

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL)**

LUCIANO SILVEIRA PACHECO DE MEDEIROS

**INTERLOCUÇÃO ENTRE CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO E
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**CRICIÚMA
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na publicação

M488i Medeiros, Luciano Silveira Pacheco de.
Interlocação entre centro especializado em reabilitação e
atenção primária à saúde / Luciano Silveira Pacheco de
Medeiros. – 2017.
75 p : il. ; 21 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul
Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, Criciúma, SC, 2017.

Orientador: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Redes de Atenção a
Saúde. 3. Deficientes – Reabilitação. 4. Pessoa com
deficiência – Reabilitação. I. Título.

CDD. 22^a ed. 362.10981

LUCIANO SILVEIRA PACHECO DE MEDEIROS

**INTERLOCUÇÃO ENTRE CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO E
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

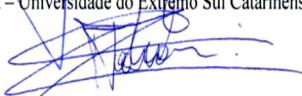
Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 31 de outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt - Doutora – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) - Orientadora


Prof. Jacks Soratto - Doutor – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)


Prof. Robson Pacheco - Doutor – Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo Vancouver e as citações pelo sistema de chamada número da ABNT. Este trabalho foi realizado no cenário de práticas do Centro Especializado em Reabilitação (CER II/UNESC) no município de Criciúma, Santa Catarina.

Eu poderia dedicar esse trabalho:

A minha mãe, **Maria da Glória Silveira Evangelista**, minha base, meu chão ...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...também ao meu pai, **Rubens Martins Evangelista**, ser humano simplesmente maravilhoso, ranzinza e rabugento, mas meu pai, pai no verdadeiro sentido da palavra: pai amigo, pai protetor, pai amoroso, simplesmente pai. Que esteve ao meu lado em todas as fases da minha vida. Que segurou minha mão e me conduziu pelos caminhos iniciais da minha vida. Com quem aprendi a ser honesto, a ser íntegro, a ser homem...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...aos meus irmãos: **Júlio Cesar Nunes Evangelista, Patrícia da Silva e Gean Pierre**...seres humanos ímpares e especiais.

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...à algumas amigas de longa data, amigas de todos os momentos, amigas de todas as vidas: **Janaína da Costa Carvalho, Vanessa Rocha Lima Souza, Fabiana Dallagnolo, Renata Sá Fortes Régis, Luciana Duarte Silva e Rosana Mara da Silva**...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...à algumas pessoas do Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNESC, pessoas especiais demais, pessoas com quem sorrio diariamente, pessoas com quem somos experiências e sonhos e anseios e angústias e felicidades: **Elaine Meller Mangilli, Bruno Minotto Bom, Daiana Ruchert Gobbo e Luana Ramos Bez**...profissionais com quem aprendo todos os dias e com quem ampliei meus conhecimentos e valores enquanto pessoa e enquanto profissional...com quem rio e que conseguem deixar meus dias mais leves enquanto atuo profissionalmente.

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...aos professores do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da UNESC...especialmente: à **Profa. Dra. Lisiane Tuon**, minha orientadora, que acreditou em mim e apostou suas fichas nesse trabalho; à **Profa. Dra. Ingrid Dalira Schweigert Perry**, ser humano simplesmente extraordinário, com quem passei momentos maravilhosos e divertidos durante o percurso realizado até aqui; ao **Prof. Dr. Antônio José Grande**, com quem aprendi a gostar de Bioestatística e

Epidemiologia e com quem tive muitas conversas no horário do almoço...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...à alguns amigos que fiz durante meus dois anos de caminhada, mas principal e incondicionalmente à **Fernanda de Souza Fernandes**, um ser humano único, dotado de grandeza surpreendentemente invejável...com quem dividi momentos de angústia, momentos de felicidade e gargalhadas que deixarão saudades...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...à uma pessoa que admirei desde o primeiro momento em que conheci e tive a graça de ser seu aluno. Um homem de conhecimento e caráter invejáveis. Que me incentivou em nosso primeiro encontro a correr atrás do meu sonho que era esse Mestrado: **Prof. Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajewski**...

Eu poderia dedicar esse trabalho...

...àquelas que conheço há 23 anos...que participaram e participam da minha vida em diversos momentos que lembro desde que cheguei em Santa Catarina. Que me inspiram enquanto Enfermeiro e enquanto ser humano. Que me impulsionam e me fazem crescer (pessoal e profissionalmente) numa simples conversa de corredor quando esse é o único tempo que nos resta. Que me trazem à realidade quando desta eu saio: **Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta e Profa. Dra. Mágada Tessmann**...

Eu poderia dedicar esse trabalho à todas essas pessoas...e dedico sim, mas indiretamente...a pessoa para quem dedico esse trabalho, realmente, responde pelo nome de

Marco Antônio de Medeiros

Com quem sou casado há nove anos...que é incontestavelmente o maior amor com que uma pessoa pode ser agraciado. Concordo, em parte. Amor de mãe sim, mas também amor do Marco Medeiros.

Sou melhor enquanto profissional. Sou melhor enquanto pessoa e tudo isso devo a ele.

Praticamente dez anos ao meu lado. Cuidando de mim. Zelando por mim. Guiando-me. Aceitando-me. Encantando-me. Encanto-me com sua disposição e disponibilidade ao amor. À soma de experiências. À soma dos nossos sonhos.

Agradecimentos

Agradeço a todos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), e, também, aos profissionais do Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNESC, que acompanharam diariamente a luta que foi minha caminhada rumo ao meu sonho. Não posso esquecer, ainda, de agradecer especialmente à duas pessoas maravilhosas que muito me auxiliaram enquanto Secretarias do PPGSCol: **Lucília França Lodetti** e **Mariléia Maciel**, que, durante o processo de construção da minha história, contribuíram com suas próprias histórias, somando, servindo de ponte, conduzindo-me pelos belos caminhos do conhecimento, esculpindo-me, lapidando-me às suas formas, de ser e de agir, profissionais éticos e verdadeiramente comprometidos com a profissão e com a universidade. Aos Professores **Dr. Robson Pacheco** e **Dr. Jacks Soratto** e suas importantes contribuições enquanto membros da minha banca avaliadora. E como esquecer de agradecer ao amigo, também Enfermeiro, com quem dou sonoras gargalhadas, mas com quem aprendo sempre e sempre e sempre e para quem tenho profunda admiração e respeito, **Prof. Me. Ronaldo Perfol**.

“[...] deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino [...].”

Mário Quintana

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se na porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pela ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) prestando assistência de forma horizontal aos usuários, garantindo acesso a todos os níveis de atenção. Conforme a Portaria n. 793/2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), e as diretrizes para o cuidado à pessoa com deficiência, auxiliando esse sujeito no enfrentamento dos estigmas por ela impostos, além de empoderá-lo e reintegrá-lo à sociedade. A RCPD estrutura e articula seus trabalhos sobre quatro grandes eixos estabelecidos por meio da Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: acesso à educação; acesso à saúde; inclusão social e acessibilidade. Prevê a interlocução entre todos os atores sociais envolvidos no processo de reabilitação, tendo como instrumentos de trabalho o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a escuta qualificada e a clínica ampliada. Prevê, ainda, a articulação entre os pontos da rede de assistência à saúde. **Objetivos:** O trabalho teve enquanto objetivos a análise da interlocução existente entre o CER II/UNESC e a APS por meio do sistema de contrarreferência; a estratificação do perfil epidemiológico dos pacientes com comprometimento motor, atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017; verificar o ponto da RAS os usuários atendidos pelo CER II/UNESC. **Métodos:** Estudo de corte transversal retrospectivo, quantitativo e descritivo. Teve a entrevista semiestruturada aplicada por meio de inquérito telefônico como instrumento para a coleta dos dados e criação de banco de dados específico utilizando-se o software Microsoft Excel 2013. Para auxílio na tabulação dos dados, utilizou-se o software SPSS, versão 2.0. **Resultados:** O total da amostragem do presente estudo é 32 pacientes, sendo 71,9% (n=23) pacientes do sexo masculino, com média de idade de $\pm 55,25$ anos, 46,9% (n=15) moram no município de Criciúma, 71,9% (n=19) aceitos no CER II/UNESC para tratamento de reabilitação pós AVE. O tempo decorrido entre a lesão e sua admissão no serviço é de $\pm 87,31$ dias e, de permanência $\pm 224,91$ dias. Dessa amostragem, 81,3% (n=26) relatam ter recebido nota de alta, sendo que 56,3% (n=18) não utilizou. 87,5% (n=26) inferem que não foram procurados pela APS para a continuidade da assistência inicialmente prestada e, desses, 56,3% (n=18) não tiveram encaminhamento para os serviços dos quais que foram referenciados no momento da alta. 62,5% (n=20) dos sujeitos do estudo relatam, ainda, necessitarem de alguma assistência, na sua maioria, de médico especialista (12,5%, n=4). **Considerações finais:** observou-se a

relação fragilizada entre APS e o CER II/UNESC, com consequente interlocução deficitária. Os pacientes atendidos encontram uma APS ineficaz dos pontos de vista organizacional, humano e dos processos de trabalho. Não conseguem reinserção quando do momento de suas altas, tendo suas necessidades de saúde descobertas pelo sistema, fazendo com que suas potencialidades não sejam atingidas, agravando, assim, seus prognósticos. Observou-se, ainda, a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência e a falta de comprometimento e corresponsabilização e consequente inexistência do sentimento de protagonismo por parte dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pessoa com Deficiência. Singular. Reabilitação. Sistema Unico de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is the gateway to the Unified Health System (SUS), responsible for ordering the Health Care Networks (RAS), providing horizontal assistance to users, guaranteeing access at all levels of attention. According to n. 793/2012, the Ministry of Health establishes the Network of Care for the Disabled (RCPD), and the guidelines for the care of the disabled person, assisting this person in coping with the stigmas imposed by him, in addition to empowering him and reintegrating to society. The RCPD structures and articulates its work on four main axes established through the National Policy of the Rights of Persons with Disabilities: access to education; access to health; social inclusion and accessibility. It provides for the interlocution between all social actors involved in the rehabilitation process, having as working instruments the Unique Therapeutic Project (PTS), qualified listening and extended clinical practice. It also provides for the articulation between the points of the health care network. **Objectives:** The objective of this work was to analyze the existing dialogue between CER II / UNESCO and PHC through the counter-referral system; the stratification of the epidemiological profile of patients with motor impairment, seen at CER II / UNESCO during the years 2014-2017; check the point of RAS the users served by CER II / UNESCO. **Methods:** Retrospective, quantitative and descriptive cross - sectional study. The semi-structured interview was applied through a telephone survey as a tool for data collection and creation of a specific database using Microsoft Excel 2013 software. For the tabulation of data, SPSS software version 2.0 was used. **Results:** The total sample of the present study was 32 patients, with 71.9% (n = 23) male patients, mean age \pm 55.25 years, 46.9% (n = 15) living in the municipality of Criciúma, 71.9% (n = 19) accepted in CER II / UNESCO for rehabilitation treatment after AVE. The time elapsed between the injury and its admission to the service is \pm 87.31 days, and of permanence \pm 224.91 days. Of this sample, 81.3% (n = 26) reported having received discharge, and 56.3% (n = 18) did not use it. 87.5% (n = 26) inferred that they were not sought by the PHC for the continuity of care initially provided, and of these, 56.3% (n = 18) did not have referral services that were referenced at the time of high. 62.5% (n = 20) of the study subjects also reported that they needed some assistance, most of them specialist doctors (12.5%, n = 4). **Final considerations:** the fragile relationship between APS and CER II / UNESCO was observed, with consequent deficient interlocution. The patients treated find an APS ineffective from the organizational, human and work process points of view. They can not

be reinserted at the time of their discharge, having their health needs discovered by the system, so that their potentialities are not reached, thus aggravating their prognoses. It was also observed the fragility of the system of reference and counter-referral and the lack of commitment and co-responsibility and consequent non-existence of the feeling of protagonism on the part of the users.

