisioterápica, fonológica, de terapia ocupacional, psicológica, de assistência social, e outros) com encontros individuais e em espaços terapêuticos grupais, envolvendo também as famílias (cuidadores), com um técnico de referência para cada caso.

De acordo com a especificidade da população atendida, ocorrem outras ofertas como: oficinas terapêuticas, de Arteterapia, Práticas Integrativas, Treinamento em linguagem brasileira de sinais, Equoterapia e Zooterapia.

Vale ressaltar que todas as crianças devem estar inseridas, na rede regular de ensino, desde a pré-escola, que o trabalho das equipes de apoio deve estar sintonizado com o trabalho escolar e com o trabalho das unidades básicas de saúde, nas equipes de saúde da família, com encontros regulares das equipes e com plano terapêutico – educacional singular.

d) Oficinas terapêuticas e profissionalizantes:

Embora a educação inclusiva seja uma realidade e um maior número de crianças e adolescentes, com deficiência, esteja contemplando sua educação escolar com chance de sucesso profissional; na idade adulta, grande parte dessa população jovem, com alguma deficiência, ainda se depara com dificuldades nessa área, comprometendo em muito seu ingresso no mercado de trabalho na vida adulta.

A oficina terapêutica é um recurso que emprega a vocação pessoal, como meio de educação e habilitação do indivíduo com deficiência, com o objetivo de prepará-lo

para assumir futuramente uma atividade produtiva, mesmo que em ambiente protegido. É uma etapa intermediária entre a escola e o trabalho produtivo que se destina ao adolescente e ao adulto.

O enfoque deve ser quanto ao processo de desenvolvimento do aprendiz não se exigindo, portanto, nesta etapa, a qualidade de produtos confeccionados ou do serviço prestado.

O objetivo é promover habilitação básica através de: desenvolvimento intelectual, emocional, social e físico; desenvolvimento de atividade específica; autossuficiência; identificação e interação com o grupo; vivências humanas e sociais; tolerância e resistência ao trabalho; ajustamento pessoal.

A equipe técnica, interdisciplinar, deve contar minimamente com a presença do psicólogo ou do terapeuta ocupacional, do assistente social, de educadores e monitores.

Diferente da Oficina Terapêutica, na Oficina Profissionalizante a expectativa maior é a produção ou prestação de serviço com qualidade, sendo o trabalhador remunerado para tal.

Devemos estar cientes de que todo o indivíduo desenvolve-se e tende a evoluir de acordo com suas características próprias, com sua história de vida e com os estímulos que recebe.

Nesta concepção, vale ressaltar que o fim comum das oficinas é desenvolver as potencialidades destes seres humanos e torná-los mais independentes possíveis, protagonistas de seu processo de reabilitação e independência.

e) Reabilitação física:

Embora os processos de reabilitação tenham como enfoque principal as potencialidades dos indivíduos e o incentivo à sua melhor funcionalidade de maneira singular, algumas patologias, que podem gerar deficiência, têm alta incidência e prevalência, apresentando características próprias, que permitem suas ações em programas, sem a intenção de focar a doença, mas mantendo o olhar na funcionalidade e nos apoios.

Programa de Acidente Vascular Encefálico (AVE):

Trata-se de uma das principais causas de morte no mundo. Esse elevado índice deve-se a fatores de risco como: tabagismo, obesidade, colesterol elevado, hipertensão, diabetes, depressão, doenças cardiovasculares, sedentarismo e alimentação inadequada.

O indivíduo deve receber atendimento interdisciplinar composto por grupos de educação e saúde e atendimentos integrados nas áreas de clínica médica, neurologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem, craniopuntura e outros. Esses tem a finalidade de contribuir com a orientação aos cuidadores e do próprio indivíduo sobre a importância de sua participação no processo de reabilitação; atendê-lo em sua recuperação funcional, com a valorização de sua atuação nas atividades da vida diária, incentivando sua maior autonomia e independência possível; informar quanto aos direitos e recursos existentes na busca da inclusão social; fornecer órteses e meios auxiliares de locomoção.