Keywords: Primary Health Care. Person with Disability. Singular. Rehabilitation. Unified Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Componentes Operacionais da Redes de Atenção à Saúde.....	25
Figura 2 -	Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	26
Figura 3 -	Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	28
Figura 4 -	Fluxo de Referência e Contrarreferência dentro do SUS.....	31
Figura 5 -	Fluxo de Referência e Contrarreferência dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Idade dos pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017.....	41
Tabela 2 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o sexo.....	42
Tabela 3 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o município de origem.....	43
Tabela 4 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o diagnóstico médico.....	44
Tabela 5 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o tempo de lesão e a admissão.....	48
Tabela 6 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o tempo de permanência no serviço.....	48
Tabela 7 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, referenciados para a APS.....	49
Tabela 8 -	Finalidade que os pacientes deram para a nota de alta.....	50
Tabela 9 -	Realização de busca ativa pela APS aos pacientes atendidos no CER II/UNESC.....	51
Tabela 10 -	Pacientes atendidos no CER II/UNESC encaminhados pela APS após suas altas para a continuidade do tratamento, durante os anos de 2014-2017.....	52
Tabela 11 -	Serviços para onde os pacientes atendidos no CER II/UNESC foram encaminhados pela APS após suas altas.....	52
Tabela 12 -	Necessidade de atendimentos pela APS.....	53
Tabela 13 -	Natureza dos serviços que os pacientes necessitam após alta do CER II/UNESC.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMA	Associação dos Amigos do Autista
AMESC	Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conade	Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiências
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DI	Deficiência Intelectual
DIDH	Programa Diversidades, Inclusão e Direitos Humanos
DNCT	Doenças crônicas não-transmissíveis
EqAB	Equipe de Atenção Básica
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGSCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PRR	Programa de Reabilitação
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RCR	Referência e Contrarreferência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TRM	Traumatismo Raquimedular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASAU	Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ARTICULAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO.....	21
1.1.1	Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	23
1.1.1.1	<i>Centro Especializado em Reabilitação (CER).....</i>	28
1.1.1.1.1	Sistema de Referência e Contrarreferência (RCR).....	30
1.2	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II/UNESC.....	32
2	OBJETIVOS.....	35
2.1	OBJETIVO GERAL.....	35
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
3	MÉTODOS.....	36
3.1	HIPÓTESES.....	36
3.2	DESENHO DO ESTUDO.....	36
3.3	VARIÁVEIS.....	36
3.3.1	Dependentes.....	36
3.3.2	Independentes.....	36
3.4	LOCAL DO ESTUDO.....	36
3.5	POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	37
3.5.1	Crítérios de inclusão.....	37
3.5.2	Crítérios de exclusão.....	37
3.6	AMOSTRA.....	38
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	38
3.8	PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA.....	38
3.9	INSTRUMENTO DE COLETA.....	39
3.10	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	39
3.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICES.....	70
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	71
	ANEXOS.....	73
	ANEXO A – Carta de Aceite.....	74
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	75
	ANEXO C – Parecer Consubstanciado.....	77

1 INTRODUÇÃO

Uma sociedade que exclui uma parte dos seus membros é uma sociedade empobrecida. As ações que melhoram as condições para as pessoas com deficiência resultarão em se projetar em mundo flexível para todos. O que for feito hoje em nome da questão da deficiência terá significado para todos no mundo de amanhã.

- Declaração de Madri, 2003

Em determinado momento da história da humanidade, a necessidade de sair para a prática de atividades essenciais à sua subsistência, tais como a caça e pesca, tornou imperativa a imprescindibilidade de indivíduos fortes e perfeitos nas tribos. As mulheres ficavam responsáveis pela criação e pelos cuidados dos velhos e dos doentes. Outra atividade de extrema importância e essencial à sobrevivência de todos os demais membros de sua tribo era a capacidade de lutar contra seus inimigos naturais, colocando em evidência, aqueles que não dispunham de tais atributos de modo que as pessoas com alguma deficiência, os doentes e os velhos eram considerados inábeis para tais práticas, e, em muitos momentos, deixados para trás quando as tribos precisavam mudar de lugar ou até mesmo sacrificados como outras sociedades^{1,2}.

As pessoas com deficiências também passaram pelo processo de coisificação, servindo, dessa forma, para o deleite do público que pagava para ver as ‘aberrações’, diferenciados por suas características, normalmente físicas, considerando-os como animais e não como seres humanos diferenciados por suas características, normalmente físicas^{1,2}.

Para os gregos antigos, por exemplo, que sempre cultuaram o corpo, a força e o belo, crianças que nasciam com alguma má formação eram abandonadas à própria sorte para que morressem ou até mesmo sacrificadas, pois não ‘tinham utilidade’ para a guerra, pois apresentavam limitações e impeditivos evidenciados no momento do seu nascimento, num movimento discriminatório intencional. Em contrapartida, aqueles que sofriam algum tipo de mutilação em momentos de guerras eram cuidados e protegidos pelo Estado^{1,2}.

O entendimento das sociedades com relação aos ‘deficientes’ começou a mudar ainda que discretamente ou a mudar somente com o advento do Cristianismo, ofertando-se cuidados diferenciados, porém não integrativos nem inclusivos, e deixando ainda ficando à cargo de suas famílias e da Igreja a função de cuidar dessas pessoas¹⁻³.

As deficiências foram e são vistas, ainda hoje, pelas sociedades

conforme seus valores em determinado momento da sua história, sendo, inevitavelmente expressadas em conformidade com seus princípios nos campos ético, religioso, moral, filosófico e social. Para muitas sociedades eram as pessoas com deficiências vistas como ‘possuídas’ por entidades malignas.

[...] las personas nacidas con discapacidad eran tenidas como castigadas por los dioses, una vez que huían del patrón estético de belleza en la armonía de cuerpo y mente o en el desempeño de la fuerza física tanto para el desempeño de actividades brañas como para las actividades deportivas con el fin de garantizar las condiciones ideales de subsistencia y supervivencia⁴

Porém com o passar dos anos, as diversas religiões experienciaram o declínio do seu poder, e sua função enquanto produtora do saber foi substituída por instituições de outras naturezas, fazendo com que as pessoas com deficiências passem a serem vistas como “merecedoras” de tratamento político e social como as demais, tendo, dessa maneira, suas necessidades assistidas pelos sistemas de saúde¹⁻³.

Os primeiros escritos encontrados acerca da sistematização da assistência aos deficientes, agora com base científica, datam da Guerra da Criméia, quando Florence Nightingale descreveu intervenções de Enfermagem apropriadas para o cuidado e a reabilitação aos lesionados na guerra, porém somente a partir dos anos de 1940 esse ramo das ciências da saúde tiveram grande e importante desenvolvimento, com a criação das unidades de reabilitação física e a formação dos primeiros profissionais médicos especializados em Fisiatria⁵.

Partindo do princípio de que pessoas com deficiências são aquelas que apresentam algum impedimento, à longo prazo, de alguma de suas funções, sejam elas de natureza física, intelectual, sensorial ou, ainda, dois ou mais impedimentos de naturezas distintas, e que, necessitam de intervenções que interajam com essas diversas barreiras, facilitando, dessa maneira, sua participação plena e efetiva no dia-a-dia da sociedade, deixando-as em condições de igualdade com as demais pessoas, podemos, então pensar que atender as demandas dessas pessoas em suas comunidades de origem configuram-se na melhor estratégia assistencial, a fim de pactuarmos propostas terapêuticas que atendam às demandas percebidas pelos atores sociais envolvidos nesse processo⁶.

Quando falamos em assistir pessoas com deficiências, a atenção primária caracteriza-se enquanto importante campo para que possamos desenvolver práticas de caráter longitudinal de cuidados, principalmente quando visamos princípios tais como inclusão, socialização e direitos humanos, considerando, dessa maneira, então, questões sócio-históricas-culturais⁷.

Não podemos esquecer, contudo, que, conforme dito anteriormente, que conforme as sociedades foram se transformando, ora as pessoas com deficiências eram marginalizadas, sendo consideradas amaldiçoadas, ora eram consideradas semideuses, porém, até bem pouco tempo atrás, eram excluídas do contexto social no qual encontravam-se inseridas, mesmo que, quando o assunto em pauta é o cuidado às pessoas com deficiências, esse cuidado exige que valorizemos as condições intervenientes que permeiam tal contexto¹⁻⁸.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ARTICULAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO

A articulação da Atenção Primária em Saúde (APS) em redes de atenção teve seu início há pouco mais de quinze anos, com as primeiras experiências nos Estados Unidos, Canadá e Europa Ocidental – Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda, porém os primeiros relatos das redes de atenção datam praticamente do início do século XX, quando o médico britânico Bertrand Dawson propõe, em seu famoso relatório (1920), necessidade da organização dos sistemas de saúde do Reino Unido no pós-guerra⁹⁻¹².

Um sistema de saúde em que a população tivesse acesso à saúde de qualidade, contrariando, dessa maneira, o modelo de saúde até então vigente, o flexneriano de atenção. Esse novo sistema de atenção, agora em redes, foi institucionalizado somente a partir da Conferência de Alma-Ata, “[...] sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região [...]”⁹⁻¹².

Ainda segundo autores⁹, para Dawson, atenção primária deveria ser a ordenadora do sistema de saúde, organizada em centros primários e, estes, ligados à centros secundários, todos em uma determinada área adscrita.

Para cada território, propõe a organização de serviços para atenção integral à população com base formada por serviços “domiciliares” apoiados

por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Esta seria a “porta de entrada” do sistema¹⁰.

A APS, ou Atenção Básica, deve ser a ordenadora de todos os processos de saúde mediados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS's), desde os mais simples até os mais complexos, configurando-se, dessa maneira, na porta de entrada para o primeiro atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ser resolutiva em pelo menos 90% dos casos daqueles que dela necessitarem.

A APS deve atentar-se para um modelo de saúde que atenda satisfatoriamente as condições de saúde apresentadas pela população^{11,12}.

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde

[...] um sistema de saúde baseada na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovam equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação¹³.

No Brasil, a APS passou por importantes transformações e adequações (ciclos) desde a sua concepção no início dos anos de 1924, principalmente no início de sua articulação e estruturação¹²:

- a) 1° ciclo (1900): a Universidade de São Paulo (USP) cria os primeiros Centro de Saúde, sob influência direta das ideias dawsonianas;
- b) 2° ciclo (1920): criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atualmente a Fundação Nacional de Saúde (FNS);
- c) 3° ciclo (1940): direcionamento do modelo de atenção para ações materno-infantis e combate de doenças infecciosas, principalmente hanseníase e tuberculose;
- d) 4° ciclo (1960): desenvolvimento de programas de extensão de cobertura;
- e) 5° ciclo (1970): crise do sistema de Previdência Nacional;

- f) 6º ciclo (1980): institucionalização do SUS com consequente transferência da responsabilidade da APS para a gestão municipal;
- g) 7º ciclo (1990): criação do Programa Saúde da Família (PSF) e, conseqüentemente, incorporação da dimensão qualitativa à assistência até então prestada;

O autor enfatiza que teremos uma APS qualidade somente quando conseguirmos operacionalizar seus 07 (sete) atributos essenciais: primeiro contato dos usuários com o sistema, longitudinalidade da assistência, integralidade, coordenação, foco nas famílias, orientação comunitária e competência cultural¹¹⁻¹³.

Dessa maneira, enquanto primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada de todo o sistema, conseguirá satisfazer as demandas de saúde, da mais simples apresentadas pela população, em níveis de quantidade e qualidade, minimizando, assim, os custos com saúde, respondendo, assim, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde vigentes, superando, assim, o modelo newtoniano-cartesiano, sendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) a melhor proposta que temos atualmente¹²⁻¹⁴.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os atendimentos às pessoas com deficiências acontecem, normalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF) com horário pré-estabelecido por meio dos agendamentos conforme a rotina instituída por cada uma dessas unidades. Quando da impossibilidade destes encontros acontecerem nas unidades, estes acontecem no domicílio das pessoas que se encontram dentro das áreas de cobertura dessas equipes, normalmente mediadas pelos profissionais das UBS/ESF e, ainda, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) quando observadas tais necessidades⁸.

1.1.1 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

A mudança da lógica nos processos de trabalho e da assistência à saúde, agora “usuário-centrada”, deve-se à ruptura do paradigma newtoniano-cartesiano¹, onde o ser humano antes visto apenas como um

¹ Conseqüência do pensamento de Rene Descartes (1596-1650), criador do método analítico, esse paradigma que vai contra as leis morais da Igreja. O mundo é entendido enquanto uma máquina em que cada uma das partes deve ser vista e analisada, e, conseqüentemente que decompõe o pensamento e problemas em partes para dispô-las numa ordem e assim poder estudá-las.

órgão ou um sistema doente, hoje é atendido dentro do seu contexto socioeconômico, levando-se em consideração suas relações com os demais sistemas.

Com base nas políticas e modelos de saúde vigentes, o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 7612, de 17 de novembro de 2011, institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS's). Sobre a dinâmica de atuação em redes de atenção aos usuários do SUS e, ainda, do ordenamento da APS enquanto ponto central desse novo modelo de assistência¹²⁻¹⁴.

A lógica das RAS's encontra-se fortemente alicerçada na interação entre três elementos básicos: população; estrutura operacional e, no modelo assistencial de saúde vigente. Considerados arranjos organizativos de ações e serviços e diferentes densidades tecnológicas, preveem a multidimensionalidade das questões envolvidas na assistência e a inter-relação de todos os setores, envolvendo, assim, todos os considerados atores sociais no processo do cuidado, configurando-se numa potente ferramenta para a redução da fragmentação do sistema de saúde, impactando, dessa maneira, direta e indiretamente na qualidade do cuidado prestado, o que, conseqüentemente, acarretará em confiança e vinculação, estes, valores inerentes à assistência qualificada¹²⁻¹⁷.

Importante estratégia de aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS, as RAS se permitem a prestação de assistência de forma continuada à determinada população em específico, no tempo e no local certos, com custo otimizado e assistência qualificada, operacionalizando, para isso, diversas ferramentas assistenciais, mobilizando, dessa maneira, profissionais das mais distintas áreas do conhecimento humano¹⁸.

Conforme mencionado anteriormente, a reestruturação do SUS na perspectiva das redes de atenção configura-se na mais importante estratégia para que possamos superar o modelo biomédico até pouco tempo utilizado. Desde sua institucionalização no ano de 1988, o SUS vem revisando normativas e diretrizes com vistas a sistematizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes^{19,20}.

As RAS nos permitem assistir os usuários do SUS de maneira transversal e contínuo, fazendo ajustes para que o atendimento seja realizado na lógica da inclusão e da ampliação dos serviços ofertados, onde busca-se a horizontalidade relacional entre todos os pontos de atenção que se articulam entre si, interagindo por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, implementando continuamente ações com vistas a recuperação da saúde, reabilitação e promoção^{19,20}.

Observa-se, porém, quão grandioso configura-se o desafio que é a prestação da assistência à população na lógica das redes de atenção ordenadas pela APS, haja visto os avanços técnicos e o caráter multifatorial envolvidos na dinâmica de funcionamento de um sistema tão complexo.

Tal complexidade expressa-se pela diversidade dos contextos regionais e suas necessidades de saúde bastante específicas, frutos das desigualdades; os diferentes níveis de atenção inter-relacionados; todas as fontes de financiamento existentes; a formação bastante dispare dos profissionais, a superação do modo fragmentado de assistir o ser humano, dentre outras¹¹⁻²¹.

Partindo do pressuposto que os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos, devendo operar, dessa maneira, em total coerência com a situação de saúde apresentada pelos mesmos, as RAS tem no território a sua base e na APS seu centro operacional. São compostas por cinco componentes operacionais²²:

Figura 1 – Componentes Operacionais das Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Mendes EV¹²

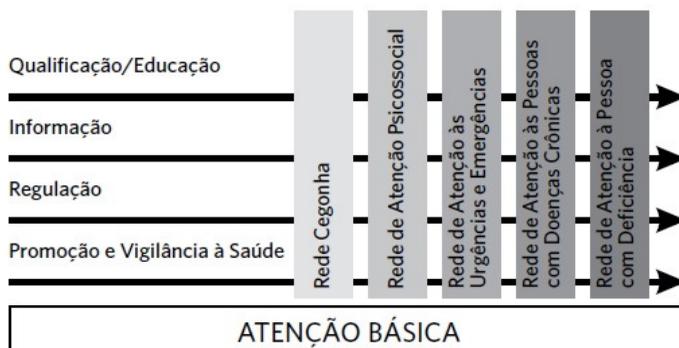
Conforme a figura acima, observamos que as RAS como estruturas operacionais o centro de comunicação, coordenando os fluxos e os contrafluxos da rede, sendo coordenado pela APS; os pontos de atenção

secundários e terciários, que ofertam os serviços especializados por meio de suas respectivas densidades tecnológicas; os sistemas de apoio, que são classificados como locais comuns a todos os pontos de atenção; os sistemas logísticos, garantindo a organização racional dos fluxos e contrafluxos das informações, produtos e pessoas; o sistema de governança, responsável pela gestão da rede.

Atualmente, temos instituídas, por meio de portarias específicas, cinco redes temáticas de atenção à saúde, sendo as seguintes: Rede Cegonha – Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011; Rede de Urgência e Emergência – Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011; Rede de Atenção Psicossocial – Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012 e, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014²³⁻²⁸.

O principal dispositivo do ponto de vista gerencial das RAS baseia-se na instituição de grupos condutores de cada uma das redes temáticas. Esses grupos condutores, regionais ou estaduais, são responsáveis pela formulação, apoio durante o processo de implantação e, além disso, do monitoramento de cada uma delas. A Portaria n. 1.473, de 24 de julho de 2011, dá o ordenamento da formação dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e comitês de mobilização social e de especialista de cada área temática²³.

Figura 2 - Redes de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: Magalhães Júnior HM²³

Conforme já mencionado, dentre as RAS instituídas pelo MS, temos a RCPD, estruturando e articulando seus trabalhos sobre quatro

grandes eixos estabelecidos por meio da Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2011-2014): eixo 1: acesso à educação; eixo 2: acesso à saúde; eixo 3: inclusão social e, eixo 4: acessibilidade.

Revisitando a história e observando a forma como as pessoas com deficiências foram tratadas ao longo do tempo, certamente uma das maiores dívidas que o SUS tinha com os usuários era a oferta de serviços de qualificados para as pessoas com deficiências (PcD). No Brasil os cuidados à saúde das pessoas com deficiências adquiriram status de prioridade nas agendas de gestores e de profissionais das áreas da saúde e, ainda daqueles profissionais ligados aos direitos humanos, somente a partir do ano de 2011, por meio da Lei n. 12.470, do Decreto 7.612, e, no ano de 2012, das Portarias n. 793 e 835 e, ainda, da resolução n. 452. A partir desses marcos legais, tiveram início em nosso país a articulação da atenção à PcD^{23,27-32}.

As deficiências configuram-se num fenômeno de ordem global e com frequência estão associadas à pobreza, impactando, exponencialmente a economia, a política, a cultura e a sociedade de maneira geral. Conforme dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), aproximadamente 978 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum tipo de deficiência moderada e, 185 milhões algum tipo de deficiência grave até o ano de 2004. No Brasil, esse número atinge a grandeza de 45,6 milhões de pessoas^{33,34}.

A RCPD como principal objetivo a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações transversais e intersetoriais em benefício das pessoas que apresentem algum tipo de deficiência, independentemente de sua natureza^{22,33,34}.

O Viver sem Limites articula ações de 15 ministérios² e, também do Conselho dos Direitos das Pessoas com Deficiências (Conade), um órgão superior, de deliberação colegiada criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidos a esse grupo social. Seus componentes estão distribuídos entre a Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência^{33,34}.

² Casa Civil da Presidência da República, Ministério das Cidades, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério das Comunicações, Ministério da Cultura, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Ministério da Educação, Ministério do Esporte, Ministério da Justiça, Ministérios dos Transportes, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério do Turismo, Ministério da Previdência Social, Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde

Figura 3 - Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)



Fonte: Portaria MS/GM nº 793/2012²⁷

1.1.1.1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)

Complexo em sua natureza, o SUS tem como essência dos seus serviços a proposta de coordenação e articulação de ações de promoção e de prevenção com as ações de cura e de reabilitação^{35,36}.

A história nos mostra que as incapacidades, independentes de sua natureza, sejam estas físicas ou intelectuais, foram consideradas por muitos anos como atributos das pessoas das pessoas com deficiências, fortalecendo o estigma da deficiência, subjugando-as e colocando-as a margem da sociedade economicamente produtiva. Hoje essas incapacidades são consideradas como consequência de um conjunto complexo de situações e, não mais como um atributo ou uma marca que a pessoa com deficiência carregará durante toda sua caminhada, sendo abordadas, atualmente, nas suas dimensões biológica, individual e coletiva^{37,38}.

Alicerçados em conceitos como integralidade, inclusão, assistência usuário-centrada e em redes de atenção, a RCPD, prevê, dentre suas diretrizes, a contínua interlocução entre a APS e os serviços de saúde especializados, com vistas a garantir a implementação de ações de natureza intersetorial para os usuários do SUS, tendo por base um território adscrito e a garantia de acessos a todos os serviços que o usuário

necessite a fim de satisfazer, em qualidade e quantidade, suas necessidades de saúde²⁷⁻³⁴.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, considerado referência para a RAS dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual); CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e, CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual)^{39,40}.

As normativas responsáveis pelo estabelecimento dos requisitos mínimos necessários para os componentes da Atenção Especializada da RCPD estão previstas na Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. No presente documento, encontramos as informações necessárias para que os municípios ou instituições possam dar início aos trabalhos para a habilitação de um CER⁴⁰.

Os atendimentos prestados pelo CER serão articulados de forma a articular todos os pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Poderá constituir local de pesquisa e de inovação tecnológica na área da reabilitação, tornando-se polo para a qualificação profissional no campo da reabilitação, utilizando como instrumento a educação permanente em saúde³⁹.

O PTS, por sua vez, deve ser uma construção coletiva, envolvendo a equipe de profissionais, o usuário e sua família. É elaborado levando em consideração as necessidades de saúde percebidas e referenciadas por cada usuário em específico, considerando, para isso, sua compreensão da vida, suas subjetividades e sua singularidade. Sua construção se dá de maneira horizontal, contemplando todos os atores sociais envolvidos no processo do cuidado^{38,41-46}.

Deve considerar as tecnologias relacionais e a clínica ampliada, dentre as quais podemos citar o acolhimento, a escuta qualificada, empoderamento, vínculo, propondo, assim, o comprometimento processual de todos, assumindo, dessa maneira, um novo modo de assistência. Por meio da sua institucionalização, tem previsto, dentre os seus princípios e diretrizes, ser centrado nas necessidades do usuário-família-comunidade, oferta de reintegração na sociedade, respeitando, assim, os direitos do usuário enquanto cidadão e enquanto sujeito em

condições de desenvolvimento de vida qualificada e integrada à sua realidade local diária⁴¹⁻⁴⁶.

1.1.1.1.1 Sistema de Referência e Contrarreferência (RCR)

A APS enquanto porta de entrada e ordenadora do SUS, possui importantes ferramentas gerenciais para a integralização da assistência prestada, garantindo, dessa maneira que os usuários sejam atendidos transversalmente, contemplando, assim, todas suas necessidades referidas e observadas.

Dentre essas ferramentas encontra-se o sistema de referência e contrarreferência (RCR) que se caracteriza num importante dispositivo para sua viabilização já que orientam os fluxos dos atendimentos pelos diferentes níveis de atenção. O MS define o RCR como “[...] um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de ESF”⁴⁷. Ainda segundo autores¹⁰⁴, [...] são fluxos políticos, comunicacionais, subjetivos que estão permanentemente entre os sujeitos, formando uma intrincada rede de relações para desenvolver o cuidado:

For the implementation and integration of services in UHS attention levels is a priority that the system of reference and counter is effective and efficient considering the network of attention to local and regional health for the organization of care at the primary, secondary and tertiary⁴⁸.