A afasia é uma alteração no processo da fala frequente, como sequela de AVE e outros comprometimentos cerebrais. O trabalho interdisciplinar, com o grupo de afásicos, complementa o trabalho do grupo de AVE.

Programas de Amputações:

O programa voltado ao indivíduo, que sofreu uma amputação, tem como objetivo a preparação deste para o retorno às suas atividades sociais e profissionais, possibilitando a sua autonomia. Consiste na indicação de uma prótese musculoesquelética e no treinamento das atividades de vida diária e vida prática com a prótese ou, na contra indicação desta, com a adaptação à nova condição de dificuldade de mobilidade e o uso de cadeira de rodas. O trabalho deve ser desenvolvido por equipe interdisciplinar que prioriza a condição biopsicossocial do paciente. Compreende uma avaliação inicial com a assistente social, equipe médica e de enfermagem; preparo e treino para o uso do equipamento pelo fisioterapeuta, pelo terapeuta ocupacional e, se necessário, inclusão em oficinas com apoio do psicólogo, além dos grupos de educação em saúde.

Programa de Lesão Raquimedular:

Destinado à pessoa com deficiência física, decorrente de trauma ou doença medular, os traumas medulares estão diretamente ligados ao crescimento anárquico e violento das grandes cidades: acidentes automobilísticos, motociclísticos, ferimento com arma de fogo, acidentes com mergulhos e outros.

O programa tem por objetivos: recuperação das funções comprometidas possíveis; promoção do autoconhecimento do indivíduo em sua nova condição de vida e os riscos à saúde associados a ela (infecções do trato urinário, constipação intestinal, infecções pulmonares, úlceras de pressão...); proporcionar mecanismos que promovam autonomia, acesso e inclusão social, potencializando ao máximo a independência em atividades de vida diária e prática. Inclui também, se necessário, a oferta de oficinas terapêuticas e de educação em saúde.

Programa Corpo em Movimento:

São grupos terapêuticos de atendimentos às pessoas com patologias crônicas musculoesqueléticas. Trazem ao indivíduo a possibilidade de compreender sua patologia, ter motivação para executar em casa as orientações de exercícios e de respiração propostos, ter percepção corporal para atingir a analgesia. As técnicas utilizadas são: consciência corporal, movimento vital expressivo, Tai-Chi-Chuan, Chikun e Lian Gong.

f) Reabilitação visual:

A aprendizagem visual é dependente, não apenas do olho, mas também da capacidade do cérebro de aprender qualquer informação vinda dos olhos, codificando, selecionando e organizando em imagens, e armazenando para associação com outras mensagens sensoriais.

Baixa visão ou Visão Subnormal (VSN) é uma perda severa da visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico nem por lentes convencionais.

Também pode ser descrita como qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade ou diminua em demasia o desempenho visual.

Pessoas com baixa visão são aquelas que apresentam somente condições de indicar projeção de luz, até aquelas cujo grau de redução da acuidade visual interfere ou limita seu desempenho social e profissional. Seu processo de reabilitação se desenvolverá, principalmente, por meios visuais com a utilização de recursos específicos.

Reabilitação Visual é a ação profissional que visa promover o desenvolvimento funcional, em pessoas com visão subnormal, através de um processo sequencial, sistemático e gradativo de estimulação visual, conduzindo à aprendizagem visual.

Quando a visão é deficiente, a pessoa com visão subnormal deve ser guiada cuidadosamente, passo a passo, no seu desenvolvimento visual, a fim de aprender como usar a visão que possui e compreender o que pode ver.

O programa de reabilitação visual se realiza em três abordagens distintas: individualmente; em grupo, com outras pessoas com baixa visão e comunitária, com pessoa inserida no seu meio.