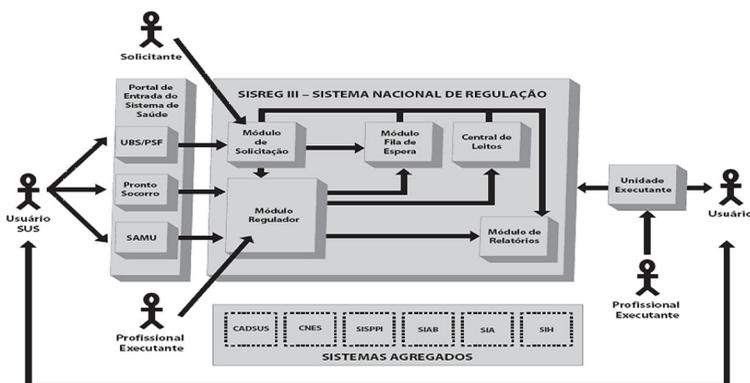
“[...] an interface between several levels of health care, has a prominent position in any public or private healthcare system, with implications for patient care, lifelong education and financial cost, even in the face of scarce resources and lack of traffic information⁴⁹.”

Ao organizar todos os encaminhamentos realizados pelos profissionais da AB, o RCR compõe a rede relacional no SUS ao articular os mais diversos pontos de atenção. As EqSF e EqAB oportunizam, por meio desse sistema o acesso aos usuários, de maneira equânime e igualitárias, condições de acesso aos serviços de média e alta complexidades^{50,52}.

Inicia com a elaboração de um relatório pelo profissional que inicialmente presta assistência ao paciente, descrevendo os motivos pelo

qual este procurou a APS, descrevendo, detalhadamente, as observações feitas por ele e as queixas relatadas pelo usuário. As observações relatadas pelo profissional devem contemplar a anamnese, o exame físico e exames auxiliares, caso os tenham. Esse relatório, então, é entregue ao paciente e orientado para que seja apresentado ao serviço para qual foi referenciado, conforme exemplificado no fluxo abaixo^{53,54}.

Figura 4 – Fluxo de Referência e Contrarreferência dentro do SUS

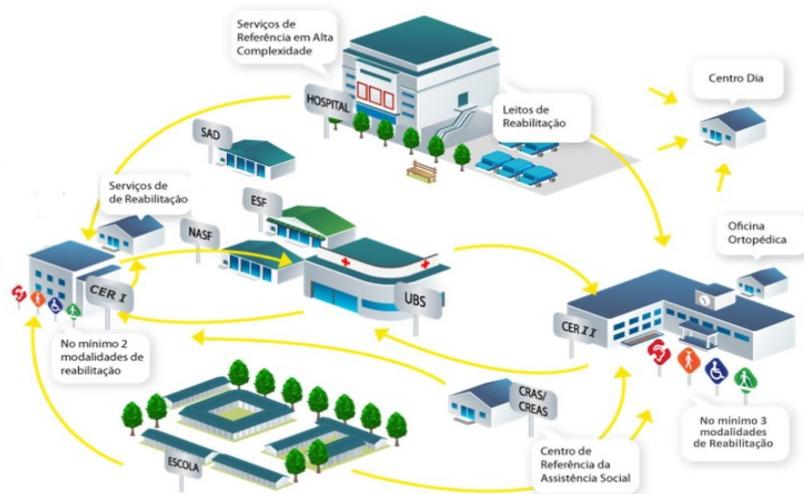


Fonte: PMNF⁵⁵

Quando o paciente retorna para a continuidade de suas necessidades pela APS, o profissional que elabora a contrarreferência encaminha-o à sua unidade de origem, informando seu diagnóstico e sugerindo um plano de cuidados que poderá ou não ser seguido pelo profissional que receberá esse paciente de volta. Havendo a necessidade de cuidados/procedimentos mais complexos, a APS deverá trabalhar conjuntamente com o serviço especializado⁵⁴.

Para a RCPD o fluxo da RCR deverá seguir a seguinte lógica, conforme a figura abaixo:

Figura 5 – Fluxo de Referência e Contrarreferência da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)



Fonte: Pereira JS, Machado WCA³⁵

O que observamos, porém, é que o SUS enfrenta grandes dificuldades no que se refere à sua organização, principalmente na interlocução entre os diversos níveis de atenção, o que pode ser facilmente explicitada pelo deficitário sistema de referência e contrarreferência, o que aumenta o tempo de intervenção e em muitos casos fragmentando o cuidado⁵⁰⁻⁵⁴.

1.2 CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER II/UNESC

“O que mais te incomoda depois do acidente? – Pergunta E.M.M, Fisioterapeuta.

“Me olhar no espelho” – respondeu o jovem D.F.T., dezesseis anos de idade, em atendimento no CER II/UNESC logo após ter sua perna amputada num acidente automobilístico.

Baseado no conceito de que as deficiências são consideradas como sendo desvios e/ou problemas, permanentes ou temporários, das funções, bem como, ainda nas estruturas do corpo, o CER II/UNESC, um dos 187 centros de reabilitação habilitados no Brasil até o ano de 2017, enquanto um dos componentes da RCPD, contempla 611.761 habitantes, população, esta, distribuída nos 27 (vinte e sete) municípios integrantes das regiões de saúde da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), prestando atendimento aos usuários do SUS que apresentem algum tipo de deficiência, sendo esta de natureza física, intelectual e/ou ostomizados, ou até mesmo mais de uma dessas deficiências, a fim de satisfazer suas necessidades de saúde^{56,57}.

Utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como modelo de atendimento multi e interdisciplinar, e, ainda, enquanto instrumento avaliativo do usuário que chega à procura de atendimento. Concebe o modelo explicativo da funcionalidade e incapacidade de forma relacionada às condições de saúde, apresentando uma proposta conceitual multifatorial que engloba fatores biopsicossociais. Tem como componentes as condições de saúde; as funções e estruturas do corpo; as atividades; a participação; os fatores pessoais; e os fatores ambientais⁵⁷⁻⁶¹.

A equipe de profissionais entende que a incapacidade desse sujeito é resultado da interação dele com o meio ambiente, o que ocasiona trocas de natureza bastante distintas, experienciadas pelos indivíduos, sempre relacionadas às atividades humanas. Essa equipe é composta por profissionais de distintas áreas do conhecimento³ e suas ações são executadas de acordo com as necessidades verificadas para cada usuário, sempre de acordo com o impacto que a deficiência exerce sobre sua funcionalidade.

Os municípios de abrangência do CER II/UNESC são conforme mencionados anteriormente, aqueles pertencentes às regiões de saúde da AMREC/AMESC⁵⁶⁻⁵⁷:

1. AMREC: Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga;

³ Enfermeiro (2), Fisioterapeutas (6), Pedagoga (1), Terapeutas Ocupacionais (2), Musicoterapeuta (1), Nutricionista (1), Assistente Social (1), Psicólogas (3), Técnicos Administrativos (2), Médico Neurologista (1), Médico Traumatologista (1), Fonoaudiólogos (2) e Cirurgião-Dentista (1), Coordenadora (1).

2. AMESC: Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

Entretanto, percebe-se que embora decorridos praticamente oito anos dos primeiros movimentos para a mudança da lógica assistencial prestada aos usuários do SUS, algumas de suas diretrizes e objetivos ainda mostram-se enfraquecidos ou até mesmo desconhecidos pelos profissionais da APS e que os pacientes são assistido em centros de reabilitação encontram dificuldade em sua [re] inserção em seus territórios de origem após o momento de sua alta, dificultando a continuidade da assistencial inicialmente prestada e impossibilitando que seja dado prosseguimento aos tratamentos inicialmente propostos para seu processo de reabilitação.

Partindo-se dessa premissa, pergunta-se: **“Os pacientes atendidos pelo CER II/UNESC encontram continuidade da assistência, quando referenciados para a Atenção Primária à Saúde (APS)”?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a interlocução existente entre o CER II/UNESC e a Atenção Primária em Saúde (APS) por meio do sistema de referência e contrarreferência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a estratificação do perfil epidemiológico dos pacientes com comprometimento motor, atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017;
- Verificar qual o ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) os usuários atendidos pelo CER II/UNESC encontram-se inseridos após suas altas;
- Verificar a efetividade do sistema de referência e contrarreferência entre o CER II/UNESC e a Atenção Primária em Saúde (APS).

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES

Hipótese 01: acredita-se que a maioria dos pacientes que foram admitidos e assistidos através dos serviços profissionais específicos de reabilitação no CER II/UNESC encontram dificuldades para sua [re] inserção na APS após sua alta, ocasionando, dessa maneira, ruptura da assistência prestada durante o período em que permaneceram referido centro, ficando, dessa maneira, parcialmente desassistidos em suas necessidades de saúde, tendo, assim, assistência de apenas alguns dos profissionais dos quais necessitam.

Hipótese 02: acredita-se que uma pequena parcela dos pacientes admitidos e assistidos através dos serviços profissionais específicos de reabilitação no CER II/UNESC conseguiram ser [re] inseridos na APS e mantiveram suas necessidades de saúde assistidas através da atuação de todos os profissionais dos quais necessitavam.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

O estudo constituiu-se num corte transversal retrospectivo, quantitativo e descritivo.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Dependentes

Processo patológico de origem neurofuncional.

3.3.2 Independentes

Idade, sexo, cor/raça, etnia, estado civil, religião, escolaridade, condições socioeconômicas, dados antropométricos, município (desde que componham as regiões de saúde da AMREC/AMESC)

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve sua realização nas dependências do CER II/ UNESC, localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sito à Avenida Universitária, nº 1.105, Bairro

Universitário, município de Criciúma, Santa Catarina. No período compreendido entre 1º a 15 de setembro de 2017, de segunda a sexta-feira, no período vespertino. Esses contatos foram realizados através de inquérito telefônico para a população que se enquadrava na amostra já descrita.

3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A pesquisa teve como sujeitos de estudo todos os pacientes que foram encaminhados dos 27 municípios que compõem a AMREC e AMESC para triagem no CER II/ UNESC e, posteriormente admitidos para aplicação dos protocolos de tratamento de reabilitação física durante o período compreendido entre 1º de junho de 2014 e 14 de maio de 2017. Foram escolhidos seguindo critério de intencionalidade, obedecendo-se os critérios de inclusão/exclusão e, ainda, as variáveis dependentes/independentes.

3.5.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão obedeceram a seguinte lógica:

- a) Pacientes encaminhados dos 27 municípios que compreendem as regiões de saúde da AMREC/AMESC;
- b) Pacientes acometidos pelas seguintes patologias: acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo cranioencefálico (TCE); traumatismo raquimedular (TRM), amputação;
- c) Pacientes com lesão considerada aguda (até doze meses de lesão);
- d) Pacientes que permaneceram no CER II/UNESC até o final do tratamento, recebendo, dessa maneira, relatório de alta, sendo, dessa maneira, contrarreferenciados para a APS;

3.5.2 Critérios de exclusão

Já os critérios de exclusão obedeceram a seguinte lógica:

- a) Pacientes admitidos no CER II/ UNESC para Programa de Reabilitação (PRR Crônicos e PRR degenerativos), e/ou para atendimento em grupos;
- b) Pacientes que não tenha sido possível a realização do contato telefônico por alteração em seus dados cadastrais (mudança dos números de telefones presentes em seus cadastros iniciais);
- c) Recusa em participar da pesquisa;

d) Dez tentativas de contato telefônico sem sucesso.

3.6 AMOSTRA

As entrevistas foram aplicadas a todos os pacientes que apresentaram alguma seqüela de processo patológico de origem neurofuncional, levando-se em consideração os critérios de inclusão/exclusão descritos acima. Após aprovação do projeto pelo CEP/UNESC, iniciou-se a separação e análise dos prontuários daqueles pacientes que, a priori, se enquadravam nos critérios de inclusão/exclusão, o que nos deu uma amostra inicial de 49 sujeitos prováveis de pesquisa.

Seguindo as etapas previstas para o projeto, iniciou-se o inquérito telefônico e nossa amostra ficou em 65,30% (n=32) que preenchiam os critérios e aceitaram participar da pesquisa; 30,62% (n=15) que preenchiam os critérios, mas o contato telefônico não foi possível e, 4,08% (n=2) que preenchiam os critérios, porém se negaram a participar. Nossa amostragem, inicialmente de 49 pacientes, ficou, então em 32 pacientes.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O estudo teve, inicialmente, um banco de dados criado utilizando-se o software Microsoft Excel 2013. Ao final das entrevistas o banco de dados foi exportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.0, para conseguinte análise estatística descritiva.