Compreende a utilização de testes padronizados, para avaliação funcional da visão; atividades de leitura e escrita, com materiais adaptados quanto ao tamanho e espessura da letra, contraste, distância entre as pautas; uso de apoio inclinado para atividades que envolvem a visão de perto, especialmente para pacientes idosos; preparação do ambiente, com condições adequadas de iluminação, de

acordo com as exigências da patologia apresentada pela pessoa com VSN, e o uso adequado de recursos para magnificação da imagem: ópticos, não ópticos e eletrônicos.

g) Reabilitação auditiva:

O programa de reabilitação auditiva tem o propósito de atender pessoas com deficiência auditiva: crianças, adolescentes, adultos e idosos, objetivando proporcionar-lhes orientação, promoção da saúde auditiva, comunicação mais efetiva e reabilitação. É de suma importância iniciar o mais cedo possível este processo, imediatamente após a adaptação ou readaptação de aparelhos de amplificação sonora, individual (AASI), especialmente no período da vida em que se dá o desenvolvimento da linguagem, infância e fase de escolaridade.

Além do uso de AASI, que vai proporcionar a interação com o mundo sonoro, é preciso vivenciar o processo de aprendizado através da audição com aparelhos. Este processo é denominado reeducação auditiva. A reeducação auditiva prevê um acompanhamento fonoaudiológico, pedagógico e otorrinolaringológico que irão auxiliar no desenvolvimento da linguagem, bem como o suporte familiar, integrando a família ao processo.

Desta forma, a pessoa, com deficiência auditiva, poderá desenvolver a oralidade e a língua gestual, através da língua brasileira de sinais.

O processo de trabalho prevê a identificação precoce, as avaliações audiológicas completas, o diagnóstico preciso, o tratamento adequado a cada pessoa, promovendo assim a inclusão social do deficiente auditivo.

h) Apoio pervasivo:

Tem como objetivos básicos favorecer uma maior independência em atividades de vida diária como: atividades de reforço na independência em vestir, iniciar, finalizar e organizar materiais e roupas; desenvolver hábitos de higiene: banho, escovação de dente, estimulação e esquema corporal, controle esfinteriano, adequação na alimentação, mastigação e deglutição. Priorizar o contato e maior independência em atividades de vida prática: atravessar ruas, andar na calçada; abrir e fechar portas, torneiras, apagar e acender luzes; organização do ambiente (limpeza, roupas, materiais). Investir na socialização e comunicação com o meio: esperar a vez; brincadeiras de dupla, de roda, jogos; vivência externa em recursos públicos que a cidade oferece; expressões gestuais, corporais, verbais. Desenvolver a capacidade de locomoção do indivíduo: rolar; arrastar-se; engatinhar; andar.

Preparar os casos possíveis para escolaridade: trabalhar atenção e tolerância; postura e habilidade perceptivas e manuais.

Pela complexidade dos casos, há necessidade de reuniões rotineiras para elaboração do plano terapêutico singular, nas quais o conhecimento específico, de cada profissional, vai sendo cotidianamente compartilhado, passando a integrar o saber da equipe.

i) Equoterapia:

A Equoterapia é um instrumento terapêutico abrangente que reúne em si estímulos afetivos, interacionais, sensitivos, sensoriais e motores. Pode ser indicada para inúmeras patologias que acometem o sistema nervoso. No cuidado da criança, é indicada principalmente nas patologias que comprometem o desenvolvimento neuropsicomotor como: paralisia cerebral, deficiência intelectual, transtornos invasivos do desenvolvimento. No adulto, é indicada nos quadros sequelares de doenças vasculares, traumáticas, tumorais e degenerativas.

Para o atendimento equoterápico, faz-se necessária a indicação médica e a avaliação interdisciplinar de profissionais das áreas de saúde e educação, com o objetivo da realização de um plano individualizado.

A equipe deve ser ampla, composta pelos seguintes profissionais: médico, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, pedagogo, fonoaudiólogo, educador físico e assistente social.

O cavalo, a ser utilizado, deve ser determinado pela equipe, que avaliará a conformação e andamento do mesmo. O animal possui ritmo, ajuste tônico, estímulos sensitivos, táteis, sinestésicos, visuais, auditivos e olfativos, o que também influencia a escolha em função da patologia e características do praticante. Também é necessário estipular o tipo de material a ser utilizado no cavalo: uso de manta ou cela, que tipo de estribo, que tipo de montaria, etc.