3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

O projeto de pesquisa teve início logo após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, por meio do parecer n° 2.253.131 (CAAE 69112617.1.0000.0119 – ANEXO C).

Para o segundo momento da pesquisa, já de posse do parecer substanciado emitido pelo CEP/UNESC, o pesquisador teve acesso aos prontuários de todos os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão descritos acima, iniciando, dessa maneira as ligações telefônicas, fazendo a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), explicando a natureza do projeto, e aplicando a entrevista semiestrutura a partir de questionário adaptado a partir do documento existente no serviço (APÊNDICE A).

O terceiro momento do projeto caracterizou-se pela tabulação dos dados obtidos através da aplicação das entrevistas.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados da pesquisa, se fizeram necessários contatos com os sujeitos do estudo pré-selecionados pelos critérios de inclusão/exclusão, através de ligações telefônica. A técnica empregada para a coleta de dados foi a entrevista, sendo esta gravada com auxílio de um gravador de voz digital MODELO R-70 da marca NOVACOM (o gravador foi conectado ao telefone de forma que tudo o que foi dito no telefone teve seu registrado sem cortes).

Logo que cada entrevistado atendeu a ligação foi lido o resumo do projeto de pesquisa, de forma sucinta e objetiva, para que o mesmo estivesse ciente de que se tratava o telefonema, em seguida foi lido o TCLE onde o paciente externalizou o aceite, ou não, em fazer parte da pesquisa, assim ficando registrado na gravação. Por último foi realizado o roteiro de perguntas (APÊNDICE A).

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

A perda da confiabilidade dos dados caracteriza-se como o único risco em participar dessa pesquisa, porém este risco foi amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados dos participantes da pesquisa. Para isso, os sujeitos de pesquisa foram identificados sob diferentes signos (E1 – En), suas entrevistas e todos os documentos relativos à pesquisa serão devidamente guardados durante o período de 05 (cinco) anos.

Os benefícios da pesquisa serão a melhoria do processo de comunicação entre o Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNESC e a Atenção Primária em Saúde dos municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC/AMESC.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Cabe dizer aqui, que o projeto de pesquisa seguiu todas as normativas ora vigentes no país no que compete às pesquisas que envolvam direta, ou indiretamente, o ser humano, as Resoluções 466/2012 e 510/2016^{62,63}.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo ficou em 32 pacientes, sendo 71,9% (n=23) pacientes do sexo masculino, com média de idade de $\pm 55,25$ anos, 46,9% (n=15) moram no município de Criciúma, 71,9% (n=19) aceitos no CER II/UNESC para tratamento de reabilitação pós AVE. O tempo decorrido entre a lesão e sua admissão no serviço foi de $\pm 87,31$ dias e, de permanência $\pm 224,91$ dias.

Dessa amostragem, 81,3% (n=26) relataram ter recebido nota de alta, sendo que 56,3% (n=18) não utilizou. 87,5% (n=26) inferem que não foram procurados pela APS para a continuidade da assistência inicialmente prestada e, desses, 56,3% (n=18) não tiveram encaminhamento para os serviços dos quais que foram referenciados no momento da alta. 62,5% (n=20) dos sujeitos do estudo relatam, ainda, necessitarem de alguma assistência, na sua maioria, de médico especialista (12,5%, n=4).

Segundo estudos, o processo de envelhecimento da população com a inversão da pirâmide etária, rápido processo de urbanização, adoção cada vez maior de estilos de vida pouco saudáveis e o crescente aumento dos índices de morbimortalidade por causas externas, contribuem para o crescente número de pessoas que apresentem alguma deficiência, sendo que as maiores taxas aparecem na faixa etária acima dos 65 anos de idade^{12,66}.

O censo mais recente aponta que o Brasil apresenta 23,9% da sua população com alguma deficiência, e, destas, 67,73% apresenta uma deficiência, ao menos, em grau de severidade mais baixo, sendo 55,6% do sexo masculino e, 44,4% do sexo feminino. Desses, aproximadamente 7% apresentam deficiências físicas^{12,66-68}.

Tabela 1 – Idade dos pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017.

Válido	32
Ausente	0
Média	55,25
Mediana	56,50
Desvio Padrão	15,929
Intervalo	63
Mínimo	22
Máximo	85

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Iniciamos a análise estatística do estudo com a variável idade, verificando que, dos sujeitos participantes do estudo, observamos que a média de idade dos pacientes atendidos no CER II/UNESC de $\pm 55,25$ anos; a mediana ficou em $\pm 56,50$ anos. O paciente mais novo que teve atendimento estava com 22 anos no momento de sua admissão, tendo o TRM como diagnóstico médico, enquanto que o paciente mais velho com 85 anos, esse, com diagnóstico médico de AVE.

Conforme a OMS, consideramos idoso o indivíduo acima de 65 anos de idade, nos países desenvolvidos e, acima dos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento. Quando comparada as demais faixas etárias, os idosos formam a parcela da população que mais cresceu, efeito, esse, que chamamos de envelhecimento populacional, sendo observada a predominância do sexo feminino^{69,70}.

Essa diferença na população idosa masculina e feminina se dá em função dos crescentes índices de mortalidade registrado no sexo masculino, principalmente na fase adulta jovem. A população masculina que apresenta alguma deficiência apresenta, conforme estudos, o trauma raquimedular, seguido das amputações como principal causa dessa deficiência⁶⁹⁻⁷¹.

Tabela 2 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Masculino	23	28,1	28,1
Feminino	09	71,9	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do pesquisador, 2017

No Brasil, estudos apontam que temos, hoje em dia, uma população estimada de 15 milhões de idosos, sendo que desse total, aproximadamente 67,7% apresentam algum tipo de deficiência, sendo as deficiências visuais e físicas as mais comumente encontradas⁷⁰.

Com relação à variável sexo, a amostragem do estudo apresentou os seguintes resultados: 28,1% (n=9) atendidos no CER II/UNESC são do sexo feminino e 71,9% (n=23) são do sexo masculino, o que corrobora os estudos consultados 59,60. Outros estudos apontam que os coeficientes de mortalidade na população masculina são mais acentuados na faixa etária entre 50-59 anos, em função de doenças cerebrovasculares e neoplasias, já para a faixa etária compreendida entre os 20-49 anos de

idade, visualizamos aumento nos coeficientes de morbidade, tendo como causa principal os as causas externas^{71,72}.

Tabela 3 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o município de origem

Município de origem	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Araranguá	2	6,3	6,3
Bal. Arroio do Silva	1	3,1	9,4
Bal. Gaivotas	1	3,1	12,5
Bal. Rincão	1	3,1	15,6
Cocal do Sul	4	12,5	28,1
Criciúma	15	46,9	75,0
Ermo	1	3,1	78,1
Forquilha	2	6,3	84,4
Nova Veneza	1	3,1	87,5
São João do Sul	1	3,1	90,6
Siderópolis	2	6,3	96,9
Timbé do Sul	1	3,1	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Conforme mencionado anteriormente, o CER II/UNESC atende pacientes dos 27 municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC e AMESC, totalizando, aproximadamente 611.761 habitantes. Quando analisamos a variável município de origem dos pacientes atendidos no CER II/UNESC, observamos que 6,3% (n=2) residem no município de Araranguá; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Arroio do Silva; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Gaivotas; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Rincão; 12,5% (n=4) reside no município de Cocal do Sul; 46,9% (n=15) reside no município de Criciúma; 3,1% (n=1) reside no município de Ermo; 6,3% (n=2) reside no município de Forquilha; 3,1% (n=1) reside no município de Nova Veneza; 3,1% (n=1) reside no município de São João do Sul; 6,3% (n=2) reside no município de Siderópolis e, 3,1% (n=1) reside no município de Treviso.

Tabela 4 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o diagnóstico médico

Diagnóstico	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Amputação	4	12,5	12,5
AVE	19	59,4	71,9
TCE	2	6,3	78,1
TRM	7	21,9	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Quando confrontadas isoladamente algumas das variáveis estudadas, observamos que a maioria dos pacientes que foram atendidos no CER II/UNESC apresentavam diagnóstico clínico de AVE (71,9%, n=19). No Brasil, o AVE representa a terceira causa de morbidade e, a segunda causa de mortalidade quando analisadas as doenças que acometem o sistema cardiovascular, representando $\frac{1}{3}$ das mortes registradas^{67,73}.

A amostra dos sujeitos do estudo, conforme o seu diagnóstico médico, é composta de 32 pacientes, assim distribuída: 12,5% (n=4) com diagnóstico de amputação de membros inferiores; 59,4% (n=19) com diagnóstico médico de Acidente Vascular Encefálico (AVE); 6,3% (n=2) com diagnóstico médico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e, 21,9% (n=7) com diagnóstico médico de Traumatismo Raquimedular (TRM).

Autores inferem que as doenças crônicas não-transmissíveis (DNCT) correspondem ao montante de aproximadamente 70% das mortes e são responsáveis por maior parte das deficiências na população idosa. Projeções apontam que 1 a cada 6 pessoas terá um AVE, ocasionando, assim, importante impacto na economia, visto que os $\frac{2}{3}$ restantes apresentam, ao final do processo, uma deficiência de longo prazo como seqüela^{66,72,73,97}.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se constituem no maior problema e saúde do Brasil e correspondem a cerca de 70% das causas de morte, sendo as mais comuns delas a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus tipo 2 [...] ⁹⁷

Em estudo semelhante, observou-se que 60,56% de homens e 39,44% mulheres, com predominância na faixa etária entre os 60-69 anos

de idade tiveram ao menos um episódio de AVE^{57,60-62}. É considerada a doença crônica que mais causa incapacidades na população adulta, responsável por boa parte das deficiências, parciais ou incompletas, temporárias ou permanentes⁷³⁻⁷⁵.

Mesmo que os casos de AVE se caracterizem como os mais atendidos pelo CER II/UNESC, não podemos deixar de considerar os casos de TRM (n=7), seguidos das amputações (n=4) e de TCE (n=2), que, juntos, somam 40,7% dos atendimentos (n=13).

Os indivíduos vitimados por acidentes de trânsito requerem assistência integral, não apenas no momento da adversidade, mas, também durante o período de hospitalização e de reabilitação, com vistas ao pleno restabelecimento clínico e do ponto de vista da funcionalidade, o que nem sempre é possível de acordo com a gravidade do acidente, fato, esse, que além das limitações/incapacidades físicas, acarretam sintomas de ordem psicossomática, isolamento social e sentimento de luto simbólico, experienciado por eles e por suas famílias, dificultando, assim, o processo de reabilitação^{64,75,99}. Conforme autores⁹⁸, [...] *a physical disability involves multiple losses, leading to both a grief process and a meaning-making process of the lived experience, besides a need to review the assumptive world and the life's direction [...]*.

O Brasil ocupa a quarta posição entre os 101 países com maiores índices no ranking das incapacidades causadas por lesões externas (aproximadamente 23 óbitos por 100 mil habitantes). As sequelas mais comumente encontradas nos indivíduos que sofrem um acidente de trânsito são TRM, TCE e as amputações, principalmente de membros inferiores⁷⁷⁻⁷⁹.

De maneira geral, os pacientes que são vítimas de TCE encontram-se na faixa etária compreendida entre os 20-29 anos de idade, ocasionando, assim, grande impacto socioeconômico, principalmente nos países mais pobres e naqueles que se encontram em desenvolvimento⁷⁶⁻⁷⁸.

Diversos estudos apontam a população masculina como a prevalente nos casos de TCE, sendo a proporção de 2,37:1 casos para o sexo feminino em São Paulo e, no território nacional 81,5% dos casos 62,65. Definido como qualquer tipo de agressão, gerada por forças externas, capazes de ocasionar lesões na anatomia do crânio e/ou encéfalo e comprometimento funcional, permanente ou temporário, o TCE é considerado um grave problema de saúde pública mundial, tendo em vista o público alvo mais comumente acometido⁷⁶⁻⁸⁰.

Em estudos utilizados como referência nesse trabalho, os autores caracterizam sua população de estudo envolvida em acidentes de trânsito

como sendo do sexo masculino (91,5%), com média de idade em $\pm 34,4$ anos, tendo motocicletas envolvidas (75,5%), e as fraturas como lesões mais comuns⁷⁷.