A Equoterapia serve como um tratamento de suporte, complementar a outros apoios, devendo ser realizado uma vez por semana, com duração de 30 minutos.

APÊNDICE 2

MODELO DOS QUESTIONÁRIOS

Avaliação da Área de Reabilitação – novembro 2010

1. Nome:
2. Função:
3. Desde quando trabalha no CRR:
4. Em sua opinião, quais pontos positivos podem ser apontados com a implantação da área de reabilitação?
5. Quais pontos negativos podem ser apontados?
6. Qual foi o impacto que esta forma de se organizar causou diretamente no seu trabalho?
7. Quais são suas sugestões para o próximo ano?

Avaliação da Área de Reabilitação – novembro 2011

1. Nome:
2. Função:
3. Desde quando trabalha no CRR:
4. Das sugestões enviadas no ano passado, quais foram concretizadas?
5. Qual foi o impacto delas no seu processo de trabalho?
6. Quais pontos positivos podem ser apontados?
7. Quais pontos negativos?
8. Se suas sugestões não foram concretizadas, qual foi o motivo?
9. Quais são suas sugestões para o próximo ano?

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, _____, RG _____, trabalhador da equipe técnica do Centro de Referência em Reabilitação da Secretaria Municipal de Campinas dou meu consentimento livre e esclarecido para o uso dos questionários por mim respondidos ao gestor da área de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, nos anos de 2010 e 2011 para ser fonte de dados do trabalho intitulado: “Câmara Técnica de Reabilitação: a gestão colegiada na ótica do trabalhador do SUS – Campinas”, sob a orientação das Prof. (as) Dras. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima e Maria de Fátima Campos França e responsabilidade da aluna Maria Luiza Ardinghi Brollo.

Fui esclarecido (a) e tenho ciência de que:

Esta pesquisa tem por objetivo analisar a implantação de uma nova forma de gestão: a Câmara Técnica de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas na percepção dos trabalhadores da equipe técnica de um centro de referência em reabilitação.

Tenho a liberdade de recusar ou de retirar o consentimento em qualquer período, sem penalização alguma. A qualquer momento posso buscar, junto ao responsável do estudo, esclarecimentos de qualquer natureza.

Declaro ter ciência de que os resultados da pesquisa serão utilizados para fins pedagógicos e científicos, incluindo-se apresentação do material coletado em eventos científicos e acadêmicos, além de publicações.

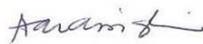
O pesquisador poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos sobre dúvidas relacionadas a esta pesquisa pelo telefone (19) 99790-0043, e pelo endereço: Rua Santa Tereza, 288 San Conrado - CEP 13.104-166 (Sousas) Campinas – SP, e-mail: luizaneuro@terra.com.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Estadual de Campinas – Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – Cidade Universitária “Zeferino Vaz” – CEP 13.083-887 – Campinas / SP. Telefone: (19) 3521-8936 – e-mail: cep@fcm.unicamp.br, receberá denúncias e/ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa.

Campinas, ____ / ____ / ____.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador:



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO DO USO DE DOCUMENTOS PÚBLICOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa intitulada “**Câmara Técnica de Reabilitação: A Gestão Colegiada na ótica do trabalhador do SUS-Campinas**”, que tem por objetivo analisar, na percepção dos trabalhadores de um centro de referencia em reabilitação, a implantação da Câmara Técnica de Reabilitação como uma nova forma de gestão.

Declaro estar ciente que a Pesquisa será desenvolvida por estudante do Programa de Pós-Graduação – Nível Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, consistindo em análise de documentos produzidos no período de 2006 a 2011 e análise de questionários de avaliação preenchidos por profissionais do Centro de Referência em Reabilitação durante os anos de 2010 e 2011, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima.

Campinas, 01 de março de 2013


Cármino Antonio de Souza
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câmara Técnica de Reabilitação e Gestão Colegiada na Ótica do Trabalhador do SUS Campinas

Pesquisador: Maria Luiza Ardinghi Brollo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29341114.6.0000.5404

Instituição Proponente: Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 651.591

Data da Relatoria: 19/05/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo pretende verificar o impacto que a forma de gestão instituída na Câmara Técnica de Reabilitação (instituída em 2006 pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas) trouxe para o cotidiano dos trabalhadores do SUS-Campinas ligados a este órgão, e para o atendimento de seus usuários. Os instrumentos de gestão e avaliação utilizados pela Câmara incluem avaliação mensal dos atendimentos prestados por todos os serviços de referência, avaliação do risco / morbidade neonatal, avaliação da demanda de meios assistivos (órteses e próteses musculoesqueléticas, cadeiras de rodas, aparelhos de amplificação sonora, teléuplas e outros); questionários de avaliação para trabalhadores expressarem suas expectativas; apresentação dos resultados pertinentes ao Conselho Local de Saúde do Centro de Referência em Reabilitação, ao Conselho Municipal das Pessoas com Deficiência e ao Conselho Municipal de Saúde. O projeto irá analisar, além de documentos produzidos pela Câmara a partir de 2006, mais especificamente

os questionários aplicados aos trabalhadores nos anos de 2010 e 2011.

Objetivo da Pesquisa:

- Avaliar a proposta de gestão da Câmara Técnica de Reabilitação, visando a compreender as mudanças de atitude na relação dos trabalhadores do Centro de Referência em Reabilitação.
- Identificar pontos positivos e negativos que a implantação da Câmara Técnica de Reabilitação

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 651.591

trouxe, de acordo com a visão dos trabalhadores de um Centro de Referência em Reabilitação.

- Conhecer possíveis mudanças que esta forma de organização de trabalho e gestão trouxe para o cotidiano de um centro de reabilitação.

- Analisar as sugestões apresentadas pelo grupo de trabalhadores de um centro de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não parece haver riscos previsíveis para os participantes, já que serão contatados aqueles trabalhadores que responderam aos questionários nos anos de 2010 e 2011. A eles será apresentado o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido (TCLE) e participarão do estudo aqueles que assinarem o termo. Os benefícios serão indiretos, advindos da compreensão do impacto (ou não) da forma de gestão da Câmara, permitindo desenvolver uma reflexão sobre políticas públicas para portadores de deficiências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando que o desfecho esperado pode trazer uma reflexão sobre políticas públicas para o atendimento de pessoas com deficiências, o projeto pode ser caracterizado como de relevância. Os eventuais participantes são pessoas diretamente envolvidas com o órgão pesquisado e já responderam aos questionários que serão utilizados como um dos documentos na elaboração dos resultados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto deixa claro como serão convidados os participantes e os motivos pelos quais serão incluídos.

Apresenta a Folha de Rosto assinada pela Coordenadora do CEPRE/FCM/Unicamp, onde a pesquisa será desenvolvida, bem como autorização para a coleta e uso de dados assinada pelo Secretário Municipal de Saúde de Campinas.

Apresenta também o TCLE que contém as informações necessárias sobre a pesquisa, sobre a pesquisadora responsável e sobre o CEP/Unicamp.

Os documentos de apresentação obrigatória estão em conformidade com a Resolução CNS 4667-2012 e complementares.

Recomendações:

Não há novas recomendações, considerando que o projeto reapresentado corrigiu aquilo que o parecer consubstanciado apontava como pendência, a saber, o ajuste do cronograma e dos TCLEs,

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

FACULDADE DE CIENCIAS
MEDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



Continuação do Parecer: 651.591

salientando aos participantes o recebimento de sua cópia de direito.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, após resolução de pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- Cabe ao pesquisador desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, elaborar e apresentar os relatórios parciais e final, bem como encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto (Resolução 466/2012 CNS/MS).
- Os relatórios deverão ser enviados através da Plataforma Brasil- ícone Notificação.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada (com destaque- tarja amarela) e suas justificativas, antes de serem implementadas.

CAMPINAS, 18 de Maio de 2014

Assinado por:
Fátima Aparecida Bottcher Luiz
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br