Em outro estudo, os autores relatam que as lesões medulares são as mais significativas, principalmente as paraplegias (23,7%), e as tetraplegias (10,8%), seguidas das amputações (15,11%)⁷⁷. O trauma raquimedular caracteriza-se por incapacidades multifatoriais graves dependendo do nível neurológico da lesão^{79,80}.

Dentre as complicações mais comuns, observamos as cardiorrespiratórias; disreflexias autonômicas; disfunções gastrointestinais, urinárias e erétil; lesões por pressão e hipotensão ortostática. As perdas funcionais nos pacientes com TRM exigem medidas preventivas a fim de prevenir as complicações secundárias⁸⁰.

As amputações, por sua vez, podem ser de origem traumática ou vasculares, sendo as primeiras, comumente encontradas em homens jovens, vítimas de acidentes automobilísticos, em pleno exercício laboral^{79,80}.

Os acidentes de trânsito, além de ocasionarem a deficiência propriamente dita, são responsáveis pelas complicações secundárias, sendo necessário maior tempo durante o processo de reabilitação desses indivíduos⁷⁹⁻⁸¹.

Pautada nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), a equipe de profissionais do CER II/UNESC faz uso de dispositivos assistenciais que apresentam enquanto escopo as práticas de acolhimento usuariocentradas e nas necessidades por estes apresentados e referidas, desde as necessidades clínico-biológicas, perpassando as epidemiológicas e as psicossociais⁸²⁻⁸⁵.

Dentre os dispositivos previstos na PNH, utilizados durante o processo de reabilitação dos pacientes no CER II/UNESC, podemos citar o PTS; o acolhimento; a postura ética e de cuidado, abertura humana, empática e respeitosa, com escuta qualificada; transversalidade no cuidado e saberes; protagonismo, autonomia e corresponsabilidade do sujeito/família durante o processo de reabilitação⁸⁴⁻⁸⁶.

Conforme dito, quando o usuário é admitido no CER II/UNESC, a equipe, o paciente e seu cuidador/familiar, constroem o PTS inicial, traçando metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas envolvem todos os atores sociais reconhecidos no processo de reabilitação. O PTS, assim como outros dispositivos utilizados para o cuidado em saúde é considerado uma tecnologia leve⁸³

As tecnologias leves são definidas pelo trabalho centrado no campo das relações, que dizem respeito ao acolhimento, ao vínculo, à autonomização, à responsabilização à gestão como meio de governar os processos de trabalho⁸³.

Segundo autores essas tecnologias em saúde incluem os saberes utilizados para a produção do cuidado, os saberes necessários para a operacionalização e organização das ações humanas. Possuem, basicamente natureza relacional, subjetiva e informativa (tecnologias leves); os saberes agrupados em documentos, protocolos e manuais (tecnologias leve-duras) e, equipamentos e máquinas (tecnologias duras)^{84,85}.

O PTS, por sua vez, é definido como o conjunto de objetivos, metas e ações, planejados, estabelecidos e executados por uma equipe multi e interdisciplinar e o usuário/família, com vistas ao processo de recuperação do sujeito/família desde o momento de sua admissão até o momento da sua alta. Ele rompe com as ações meramente normativas, contrapondo-se ao modelo biologicista até então tido como eixo condutor da assistência prestada^{54,87-89}.

[...] esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário / família, e desse profissional com toda a equipe⁸³.

Dentre as metas estabelecidas inicialmente no PTS quando da admissão dos pacientes no CER II/UNESC, destaca-se o tempo mínimo de sua permanência no serviço. No que se refere ao tempo decorrido entre o início das lesões e o início da reabilitação, assim como o tempo de permanência dos pacientes com deficiências nos serviços de reabilitação, estudos relatam que o processo deverá ter início tão logo a lesão neurológica e as condições clínicas pós-lesão encontrem-se estabilizados, iniciando, ainda durante a fase de hospitalização desse indivíduo⁷⁷⁻⁷⁹. As metas inicialmente estabelecidas são revistas continuamente, adequando-as às realidades percebidas durante todo o processo.

Tabela 5 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o tempo de lesão e a admissão

	Válido	32
	Ausente	0
Média		87,31
Mediana		80,00
Desvio Padrão		67,441
Intervalo		264
Mínimo		6
Máximo		270

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Com relação à média de tempo de permanência dos pacientes atendidos no CER II/UNESC foi $\pm 224,91$ dias e a mediana de 225 dias, sendo o tempo mínimo de 60 dias e o tempo máximo de 420 dias. Em estudo realizado na região nordeste do Brasil, os autores relatam que a média foi de ± 74 dias na rede pública, o que não difere muito do tempo decorrido até que os indivíduos iniciem seu tratamento de reabilitação no CER II/UNESC ($\pm 87,31$ dias) 68, e o tempo de permanência no serviço ficou em média $\pm 224,91$ dias.

Tabela 6 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, conforme o tempo de permanência no serviço

	Válido	32
	Ausente	0
Média		224,91
Mediana		225,0
Desvio Padrão		105,632
Intervalo		360
Mínimo		60
Máximo		420

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Quando a equipe percebe o paciente atingiu as metas estabelecidas, inicia com o seu processo de alta. Esse processo é caracterizado pelas orientações ao paciente e sua família/cuidador, bem como elaboração do seu PTS final e sua nota de alta, ou, como conhecemos, a referência para sua unidade de saúde.

No último encontro agendado a equipe faz a leitura desses documentos e esclarece as dúvidas que ainda possam existir. A nota de alta é impressa em 03 (três) vias, sendo uma entregue ao paciente, uma

anexada ao prontuário e, a terceira enviada, via AR, à unidade de saúde de referência do usuário, efetivando, dessa maneira, o sistema de referência, concretizando, assim, o princípio da integralidade da atenção preconizado pelo SUS, sistematizando, dessa maneira, os serviços assistenciais em complexidade crescente¹⁹.

Tabela 7 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017, referenciados para a APS

Nota de alta	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	2	6,3	6,3
Não receberam	2	6,3	12,5
Não recordam	2	6,3	18,8
Receberam	26	81,3	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Dos 32 pacientes totais da amostra, 6,3% (n=2) não quiseram responder essa pergunta; 6,3% (n=2) relataram não ter recebido nota de alta no momento de suas altas; 6,3% (n=2) relatam não recordar se receberam, ou não, a nota de alta e, 81,3% (n=26) relataram ter recebido a nota de alta.

O sistema de referência e contrarreferência é preconizado, segundo autores, como um dispositivo de encaminhamento mútuo de pacientes, servindo de apoio à APS, entre os serviços de diferentes níveis de complexidade. Tendo a APS como porta de entrada do SUS, a referência deve ser utilizada quando esgotadas as possibilidades de satisfazer as necessidades apresentadas pelos usuários⁹⁰⁻⁹³.

[...] De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, e referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita [...]”⁹³

Na média e alta complexidade a contrarreferência, deve ser utilizada para que esse usuário seja reinserido na atenção primária e tenha

a continuidade do tratamento inicialmente prestado, tendo o seu território adscrito como responsável pela continuidade da assistência necessária^{90,91}. Essa lógica, porém, muitas vezes encontra-se invertida, quando o paciente utiliza a média e alta complexidade como porta de entrada para o sistema, sendo, então a referenciado para os serviços de menor complexidade tecnológica^{90,91}.

Tabela 8 – Finalidade que os pacientes deram para a nota de alta

Finalidade	Frequência	Porcentagem
Não responderam	5	15,6
Não utilizaram	18	56,2
Serviços de Fisioterapia	2	6,3
SMS - TFD	3	9,4
UBS de referência	4	12,5
Σ	32	100,0

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Com relação ao destino final que os pacientes deram à nota de alta (referência) fornecida pelo CER II/UNESC 15,6% (n=5) não quiseram responder o que fizeram; 56,2% (n=18) não utilizaram a nota de alta; 6,3% (n=2) utilizaram a nota de alta para Serviços de Fisioterapia; 9,4% (n=3) levaram a nota de alta para o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), na SMS de seus municípios de origem e, 12,5% (n=4) levaram a nota de alta para suas unidades de saúde de referência.

Conforme podemos observar, mais da metade dos pacientes atendidos (56,2%, n=18) não utilizaram a referência (nota de alta), esse importante dispositivo, fornecido pelo serviço ao final de seus tratamentos, deixando apenas para a APS a responsabilidade da continuidade de seus tratamentos, o que vai de encontro a um dos princípios norteadores da PNH, ou seja, o princípio da corresponsabilização⁸⁶.

Os resultados da pesquisa demonstram que apenas uma pequena parcela dos pacientes (12,5%, n=4) levaram a nota de alta para que sua unidade de saúde de referência pudesse dar continuidade ao cuidado inicialmente prestado.

Já dissemos que a atenção básica (AB) é considerada como a porta de entrada para todo o sistema e deve ser a ordenadora e coordenadora de todos os processos necessários para a assistência aos usuários, porém tal fato não os isenta de sua parcela de responsabilidade no processo do seu próprio cuidado, sendo, ele, o principal ator nessa lógica^{86,94}.

Tabela 9 – Realização de busca ativa pela APS aos pacientes atendidos no CER II/UNESC

Busca ativa	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	2	6,3	6,3
Não foram procurados	26	81,3	87,5
Foram procurados	4	12,5	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Na contramão do esperado para a AB, conseguimos observar esse processo de comunicação enfraquecido entre APS e usuário, já que, quando questionados sobre a APS ter lhes procurado depois da alta do CER II/UNESC, 6,3% (n=2) não quiseram responder essa pergunta; 87,5% (n=26) não foram procurados pela APS e, 12,5% (n=4) foram procurados pela APS. Conforme dito anteriormente, quando o paciente recebe alta do CER II/UNESC, uma das vias da referência é enviada para a APS por meio de AR, fazendo com que o sistema tenha conhecimento que este paciente se encontra sob sua responsabilidade novamente.

Mesmo a corresponsabilidade sendo um dos atributos necessários detalhados na PNH na relação usuário/atenção básica, não podemos desconsiderar que, segundo os dados obtidos na pesquisa, 81,3% (n=26) dos usuários relataram não terem sido procurados após retornarem para suas unidades de saúde de origem, fato, esse, bastante preocupante, pois supomos que as unidades de saúde conseguiriam facilmente entrar em contato com esse usuário através do que chamamos de busca ativa, agendando, assim, uma consulta e, quando da impossibilidade deste usuário locomover-se até a unidade de saúde, uma visita domiciliar, a fim de diagnosticar as necessidades ainda apresentadas por ele, evitando, dessa maneira, a cronificação da diminuição da funcionalidade por eles apresentadas.

Tabela 10 – Pacientes atendidos no CER II/UNESC encaminhados pela APS após suas altas para a continuidade do tratamento, durante os anos de 2014-2017

Pacientes encaminhados pela APS	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	2	6,3	6,3
Não	18	56,3	62,5
Não recordam	1	3,1	65,6
Sim	11	34,4	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Observamos, porém, por meio dos dados expostos na tabela 10, uma fala que vai de encontro aos dados anteriormente encontrados na tabela 9, quando os pacientes foram interpelados sobre a atenção básica ter lhes procurado ou não depois da alta do CER II/UNESC, já que quando analisada essa variável, tivemos os seguintes resultados: 6,3% (n=2) não quiseram responder; 56,3% (n=18) não teve encaminhamentos por parte da APS; 3,1% (n=1) não recorda e, 34,4% (n=11) foram encaminhados pela APS.

Essa incoerência nas respostas obtidas quando comparadas a tabela 10 (34,4%, n=11, foram encaminhados pela APS) e 9 (n=26, não foram procurados pela APS) nos faz refletir que nem sempre as necessidades referidas pelos pacientes e as necessidades percebidas pelos profissionais são as mesmas.

Tabela 11 – Serviços para onde os pacientes atendidos no CER II/UNESC foram encaminhados pela APS após suas altas

Serviço para o qual os pacientes foram encaminhados	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	21	65,2	65,2
Serviço Social	1	3,1	68,3
Serviço de Fisioterapia	5	15,6	83,9
NASF	3	9,4	93,3
Médico especialista	2	6,3	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

No momento em que foram indagados para qual ponto da rede a APS lhes encaminhou após suas altas do CER II/UNESC, os pacientes

relataram o seguinte: 65,2% (n=21) não quiseram responder; 3,1% (n=1) foi encaminhado para o Serviço Social; 15,6% (n=5) foram encaminhados para as clínicas de Fisioterapia credenciadas na SMS; 9,4% (n=3) foram encaminhados para o NASF e, 6,3% (n=2) foram encaminhados para a atenção especializada (médico neurologista).

Criadas no ano de 2008, as equipes do NASF se configuram em excelentes dispositivos dentro da rede para continuidade da assistência aos usuários do SUS. Sua finalidade principal é de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Equipes de Atenção Básica (EqAB). Atua de maneira integrada às equipes de saúde locais, tendo como principal função o apoio matricial às equipes de referência. Permite a discussão de casos dos pacientes por elas adscritas, construção conjunta do PTS, qualificando as ações locais de prevenção e de promoção da saúde, alterando os processos de trabalho, propondo, assim, uma nova maneira na produção do cuidado⁹⁵⁻¹⁰⁰.

Se caracterizam por sua proposta de processo de trabalho pautado em práticas intersetoriais, ampliando, dessa maneira, as possibilidades de assistência, tendo como pilares a resolutividade, o território e a regionalização^{99,100}.

Os profissionais que compõem as equipes de NASF são definidos pelos gestores municipais, sendo necessário, para isso, o conhecimento da realidade local e as necessidades apresentadas pelos usuários, utilizando, para isso, os indicadores locais de saúde. Dentre esses profissionais podemos citar o fisioterapeuta, o acupunturista, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o profissional de educação física, o assistente social, o farmacêutico, o médico (psiquiatra, neurologista, homeopata, veterinário, ginecologista, pediatra, clínico, geriatra, pediatra) dentre outros^{99,100}.

Tabela 12 – Necessidade de atendimentos pela APS

Precisa de algum atendimento	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	2	6,3	6,3
Não	20	62,5	68,8
Sim	10	31,3	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Quando questionamos sobre a necessidade de algum atendimento que o paciente esteja necessitando após sua alta do CER II/UNESC, 6,3% (n=2) dos pacientes não responderam essa pergunta; 62,5% (n=20) dos

pacientes disseram que não precisam de atendimentos e; 31,3% (n=10) relataram terem necessidade de atendimentos por algum serviço para os quais foram encaminhados.

Tabela 13 – Natureza dos serviços que os pacientes necessitam após alta do CER II/UNESC

Serviço	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
Não responderam	21	65,6	65,6
Toxina Botulínica	1	3,1	68,7
Fisioterapia e	4	12,5	81,2
Fonoterapia			
Neurologista	5	15,7	96,9
Órteses	1	3,1	100,0
Σ	32	100,0	

Fonte: Dados do Pesquisador, 2017

Com relação aos serviços relatados pelos pacientes como sendo necessários, porém sem atendimento, temos: 65,6% (n=21) não responderam que serviços seriam esses; 3,1% (n=1) paciente relatou não ter atendimento para a aplicação de toxina botulínica; 12,5% (n=4) dos pacientes se queixam da falta dos atendimentos nas áreas de Fisioterapia/Fonoaudiologia; 15,7% (n=5) relata a falta de atendimentos com médico especializado (Neurologista) e, 3,1% (n=1) relatam não terem conseguido suas órteses.

As filas de espera para profissionais e serviços especializados em Brasil é bastante longa, não diferindo nas regiões de saúde aos quais pertencem os sujeitos do estudo. Autores relatam que a densidade demográfica de médicos especialistas/1.000 habitantes cresceu nos últimos anos, passando de 1.12 em 1990 para 1.89 no ano de 2013, fazendo com que o Brasil fique em 39º lugar entre os países que disponibilizavam essas informações¹⁰⁰.

Observamos, porém, que esse quantitativo de profissionais e serviços ainda é pequeno frente as necessidades apresentadas pela população de maneira geral, visto ao planejamento ineficaz por parte dos gestores; das condições de trabalhos associadas aos rendimentos, o que faz com que muitos profissionais deixem de atender no SUS dedicando-se à rede privada e seus consultórios; da baixa qualidade dos encaminhamentos feitos pela APS para os serviços especializados em saúde, bem como o número crescente da população idosa e da população com deficiência¹⁰⁰.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a pesquisa acabam por corroborar as hipóteses inicialmente estabelecidas quando do delineamento do estudo e nos permitem observar uma interlocução bastante fragilizada entre o CER II/UNESC e APS, bem como a ruptura da assistência quando o paciente/familiar recebe sua alta e é encaminhado para que a APS dê prosseguimento aos cuidados necessários para a recuperação de sua funcionalidade, fazendo, em muitos casos, que prognóstico desse usuário não alcance o nível possível de ser atingido.

As falas dos sujeitos do estudo evidenciam uma APS fragilizada dos pontos de vista dos processos de trabalho, processos de comunicação, estrutura, ambiência, recursos humanos em quantidade e qualificação necessárias, inexistência do atendimento multidisciplinar, mas, mais que isto, interdisciplinar. Evidenciam, ainda, a inexistência de linhas de cuidado e da articulação dos pontos de atenção dentro da própria rede.

Apenas lembrando um dos pontos dos processos de trabalho da equipe do referido centro de reabilitação, no último dia de atendimento desse paciente é realizada a leitura da nota de alta (referência) e do PTS final e orientado quanto a necessidade que esse paciente/família leve o documento na sua unidade de saúde de referência, mesmo que a equipe também o faça. Esse momento é uma tentativa da equipe de corresponsabilizar o paciente e tem por finalidade fortalecer os princípios doutrinários do SUS, posicionando esse usuário enquanto sujeito protagonista do seu cuidado, utilizando dois importantes dispositivos previstos na PNH (o PTS e o sistema de referência e contrarreferência).

Fica evidenciada, ao final desse trabalho, a necessidade que se tem pela continuidade desse processo avaliativo, a fim de que se possa alcançar a melhoria da interlocução entre o CER II/UNESC e a APS, possibilitando firmar ações conjuntas durante o processo de reabilitação, preparando esse paciente/família a sua reinserção na sua comunidade, favorecendo as intervenções necessárias a fim de que se possa potencializar seu processo de transição com sua nova realidade e sua relação com a rede, aumentando, consideravelmente, suas possibilidades de, Sugere-se, ainda, ações incluam esse sujeito no processo de interlocução em APS e demais pontos de atenção da rede.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco, KMB, Alves VLR. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiátrica*. 2007; 14(4): 242-8.
2. Piccolo, GM, Mendes EG. Sobre formas e conteúdos: a deficiência como produção histórica. *Perspectiva*. 2013; 31(1): 283-315.
3. França, TH. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2015; 6(11): 105-23.
4. Andrade LT, Araújo EG, Andrade KRP, Soares DM, Cianca TCM. Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010; 63(06): 1056-60.
5. Bastos ACAC. Un paseo a través del tiempo: el poder de los aspectos religiosos en la exclusión de las personas con discapacidad en las edades antiguas y medievales. *Revista Caminhando*. 2016; 21(1): 47-58.
6. Carvalho SR, Belmiro SDDR, Moura IBL, Miranda FAN, Monteiro AI. Practice of the primary health care nursing team towards children with disabilities. *REUOL*. 2017; 11(4): 1679-86.
7. Othero M, Dalmaso A. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009; 13(28): 177-88.
8. Coura AS, Enders BC, Menezes RMP, França ISX. Análise contextual da consulta de enfermagem na visita domiciliar às pessoas com lesão medular. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2013; 17(4): 1000-13.
9. Oliveira NR. Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2015.

10. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2307-16
11. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, de Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil: SciELO - Editora FIOCRUZ; 2012.
12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.
14. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate*. 2014; 38(100): 26-34.
15. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. *Physis*. 2013; 23(4): 1101-22.
16. Arruda C, Meirelles BHS, Koerich MHAL, Lopes SGR, Winck DR, Mello ALSF. Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2015; 19(1): 169-73.
17. Peixoto RV, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(2): 357-65.
18. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1): 111-17.

19. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. La atención secundaria en salud: mejores prácticas en la red de servicios. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(spec.): 1-8.
20. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. The Interface between Primary Care and Emergency Dental Services (SOU) in the SUS: the interface between levels of care in oral health. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10): 3111-20.
21. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectives and challenges of public gestion in the SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2014; 16(1): 35-9.
22. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS, 2015.
23. Magalhães Júnior HM. Health care Networks: towards the integrality. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014; 52(1): 15-37.
24. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 1º jul 2011; Seção 1.
25. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 8 jul 2011; Seção 1.
26. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 26 dez 2011; Seção 1.
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 25 abr 2012; Seção 1.

28. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União 02 abr 2014; Seção 1.
29. Brasil, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda; altera os arts. 16, 72 e 77 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social, para incluir o filho ou o irmão que tenha deficiência intelectual ou mental como dependente e determinar o pagamento do salário-maternidade devido à empregada do microempreendedor individual diretamente pela Previdência Social; altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência; e acrescenta os §§ 4o e 5o ao art. 968 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, para estabelecer trâmite especial e simplificado para o processo de abertura, registro, alteração e baixa do microempreendedor individual. Diário Oficial da União 1 set 2011; Seção 1
30. Brasil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União 18 nov 2011; Seção 1.
31. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no

âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 25 abr 2012; Seção 1

32. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 452, de 10 de maio de 2012. Institui o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Diário Oficial da União 27 set 2013; Seção 1.
33. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Viver sem Limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH/PR-SNPD. 2013.
34. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiências. Brasília: SDH/PR-SNPD. 2012.
35. Conselho Nacional da Pessoas com Deficiência (Conade) [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD); 2017 [citado em 2017 set 09]. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade>
36. Pereira JS, Machado WCA. Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities: (dis) articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis*. 2016; 26(3): 1030-51.
37. Silva VGO, Ramos FRS. La práctica integral del enfermero en el proceso del alta hospitalaria del niño: límites y potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2): 247-54.
38. Medeiros LSP, Silveira MC, Bom BM, Souza GN, Mangilli EM, Hanus JS et al. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e do Projeto

Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de avaliação e tratamento do paciente com deficiência. Anais da VII Semana de Ciência e Tecnologia: Ciência Alimentando o Brasil; 17 a 21 de outubro de 2016; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma: Ediunesc; 2017.

39. Secretaria Estadual da Saúde (MG). Centros Especializados em Reabilitação (CER) [Internet]. Minas Gerais; 2017 [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/cer>.
40. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 1º jul 2013; Seção 1.
41. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoyo matricial, plan terapéutico singular y producción del cuidado en salud mental. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(1): 112-20.
42. Corrêa VAF, Acioli S, Mello AS, Dias JR, Pereira RDM. Personalized therapy plan: reflections for nursing in public health. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(6): 1-6.
43. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(3): 01-08.
44. Deschamps ALP, Rodrigues J. Mental Health policy and singular therapeutic project. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.* 2016; 8(17): 78-92.
45. Andrade A, Otani M, Higa E, Marin M, Garcia VC. Projeto terapêutico singular em uma unidade de internação psiquiátrica: aproximações e distanciamentos. *Atas CIAIQ2017.* 2017; 2: 492-501.
46. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and

- procedures in dimensions constituents of psychosocial care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57): 313-23.
47. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estrategia de la salud de la familia y el sistema de referencia: um desafio a se enfrentado. *R. Enferm. UFSM*. 2011; 1(1)31-40.
 48. Melo DF, Criscuolo MBR, Viegas SMF. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Rev Fund Care Online*. 2016; 8(4):4896-4995.
 49. Serra CG, Rodrigues PHA. Evaluation of reference and counter-reference in the family health program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3): 3579-86.
 50. Moura JÁ, Guimarães MMM, Machado FSM, Moura EP, Souza BN, Deus LMC *et al*. Evaluation of reference reports received in a university public service in Endocrinology in Belo Horizonte. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2015; 25(2):208-15.
 51. Finkelsztejn A, Acosta LMW, Cristovam RA, Moraes GS, Kreuz M, Sordi AO *et al*. Primary care ferrals for neurological evaluation in Porto Alegre, Brazil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3):731-741.
 52. Prefeitura Municipal de Nova Friburgo (PMNF). [Internet]. [citado em 2017 out 10]. Disponível em: <http://www.novafriburgo.rj.gov.br>
 53. Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). [Internet]. [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.amrec.com.br>.
 54. Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC). [Internet]. [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.amesc.com.br>.
 55. Lucena EMF, Ribeiro KSQS, Moraes RM, Neves RF, Brito GEG, Santos RNLC. Relationship between body functions and

referral to rehabilitation post-stroke. *Fisioter. Mov.* 2017; 30(1): 141-50.

56. Gonçalves Junior E, Knabben RJ, Luz SCT. Portraying the amputation of lower limbs: an approach using ICF. *Fisioter. Mov.* 2017; 30(1): 97-106.
57. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Andreucci CB, Angelini CR, Ferreira EC et al. Validation of the 36-item version of the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) for assessing women's disability and functioning associated with maternal morbidity. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2017; 44-52.
58. Liu JYW. The severity and associated factors of participation restriction among community-dwelling frail older people: an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF). *BMC Geriatrics.* 2017; 17(43): 1-11.
59. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2012; Seção 1.
60. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. Aprova as seguintes diretrizes Éticas na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* 24 maio 2016; Seção 1.
61. Santos W. Disability as a restriction on social participation: challenges in evaluation since the Brazilian Inclusion of People with Disabilities Act. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016; 21(10): 3007-3015.
62. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência.* Brasília: SDH/PR-SNPD. 2012.

63. Brasil, Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.
64. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência (São Paulo, Brasil). Relatório Mundial sobre Deficiência. SEDPCD/World Health Organization. 2012.
65. Missel A, Costa CC, Sanfelice GR. Humanización de la salud e inclusión social en la atención de personas com Deficiencia física. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(2): 575-597.
66. Storch JA, Borella DR, Harnisch GS, Frank R, Almeida JG. Auto-estima e autoimagem em idosos com deficiência. *Jorsen*. 2016; 16(1): 251-54.
67. Gutierrez Filho PJB, Geraldo TDL, Bento GG, Silva FC, Arancibia BEA, Silva R. Quality of life of elderly with disabilities and physical activity in long-term institutions. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2014; 17(1): 141-51.
68. Tavares CB, Sousa EB, Borges IGC, Godinho Júnior AA, Freire Neto NG. Epidemiological profile of patients with cervical spine fractures treated surgically in the neurosurgery service at Hospital de Base do Distrito Federal (Brasília, Brazil). *Arquivos Brasileiros de Neurologia*. 2016; 35(1): 1-7.
69. Oliveira JCAX, Correa ACP, Arruda e Silva L, Mozer MT, Medeiros RMK. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para Enfermagem. 2017; 22(2): e49724.
70. Cruz MF, Ramires VV, Wendt A, Mielke GI, Martinez-Mesa J, Wehrmeister FC. Simultaneity of risk factors for chronic non-communicable diseases in the elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(2): 1-11.
71. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes NL, Silva Júnior JB, Reis AAC. Surveillance and monitoring of major chronic

- diseases in Brazil – National Health Survey, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015; 18(suppl. 2): 3-16.
72. Canuto MAO, Nogueira LT, Araújo TME. Health-related quality of life after stroke. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3): 245-52.
73. Bandeira D, Weiller TH, Silveira TF, Damasceno AN, El Hodali NF. Attention user management with dependence of accident after-effects for care vascular brain. *Rev. APS.* 2016; 19(4): 575-81.
74. Oliveira JG, Damasceno KG, Souza LP, Lima MG. Clinical epidemiological profile and the main diagnostic labels nursing to hospitalized patients with stroke in a large hospital in the south of the Legal Amazônia region. *Revista Amazônia Science & Health.* 2016; 4(3): 3-11.
75. Magalhães ALG, Souza LC, Faleiro RM, Teixeira AL, Miranda AS. Epidemiology of traumatic brain injury in Brazil. *Rev. Bras. Neurol.* 2017; 53(2): 15-22.
76. Sousa KM, Oliveira WIF, Alves EA, Gama ZAS. Fatores associados ao acesso à reabilitação física para vítimas de acidentes de trânsito. *Rev. Saúde Pública.* 2017; 51(54): 1-13.
77. Oliveira CM, Malheiros JA, Moreira LA, Garcia LAO, Lima TOL, Matos SS, Ribeiro LC. Epidemiologic profile of brachial plexus traumatic lesions in adults at an outpatient clinic in Minas Gerais. *Arq. Bras. Neurol.* 2015; 3(35): 1-4.
78. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. The disabled and Public Policy: the gap between intentions and actions. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016; 21(10): 3131-42.
79. Campoy LT, Rabeh SAN, Nogueira PC, Vianna PC, Miyazaki MY. Self-care practice for bowel functioning in a group of patients with spinal cord injury. *Acta Fisiatr.* 2012; 19(4): 228-32.

80. Macedo MCM, Chamlian TR, Leal CAP, Bonilha MMM, Rezende F. Return to work in traumatic lower limb amputees patients. *Acta Fisiatr.* 2013; 20(4): 179-82.
81. Santos DA, Shirasaki RTS, Cangussu JML, Fermino JM, Silva AT, Campos GL. Potential and difficulties in user embracement in primary care network as the National Policy of Humanization. *Sau. & Transf. Soc.* 2016; 6(2): 54-69.
82. Seminotti N. Construção de grupos na atenção básica à saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2017; 27(1): 9-12.
83. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
84. Diniz AM. Proyecto terapéutico singular em la atención de salud mental: tecnologías para el individuo en crisis. *Sanare.* 2017; 16(1): 07-14.
85. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologías Leves en Salud y su relación con el cuidado de enfermería hospitalaria. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(2): 291-8.
86. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first external evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate.* 2014; 38(specc.): 209-220.
87. Torralbo FAP, Juliani CMCM. The system of reference and counter reference in attending teenagers: reality x completeness. *Ver Enferm UFPE.* 2016; 10(3): 1016-21.
88. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal C, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(1): 01-08.

89. Bastos SHB, Volochko A, Figueiredo R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde* (2017): 146-166.
90. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Reference and counter reference network for Emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2015; 25(4): 469-75.
91. Santos AM, Giovanella L. Family Health Strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108): 48-63.
92. Oliveira JSB, Suto CSS, Silva RS. Tecnologias leves como práticas de Enfermagem na Atenção Básica. *Ver. Saúde.com*. 2016; 12(2): 613-21.
93. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. The construction of a Singular Therapeutic Project with the user and the family: potentialities and limitations. *O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 521-5.
94. Mazzuchello FR, Tuon L, Simões PW, Mazon J, Dagostin VS, Tomasi CD et al, Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. *O Mundo da Saúde*. 2016; 40(4): 418-32.
95. Vasco CC, Franco MHP. Individuos paraplégicos y el significado construido para la lesión medular en sus vidas. *Psicol. Cienc. Prof.* 2017; 37(1): 119-131.
96. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Evaluation of the multiprofessional work of the family health support center (NASF). *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1): 1-9.
97. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*. 2012; 15(1): 153-159.

98. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. The Evaluability assessment of the Family Health Support Centers (NASF). *Saúde Debate*. 2017; 41(spe.): 345-359.
99. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, Franco TB. Productive restructuring in health: performance and challenges of the Family Health Support Center. *Saúde em Debate*. 2017; 41(112): 155-170.
100. Oliveira APC, Gabriel M, Dal Poz MR, Dussault G. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4): 1165-1180.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Instruções para a Entrevista - Logo que o entrevistado atender a ligação deverá ser lido o RESUMO da pesquisa de forma sucinta e objetiva para que o mesmo esteja ciente de que se trata o telefonema, em seguida será lido o TCLE onde o paciente dirá se aceita fazer parte da pesquisa ou não e assim ficando registrado na gravação, por último deverá ser realizado o roteiro de perguntas a baixo.

Data do contato telefônico (reavaliação do paciente): ____/____/____

Nome do responsável pela realização do contato: _____

Nome completo do paciente: _____

Data de nascimento do paciente: _____

Idade: _____

Sexo do paciente: () masculino () feminino

Município de origem: _____

Diagnóstico médico: _____

Tempo decorrido entre a lesão e a admissão no CER II/ UNESC: ____

Tempo de permanência no CER II/ UNESC: _____

Você recebeu a Nota de Alta do CER II/ UNESC?

() Sim

() Não

() Não recorda

Se sim, a utilizou para que finalidade: _____

Após o (a) Senhor (a) recebeu nota de alta do CER a atenção primária em saúde lhe procurou?

() Sim

() Não

Após ter tido a Alta do CER II/ UNESC a Atenção Básica em Saúde lhe encaminhou para algum serviço que lhe prestou algum atendimento?

() Sim

() Não

() Não recordo

Se sim na questão anterior, qual serviço foi encaminhado?

() Clínica de () Fisioterapeuta () Terapeuta

Fisioterapia Ocupacional

() NASF () Nutricionista () Psicólogo

() CEO () Neurologista () Assistente Social

O (a) Senhor (a) precisa de algum serviço que não foi atendido?

Sim ()

Não ()

Se sim qual o serviço: _____

Observações:

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aceite



ANEXO A – Carta de Aceite

Criciúma, 31 de maio de 2017

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (setor, banco de dados, prontuário, etc.) da Instituição Centro Especializado em Reabilitação (CER II/UNESC), localizado nas Clínicas Integradas, sito à Avenida Universitária, nº 1.105, Bairro Universitário, Cep: 88.806-000, Criciúma, Santa Catarina, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **INTERLOCUÇÃO ENTRE CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE** sob a responsabilidade da Prof^ª. Dr^ª. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt (orientadora) e Luciano Silveira Pacheco de Medeiros (mestrando), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.



Prof^ª Valdemira Santina Dagostin
Coordenadora de ensino da UNASAU
(Portaria 13/2017/ REITORIA)

FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (MANTENEDORA)

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: INTERLOCUÇÃO ENTRE CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Objetivo: analisar a interlocução entre CER II/ UNESC e a Atenção Primária em Saúde e seus encaminhamentos; realizar levantamento dos pacientes atendimentos no CER II/ UNESC nos dois últimos anos (2015/2016) com comprometimento motor e, verificar qual ponto da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência o usuário está inserido logo após a alta do CER II/ UNESC.

Período da coleta de dados: 01/09/2017 a 15/09/2017

Tempo estimado para cada coleta: 08 horas/dias

Local da coleta: o estudo será realizado nas dependências do CER II/ UNESC, localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Avenida Universitária, nº 1.105, Bairro Universitário, município de Criciúma, Santa Catarina.

Pesquisador/Orientador: Dr^a Lisiane Tuon Generoso Bitencourt Telefone: 48 3431.25.37

Pesquisador/Acadêmico: Luciano Silveira Pacheco de Medeiros Telefone: 48 9 96274331

2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

O presente estudo analisará a interlocução existente entre o Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNESC, e seus
--

encaminhamentos, e a Atenção Primária em Saúde dos municípios componentes das regiões de saúde da AMREC/AMESC, a fim de realizar levantamento dos pacientes atendimentos no CER II/ UNESC entre os dias 1 de junho de 2014 a 14 de maio de 2017, com comprometimento motor e, ainda, verificar qual ponto da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência o usuário está inserido logo após a alta do CER II/ UNESC.

RISCOS

A perda da confiabilidade dos dados caracteriza-se como o único risco em participar dessa pesquisa, porém este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os meus dados pessoais.

BENEFÍCIOS

Melhoria do processo de comunicação entre o Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNESC e a Atenção Primária em Saúde dos municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC/AMESC.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidos, sendo que para tanto, firmo ao final a presente declaração em duas vias de igual teor e forma ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões ou denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431-2723 ou pelo e-mail cetica@unesc.net.

O senhor (a) aceita participar da Pesquisa: SIM () NÃO ()

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2017.

ANEXO C – Parecer Consubstanciado



Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.253.131

CAAE: 69112617.1.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Título: "INTERLOCUÇÃO ENTRE CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 01 de setembro de 2017.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP