

### Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência

Specialized rehabilitation centers: assessing the challenges in implementing the biopsychosocial model in caring for people with disabilities (abstract: p. 17)

Centros Especializados en Rehabilitación: evaluación de los desafíos para la implementación del modelo biosicosocial en las prácticas asistenciales para la persona con discapacidad (resumen: p. 17)

**Maria Cristina Pedro Biz<sup>(a)</sup>**

<mcristinapbiz@gmail.com> 

**Maria da Conceição dos Santos<sup>(b)</sup>**

<santos.maria@unifesp.br> 

**Fernanda Reis<sup>(c)</sup>**

<fernandarsouza@ufba.br> 

**Stella Maris Nicolau<sup>(d)</sup>**

<stella.nicolau@unifedp.br> 

**Juarez Pereira Furtado<sup>(e)</sup>**

<jpfurtado@unifesp.br> 

<sup>(a)</sup> Fonoaudióloga. Santos, SP, Brasil.

<sup>(b)</sup> Departamento de Ciências do Movimento Humano, Instituto Saúde e Sociedade (ISS), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. 11015-020.

<sup>(c)</sup> Departamento de Saúde da Família e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

continua pág. 13

Avaliamos, em conjunto com profissionais dos serviços, os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nos Centros Especializados em Reabilitação. Por meio da articulação da Avaliação de Quarta Geração e Roda de Conversa (Método Paideia), abordamos os modelos implementados de assistência à pessoa com deficiência, partindo das seguintes questões: trabalhar em reabilitação; prontuário e avaliação; atendimento compartilhado e qualificação da alta. Do conteúdo das rodas emergiram três categorias empíricas: o processo de trabalho em reabilitação; o trabalho em rede; o modelo de cuidado. A identificação de entraves e facilitadores poderá favorecer a plena implementação do modelo biopsicossocial na atenção às pessoas com deficiência, gerando subsídios para o avanço rumo à integralidade do cuidado às pessoas com deficiência representado neste modelo.

**Palavras-chave:** Saúde da pessoa com deficiência. Modelo biopsicossocial. Centros de reabilitação. Modelo de assistência. Integralidade.

## Introdução

O Plano<sup>(4)</sup> Viver sem Limite<sup>1</sup> retomou o direito constitucional à saúde das pessoas com deficiência e promoveu avanços na integralidade do cuidado com a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)<sup>2</sup>. Recentes estudos<sup>3-5</sup> mostraram que a indução financeira decorrente da implantação da RCPD impulsionou a expansão da atenção especializada em reabilitação, mas ainda com ausência de serviços em determinadas regiões do país. Os achados revelaram também que a implementação da RCPD ainda está por ser consolidada, enquanto a descontinuidade em seu início contribuiu para acentuar a heterogeneidade do modelo médico nas práticas e gestão da rede<sup>6,7</sup>.

Há relativo consenso de que o plano, pelo seu formato intersetorial e pela possibilidade de ampliação no número de serviços, pode gerar inovações nas práticas assistenciais e espaços de cuidado às pessoas com deficiência<sup>5-7</sup>. Contudo, decorridos dez anos da sua implementação, ainda requer investimentos das instâncias políticas, dos gestores e profissionais que compõem as equipes dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), na superação da visão fragmentada de sujeito e da segmentação de ações e serviços, intencionando a integralidade do cuidado<sup>3,4</sup>.

Nos últimos anos, a RCPD experimentou descontinuidade na ampliação de serviços em virtude de políticas de austeridade fiscal adotadas pela última gestão federal, que exacerbou o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>. A pandemia do Covid-19 também impactou negativamente o acesso aos serviços de saúde, agravando a desassistência à pessoa com deficiência<sup>8</sup>.

Nesse contexto, o debate sobre os modelos de atenção em reabilitação para transformação das práticas assistenciais, consonantes com as necessidades sociais de saúde das pessoas com deficiência e o direito à participação social plena, tem sido impulsionado. Tal problematização, comum no campo da Saúde Coletiva, traz à tona tensões entre os distintos modelos tecnoassistenciais, aqui entendidos como a convergência de horizontes entre os diversos discursos socialmente legitimados<sup>9-11</sup>.

No campo da reabilitação, prevalece o modelo biomédico, que compreende a deficiência como “doença” ou “anormalidade” corporal e a maneira como isso produz algum grau de incapacidade ou limitação funcional<sup>12</sup>. Tal modelo engendra práticas centradas nas estruturas e funções do corpo e restritas a abordagens individuais e fragmentadas por contribuições disciplinares. Pesquisadores<sup>3,4,7</sup> constatam que as práticas assistenciais nos serviços de reabilitação ainda são fortemente situadas nas alterações do corpo, priorizando-se tecnologias de reabilitação indispensáveis, mas não suficientes, para responder as necessidades de saúde da pessoa com deficiência e suas famílias.

A RCPD<sup>2</sup> busca tensionar as práticas centradas nas alterações morfofuncionais ao priorizar o conceito de integralidade do cuidado na assistência em saúde às pessoas com deficiência. Para Mattos<sup>13</sup> (p. 66), os serviços devem “ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”. Nesse sentido, a desvalorização dos determinantes sociais em saúde e da subjetividade do

<sup>(4)</sup> O Plano Viver sem Limite e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência possuem atualização das normativas, respectivamente: Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023 e Portaria GM n.1526 de 11 de outubro de 2023.

sujeito limita a compreensão acerca da experiência da deficiência e restringe a assistência a procedimentos e protocolos baseados em evidências, subestimando ações nos contextos de vida das pessoas com deficiência e suas famílias.

Para Ayres<sup>14</sup> (p. 65), a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário conflitua com os principais valores e pressupostos que orientam hegemonicamente os modelos de prática. A complexidade do processo saúde-doença-deficiência envolve fatores sociais, contextuais e singularidades; portanto, requer um diagnóstico situacional centrado no sujeito<sup>15,16</sup>.

O modelo biopsicossocial, essencial na condução das intervenções sob a ótica da integralidade do cuidado, é ainda incipiente nos serviços, apesar de disposto pela Lei Brasileira de Inclusão, de 2015<sup>17</sup>, que se pauta no conceito contemporâneo ampliado de deficiência, no qual a interação entre o impedimento corporal (físico, mental, intelectual ou sensorial) de longo prazo e as barreiras do contexto limitam a plena e efetiva participação social da pessoa com deficiência.

Em face do esgotamento do modelo biomédico, e para atender a uma nova demanda que busca não apenas tratar as doenças, mas também garantir maiores níveis de saúde e direitos, há crescente interesse pela mensuração e pela abordagem da funcionalidade, que se encontra fortemente debruçado no modelo biopsicossocial. A publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde<sup>18</sup>, em 2001, com sua estrutura integrativa, tem possibilitado incorporar estratégias de avaliação da pessoa com deficiência que permitem uma abordagem biopsicossocial, o que contribui para incorporar na prática clínica um raciocínio mais ampliado, problematizando o objetivo assistencial com foco no desempenho e na rotina do indivíduo<sup>19</sup>.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta aliada ao cuidado integral nos serviços ao possibilitar a cogestão da assistência entre os profissionais responsáveis e os usuários, orientada para as singularidades do sujeito e seu contexto<sup>15,16,20</sup>. Reorientar o modelo de prática, partindo da realidade do trabalho e suas questões organizacionais, envolvendo os atores da assistência no que se refere às concepções coletivas do processo saúde-doença, é uma estratégia a ser considerada para mudar o modelo de cuidado em reabilitação<sup>21</sup>.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) se constituem em importante espaço para mudança do paradigma hoje instalado. São cenários potencialmente férteis para desenvolver um modelo de assistência em que o indivíduo e seu contexto é o centro do processo de recuperação e suas demandas atendidas<sup>19</sup>.

Portanto, este estudo pretende avaliar os desafios à adoção do modelo biopsicossocial na assistência prestada nos CER pela perspectiva dos profissionais, por meio de suas realidades. Assim, de forma participativa, identificar avanços e entraves no modelo assistencial vigente nos serviços para contribuir na efetivação da integralidade do cuidado em reabilitação.

## Método

Neste estudo, usamos a articulação proposta por Furtado<sup>22</sup> entre a chamada Avaliação de Quarta Geração<sup>23</sup> e o Método Paideia<sup>15</sup>. A primeira constitui contraposição a processos avaliativos pouco permeáveis às questões, reivindicações e proposições daqueles diretamente envolvidos com o ente avaliado, autodenominando-se, por isso, como avaliação construtivista. O Método da Roda<sup>15</sup> sustenta o estabelecimento de espaços de análise e reflexão, por parte dos trabalhadores da saúde, sobre as questões teóricas e práticas que atravessam o cotidiano dos serviços, com a presença e as contribuições de apoiadores. A junção de um método avaliativo permeável às questões dos trabalhadores com outro, que contempla os fatores institucionais e intersubjetivos que atravessam os coletivos organizados para a produção de saúde<sup>22</sup>, nos pareceu pertinente à abordagem dos desafios na implementação do modelo biopsicossocial nos CER.

A amostragem intencional foi realizada com a escolha de três Centros Especializados de Reabilitação do Sistema Único de Saúde, de municípios distintos, escolhidos por estarem habilitados ou em fase de habilitação na RCPD: um serviço filantrópico habilitado como CER tipo III, situado em município paulista de pequeno porte; um CER tipo II, situado em município baiano de pequeno porte e constituído no modelo trazido pela RCPD<sup>2</sup>; e um serviço de reabilitação em fase de habilitação pela RCPD, em município paulista de grande porte. As configurações dos serviços devem ser consideradas nas análises sobre o modelo biopsicossocial e de cuidado, pois incide na concepção de trabalho em reabilitação.

Apresentamos o projeto de pesquisa e um curso de extensão aos coordenadores dos serviços escolhidos por e-mail, telefone e videoconferência. Solicitamos aos coordenadores a indicação de três profissionais de especialidades distintas para participarem do estudo, indicações que resultaram em dois fisioterapeutas; duas fonoaudiólogas; três psicólogas; uma terapeuta ocupacional; e uma psicopedagoga, totalizando nove participantes, sendo dois do gênero masculino e sete do feminino, que estiverem presentes em todos os encontros.

As restrições sanitárias da pandemia da Covid-19 levaram este trabalho à modalidade *on-line*, que possibilitou reunir de forma remota pessoas de diferentes regiões do país, descortinando um campo exponencial para produzir narrativas e explorar novas formas de sociabilidade que têm modulado nossas (inter)subjetividades<sup>24</sup>.

Foram utilizadas três oficinas de noventa minutos na modalidade virtual, em junho de 2022, conduzidas pela pesquisadora e um assistente observador. Em cada oficina, nos trinta minutos iniciais, uma convidada especialista apresentava um tema disparador para a roda de conversa (RC) a que denominamos: RC1 – trabalhar em reabilitação; RC2 – prontuário e avaliação; RC3 – atendimento compartilhado e alta qualificada; e uma última reunião (RU) – para apresentação das sínteses.

No segundo momento dos encontros, fundamentando-se no referencial metodológico da Roda de Conversa (RC) proposto pelo Método Paideia<sup>15</sup>, debateu-se o tema abordado na oficina. O planejamento e a organização da atenção específica para a área, o reconhecimento das necessidades de cuidado dos usuários e a percepção pessoal sobre o que é cuidado da pessoa com deficiência na assistência reabilitacional foram questões apresentadas para fomentar as discussões.

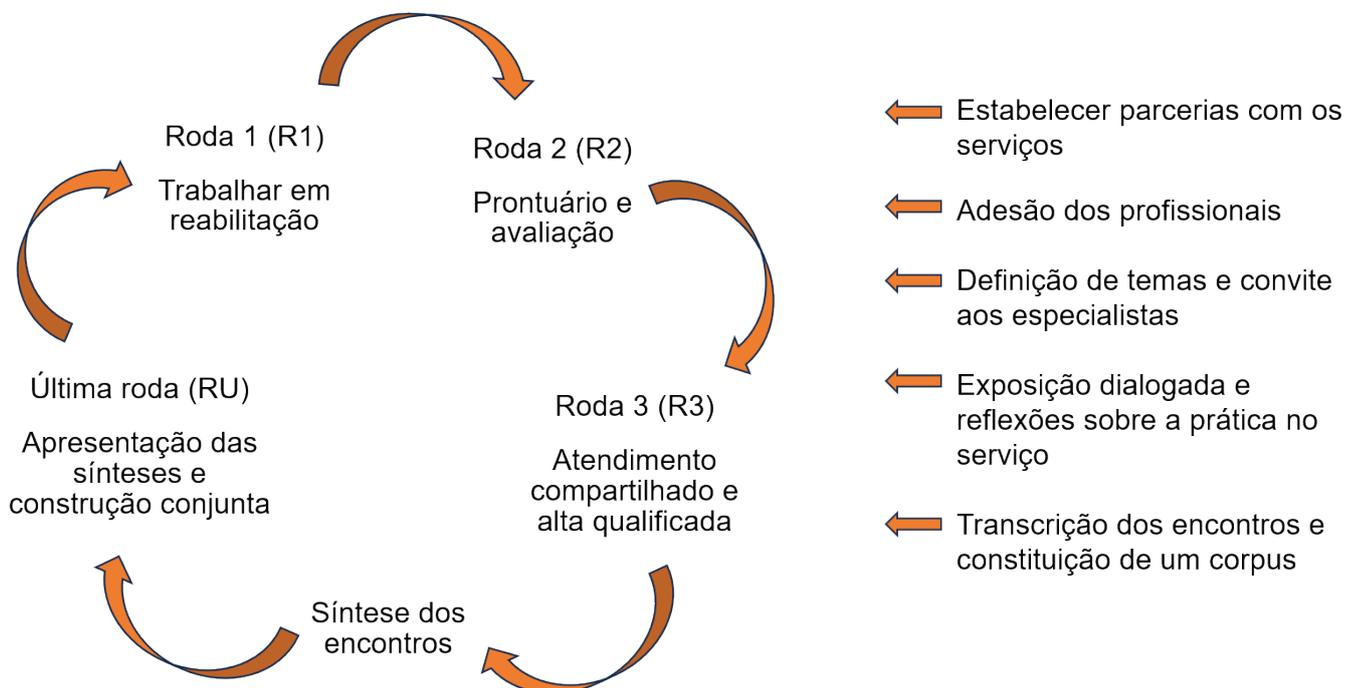
Destaca-se que a parte expositiva foi aberta a todos os profissionais dos serviços como um curso de extensão, em compromisso ético coerente com o referencial teórico-metodológico adotado. Assim, a interação com os serviços possibilitou a extração de informações de pesquisa aliada a um espaço de reflexão e formação colaborativa sobre o modelo biopsicossocial e de cuidado integral em reabilitação.

Uma síntese de cada RC foi apresentada aos participantes no quarto e último encontro em agosto de 2022, em que pudemos retomar, reiterar e complementar as discussões, consolidando ideias sobre os temas.

O conteúdo das RC foi gravado, salvo e transcrito, constituindo o *corpus* submetido à análise de conteúdo<sup>25</sup> para identificar categorias pertinentes ao objetivo da pesquisa.

A avaliação de quarta geração<sup>23</sup> propõe três fases para o processo de avaliação de serviços: a) identificação dos grupos de interesse ou *stakeholders*; b) análise das questões, preocupações e reivindicações dos participantes; e c) busca do consenso entre os grupos de interesse por meio da discussão, da negociação e do intercâmbio de informações. Esse processo compôs a estrutura das Rodas de Conversa<sup>15</sup> cujo roteiro está sintetizado na Figura 1.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, CAEE 57018122.5.0000.5505.



**Figura 1.** Síntese das etapas da pesquisa.

Fonte: Os autores.

## Resultados e discussão

As discussões nas RC destacaram as potencialidades dos serviços, o alcance do trabalho em reabilitação e os desafios em avançar na implementação do modelo biopsicossocial. As citações dos participantes serão identificadas como RC1, RC2, RC3 e RU. A análise de conteúdo<sup>25</sup> produziu três categorias empíricas: processo de trabalho em reabilitação; trabalho em rede; modelo de cuidado.

### Processo de trabalho em reabilitação

As discussões revelaram pontos positivos e realidades desafiadoras no cotidiano do trabalho em reabilitação. Para além dos desafios básicos dos serviços já diagnosticados por vários estudos<sup>3-5,7,16</sup>, como falta de recursos humanos, demandas reprimidas, estrutura física e falta de capacitação, que comprometem a rotina nos serviços, apontam-se potencialidades na força do trabalho em grupo.

[...] existe uma demanda grande de pacientes. Infelizmente, o atendimento tem que ser de 30 a 30 minutos e isso dificulta bastante. Agora algo que facilita muito, como todos vocês relataram, é o nosso trabalho em equipe... isso facilita muito a interação, porque a gente, quando consegue ter essa interação também com o próprio paciente, com a família, então isso facilita bastante o nosso processo de reabilitação. (RC1)

Nas avaliações iniciais, realizadas por profissionais diversos, referiram a importância de contar com as especialidades.

O município, a rede encaminha, e ele entra aqui no serviço para os programas, num acolhimento único, onde participam o médico, fisioterapeuta e a assistente social. [...] A proposta é que, nesse acolhimento, o médico estabilize clinicamente, o assistente social faça a rede e o fisioterapeuta avalia as questões mais eminentes de acometimento físico. (RC2)

O trabalho multiprofissional mostrou-se como potencialidade para o cuidado integral, ainda que variassem as percepções dos profissionais do grupo entre um modelo tradicional de equipe de reabilitação e outro com estratégias mais ampliadas de assistência e cuidado.

O grupo emprega instrumentos quantitativos para avaliar e medir resultados, compreendendo-os como parâmetros importantes. Mas também valoriza as tecnologias leves, como a escuta qualificada e o acolhimento ao usuário, ainda pouco incorporados no processo de trabalho.

O avanço da Ciência da Reabilitação e das tecnologias utilizadas, bem como a garantia do acesso a elas, tem proporcionado melhor qualidade e maior expectativa de vida. Bons diagnósticos são essenciais e devem incluir a complexidade da experiência vivida com a deficiência<sup>26</sup>.

O termo Projeto Terapêutico Singular (PTS), bastante recorrente nas falas dos participantes, é visto pelo grupo como flexível. Em relação a quem define o PTS, o profissional desponha como quem centraliza a relação. Mas alguns apontaram o problema

de se construir um PTS no qual o usuário é menos ouvido e suas expectativas, menos consideradas. Um profissional trouxe o PTS como uma das barreiras encontradas no processo de trabalho, que requer uma “mudança de olhar” na atuação profissional.

PTS, esse plano terapêutico singular que nós temos que fazer para traçar nossos objetivos. Então, é uma barreira que nós encontramos, assim, complicada, que passa um pouco da tua habilidade profissional, as suas ferramentas profissionais, seus estudos profissionais. (RC2)

Na proposição da RCPD, o PTS consiste em propostas e condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão em equipe de modo interdisciplinar e praticada em conjunto com o usuário e seus familiares. Contudo, os instrutivos não descrevem como e o que desenvolver em um PTS<sup>7,27,28</sup>, o que se reflete na percepção dos profissionais.

Nas discussões sobre prontuário, principal instrumento para relatar, comunicar e compilar informações sobre o processo de reabilitação do usuário, desde a assistência prestada até o itinerário terapêutico, ainda há dúvidas em seu desenvolvimento. Segundo dados da literatura, o registro no prontuário do usuário depende das condições de trabalho dos profissionais, das tecnologias disponíveis, da oferta de capacitação ao profissional em serviço e ainda durante a Graduação<sup>29,30</sup>. Outras demandas também se somam, segundo a percepção do grupo, como cobrança de metas e de produtividade, lançamento de procedimentos e normativas de gerências verticalizadas sem o aporte técnico. O registro no prontuário, segundo eles, termina por ser algo meramente pontual e burocrático, que resulta na ausência de sistematização de registro pela equipe e de elementos que considerem as singularidades.

A Política Nacional de Humanização<sup>26</sup> de 2004 traz o prontuário transdisciplinar como recurso para fortalecer o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais. Problematicar os registros implica detalhar como o cuidado é pensado.

Outra questão apresentada pelos participantes diz respeito à formação acadêmica na Graduação e na Pós-Graduação altamente especializada, o que acaba não atendendo à configuração assistencial necessária dos serviços de reabilitação. O grupo compreende como primordial a mudança na formação acadêmica, e observa que isso está em curso. Entendem que o aperfeiçoamento contínuo e o investimento na educação permanente em serviço são algo essencial, e temas envolvendo a organização do trabalho e as políticas públicas e institucionais precisam estar nos currículos, pois podem contribuir para o fortalecimento das políticas implementadas.

A necessidade de se institucionalizar, pelos serviços de reabilitação, os meios dos profissionais se manterem atualizados, e que sejam incorporados à rotina de trabalho hoje quase restrita à assistência, expressa a falta de política de educação permanente. Isso requer espaços de reflexão abordando temas sem uniformizá-los, já que atuação em reabilitação não é homogênea<sup>7,21</sup>, o que reflete a percepção do grupo.

Eu sou fono, e a formação que eu tive não dá conta da parte da minha atuação profissional, hoje. Então, a gente está sempre buscando a educação continuada, tanto cursos ministrados pelo Ministério da Saúde, que tem alguns gratuitos, quanto cursos fora mesmo [...] curso sobre PTS, a questão dessa parte de matriciamento... (RC1)

As discussões nas RCs permitiram identificar que as dificuldades e os avanços no processo de trabalho em serviços são semelhantes, apesar da heterogeneidade da realidade da RCPD. Por atuarem no SUS, reconhecem semelhanças nas lacunas. Consideraram que as RCs tornaram evidente quanto há para se discutir sobre o processo de trabalho em reabilitação.

Novamente, o instrutivo de reabilitação do CER e de oficinas ortopédicas<sup>19,27</sup> propõe uma organização do processo de trabalho pautada em equipe multidisciplinar, rede de saúde, integralidade e olhar ampliado e singularizado para a pessoa com deficiência. Porém, as ações propostas pelo instrutivo resumem-se a procedimentos de avaliação, critérios de elegibilidade e definição de condutas bastante restritas.

## Trabalho em rede

Tomar a assistência em reabilitação como determinante de saúde transversal, por meio da ação integrada entre atores dispostos nos serviços que compõem a Rede de Atenção em Saúde (RAS), tem sido um desafio desde sua implementação. Ainda se observa uma rede fragmentada, em que os atores envolvidos exercem o cuidado de forma restrita aos seus espaços de atuação, sem a devida consideração ao itinerário de busca de cuidados das pessoas com deficiência no SUS, comprometendo sua continuidade e o acesso a todos os níveis de atenção, de acordo com a demanda. A trajetória dos usuários pelos serviços de saúde em geral, e nos serviços de reabilitação em particular, desvela o dinamismo, os agenciamentos e os atravessamentos no percurso de busca de cuidado e os hiatos na produção dele<sup>12,31,32</sup>.

Os participantes compreendem os serviços de reabilitação como espaço privilegiado da atenção à pessoa com deficiência na RAS. Mas avaliam que esse nível secundário de assistência consiste em um dos pontos de atenção da RCPD que precisa articular-se com outros níveis de atenção da RAS, como a Atenção Básica, em um processo contínuo de referência e contrarreferência, para que se efetive o processo de reabilitação, o que corrobora achados da literatura<sup>16,33</sup>.

Vale ressaltar que a implantação da RCPD<sup>2</sup>, com maior ênfase na atenção especializada, não investiu na integração entre os diferentes pontos de atenção. Na Atenção Básica, por exemplo, a despeito de ações estratégicas serem descritas na RCPD<sup>2</sup>, pouco se avançou na ampliação do acesso e na qualificação da atenção nesse âmbito. Como consequência, vê-se um isolamento e a centralidade do CER na RCPD<sup>2</sup>, reforçando a ideia de que a atenção à pessoa com deficiência deve privilegiar serviços especializados, prescindindo de ações de promoção da saúde e abordagens de reabilitação territoriais e comunitárias<sup>33,34</sup>.

Dentre as dificuldades de articulação com a rede de saúde, os participantes citaram a alta qualificada, que poderia ser pactuada no intersetor, como escolas, centros sociais, esportivos ou culturais, continuando o processo de reabilitação com a participação social da população-alvo. Tal fato é incomum e retarda a alta do serviço especializado de reabilitação, reprimindo mais ainda a demanda no serviço e desfavorecendo a inclusão social da pessoa com deficiência. Isso torna a alta do serviço um dos pontos nevrálgicos e difíceis.

A questão da alta ainda é um grande obstáculo para gente aqui no CER. Alguns, sim, a gente consegue fazer um encaminhamento de forma segura, outros impossível mesmo. É uma questão até ética realmente da gente. É algo que a gente, em reuniões, a gente debate sobre isso, porque a gente vê que não tem para onde mandar. (RC3)

A responsabilidade do cuidado, referem os participantes, é de todos os envolvidos, da sociedade e dos gestores públicos, garantindo serviços e assistência mais abrangentes, não apenas na atenção especializada. A comunicação com a rede é um dos fatores da efetivação do PTS para além do serviço de reabilitação.

O paciente que está em reabilitação é um paciente que sofreu um agravo, que a vida mudou de um tanto que ele precisa de um serviço estruturado, de um nível secundário de atenção. Mas ele precisa também do nível primário. Ele precisou do nível terciário e tudo isso vai estar na bolsa dele de reabilitação. (RC1)

Esse fenômeno reflete a invisibilidade da pessoa com deficiência na RAS, que, segundo os participantes, somente considera a entrada da pessoa com deficiência no serviço especializado, o que agrava a condição de exclusão social já vivida pelo paciente. O empoderamento – termo trazido pelos participantes – do usuário, para que o serviço não seja sua única voz, requer o engajamento da família, um núcleo de apoio e a rede ampla, contribuindo para assegurar direitos.

É um ponto de atenção, mas se esse ponto de atenção não estiver articulado com a Rede, com a Atenção Básica, né? For uma continuidade, a gente não vai conseguir fazer a reabilitação e muito menos dar conta, né? Porque, gente, muitas vezes a ação do outro é por falta de conhecimento, né? (RC3)

Outro aspecto destacado pelos participantes foi a necessidade de conhecer a casa do usuário, seu território, debater com a rede de assistência, com as unidades de saúde. A visita domiciliar é um exemplo de estratégia para se conhecer como a pessoa mora, seu contexto, traçar projetos terapêuticos em conjunto com a rede de saúde, ajustando as orientações terapêuticas à realidade dela.



A gente não consegue fazer o tanto que a gente precisa, são as visitas domiciliares que são feitas com o Centro de Saúde conjuntamente [...] o serviço social ajuda muito nessa articulação de rede. A gente faz geralmente nos casos mais difíceis. Mas eu brinco que são dez atendimentos que você faz ali, que você conhece a pessoa onde ela mora, a dificuldade, o contexto, o bairro. (RC3)

Embora a compreensão ampliada do conceito de saúde norteie o SUS, a integralidade e a incorporação de estratégias para produção de autonomia são pouco enfatizadas quanto à atenção e ao cuidado nas práticas de reabilitação, e reflete os discursos dos participantes deste estudo<sup>13,16,32-34</sup>.

## Modelo de cuidado

Textualmente, o modelo biopsicossocial, objeto que subsidia este estudo, encontra-se implícito nas falas.

O cuidador, a família, as barreiras encontradas no processo de reabilitação são como peças que devem ser encaixadas para ocorrer o processo de reabilitação. (RC3)

Os participantes compreendem o modelo biomédico como limitador do cuidado integral à pessoa com deficiência, em especial no acolhimento de suas necessidades e demandas específicas. Porém, reconhecem a força desse modelo na assistência reabilitacional, o que tende a repetir as ações dos serviços privados e filantrópicos<sup>7,13</sup>. Contudo, o trabalho multidisciplinar que estrutura os CER produz uma base importante para o raciocínio clínico por uma abordagem biopsicossocial:

O que eu acho que é muito legal no [serviço] são as discussões de casos em equipe, porque às vezes, você no seu núcleo, você olha de um lado e o fisio [fisioterapeuta] olha do outro, o TO [terapeuta ocupacional] de outro, social do outro. Quando se discute o caso, você consegue ter um plus, um pouquinho mais. (RC1)

Para os participantes, a riqueza do trabalho em equipe passa pelo tensionamento e questionamento do trabalho do outro, gerando aprendizado. Valorizam cada especialidade e benefícios que qualquer profissão oferece, não considerando isso como algo reducionista, crítica que recebem quando comparados aos serviços de Saúde Mental, que atuam com menos delimitação de cada profissão na construção do PTS.

O modelo técnico assistencial em reabilitação impõe que se ajuste o olhar técnico do profissional às demandas e necessidades do usuário, segundo os participantes do estudo. E aponta que ter autonomia profissional no estabelecimento das estratégias de cuidado e visão clínica ampliada é necessário para assegurar a integralidade do cuidado. Reconhece a importância dos fatores contextuais, do lugar geográfico, social e político em que se situa o usuário no modo de assistir ao processo funcionalidade-incapacidade. Mas avalia, por meio de suas experiências, que essa compreensão é ainda individualizada.

Prestar uma assistência que contribua para a autonomia do usuário, direcionando sua capacidade e potencialidade, é vista pelos participantes como algo a ser desenvolvido também em sociedade. Entendem que a falta de acolhimento e de visibilidade da pessoa com deficiência é fruto da ideologia da corponormatividade, que naturaliza relações sociais de desigualdade e de privação de direitos.

Para enfrentar o capacitismo, termo referido pelos participantes como exemplo de demandas dos usuários pelos padrões de normalidade para serem socialmente aceitos, compreendem que é também papel do profissional enfrentar questões como a exclusão social e a mudança de visão da família e da sociedade:

Nós também somos militantes desses nossos pacientes. Quando a gente consegue estreitar essa relação com a unidade de saúde, qual o olhar para receber uma pessoa com deficiência... então o nosso papel também é levar essa mudança de olhar, de acesso para que, de fato, essa inclusão efetiva ela aconteça. (RC1)

Para Mello<sup>35</sup> (p. 3267), o termo capacitismo<sup>3</sup> designa um tipo de discriminação “que se materializa na forma de mecanismos de interdição e de controle biopolítico de corpos com base na premissa da (in)capacidade”. É preciso visibilizar as necessidades e os direitos da pessoa com deficiência e assim contribuir para sua inclusão em todos os espaços sociais, superando reducionismos, abarcando os problemas de saúde em suas mais diversas dimensões e reconhecendo amplamente as necessidades dos sujeitos atendidos<sup>13</sup>.

Nesse sentido, o serviço especializado de reabilitação, de forma consensual, é visto pelos participantes do estudo como espaço de acolhimento e com olhar inclusivo. Os participantes entendem sua responsabilidade em promover processos educativos junto aos usuários, ao entorno e na rede de assistência, informando sobre direitos e enfrentando processos de exclusão, contribuindo para a mudança de olhar sobre a deficiência:

Tudo que você fizer, pense na pessoa com deficiência nesse lugar. Qual é o lugar dela nesse momento? Tem acessibilidade, a cadeira de rodas consegue passar?... então é você com seu olhar. É algo muito individualizado de cada pessoa, em cada setor. (RC3)

Segundo Silva<sup>36</sup>, o acolhimento não se limita apenas a receber o paciente, mas deve permear as ações que compõem o processo de trabalho em saúde, sendo um dispositivo que incorpora as relações humanas, ancorado na perspectiva do cuidado integral e do conceito ampliado em saúde de forma transversal.

A idealização da RCPD contou com maior envolvimento dos usuários e de movimentos sociais no momento da implantação das redes e nos debates sobre seus aspectos estruturais. Entretanto, houve menos construção conjunta sobre os processos de trabalho, o que poderia ter contribuído para transformações no cuidado. Também se constata contraditões teóricas e técnicas nos documentos existentes, que demonstram heterogeneidade na compreensão da deficiência e pouca operacionalização do modelo biopsicossocial, apesar de embasado na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência<sup>7</sup>.



## Considerações finais

A incorporação de tecnologias no diagnóstico e na assistência reabilitacional de pessoas com deficiência aponta avanços e se reflete diretamente na política de saúde. Contudo, não podemos perder de vista, nos serviços, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores. O fomento da autonomia, do protagonismo, da corresponsabilidade na produção de saúde, são fatores imprescindíveis para esse processo de constituição de cuidado.

A RCPD, ao considerar a integralidade como orientadora da organização do cuidado, deve envolver os atores sociais implicados e a rede de serviços no processo de construção de respostas e no desenvolvimento das ações de saúde que superem a mera execução de procedimentos padronizados e incorporem tecnologias relacionais, trabalho em rede.

Esses são objetivos, mas também questões complexas em processos de reabilitação. Problematicar as concepções de sujeito no e do processo de trabalho realizadas nos serviços poderá contribuir para avanços e inovações nos modos de reabilitar. Investir na ampliação do modelo de cuidado e assegurar meios para garantir a atenção biopsicossocial é o que se desenha como produto deste estudo, tendo a práxis como um dos fatores essenciais.



## Afiliação

<sup>(d)</sup> Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil.

<sup>(e)</sup> Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, ISS, Unifesp. Santos, SP, Brasil.

## Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Aos Centros Especializados em Reabilitação que participaram deste trabalho.

Ao pesquisador Wagner Yoshizaki Oda pela disponibilidade como observador.

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Roseli Esquerdo Lopes

### Editora associada

Fatima Corrêa Oliver

### Submetido em

19/04/23

### Aprovado em

30/09/23

## Referências

1. Brasil. Presidência da República. Decreto 7612, 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; Sec. 1, p.12.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 Abr 2012; Sec 1, p. 94.
3. Ribeiro LC, Morais IA, Castro SS. CERBRASIL: avanços, desafios e operacionalização dos centros especializados em reabilitação e oficinas ortopédicas no sistema único de saúde. Curitiba: CRV; 2021.
4. Ribeiro KSQS, Barroso RB, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS, Silva SLA, et al. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. Interface (Botucatu). 2021; 25: e200767. doi: 10.1590/interface.200767.
5. Lyra TM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Miranda GMD, Oliveira MA, Carvalho ME, et al. The National Health Policy for people with disabilities in Brazil: an analysis of the content, context and the performance of social actors. Health Policy Plan. 2022; 37(9):1086-97. doi: 10.1093/heapol/czac051.
6. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e políticas públicas: a distância entre intenções e gestos. Cienc Saude Colet. 2016; 21(10):3131-42. doi: 10.1590/1413-812320152110.17622016.
7. Gomes ML. Centro especializado em reabilitação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.
8. Reichenberger V, Albuquerque MSV, David RB, Ramos VD, Lyra TM, Brito CMM, et al. The challenge of including people with disabilities in the strategy to address the Covid-19 pandemic in Brazil. Epidemiol Serv Saude. 2020; 29(5):e2020770. doi: 10.1590/S1679-49742020000500023.
9. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-71.
10. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA; 2006. (Sala de aula, n. 3)
11. Ayres JRJM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude Soc. 2009; 18 Suppl 2:11-23. Doi: 10.1590/S0104-12902009000600003.
12. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. Cad Saude Publica. 2009; 25(3):475-83. doi: 10.1590/S0102-311X2009000300002.
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009. p. 43-68.
14. Ayres JRJM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2001; 6(1):63-72. doi: 10.1590/S1413-81232001000100005.



15. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Suppl 1:983-95. doi: 10.1590/1807-57622013.0324.
16. Santos MC. Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017.
17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*. 6 jul 2015.
18. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família de Classificações Internacionais em português. São Paulo: EDUSP; 2020.
19. Biz MCP. Implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF em um centro especializado em reabilitação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2019.
20. Oliveira GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
21. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma rede de reabilitação em (trans)formação. *Fisioter Pesqui*. 2016; 23(2):185-92. doi: 10.1590/1809-2950/14945923022016.
22. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):165-81. doi: 10.1590/S1413-81232001000100014.
23. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora Unicamp; 2011.
24. Deslandes S, Coutinho T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de Covid-19: notas teórico-metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(11):e00223120.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (Centro especializado em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
29. Galvão MCB, Ricarte ILM. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. *InCID*. 2011; 2(2):77-100. doi: 10.11606/issn.2178-2075.v2i2p77-100.
30. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário: reflexões sobre a qualidade documental na terapia ocupacional. *Rev Ter Ocup USP*. 2019; 30(2):110-5. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v30i2p110-115.
31. Garbin AC, Chioro A, Pintor EAS, Marques MS, Branco MAC, Capozzolo AA. Loucura e o trabalho: integralidade e cuidado em rede no SUS. *Cienc Saude Colet*, 2021; 26(12):5977-85. doi: 10.1590/1413-812320212612.15142021.



32. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002.
33. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2016; 26(3):1033-51. doi: 10.1590/S0103-73312016000300016.
34. Mota PHS. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020.
35. Mello AG. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(10):3265-76. doi: 10.1590/1413-812320152110.07792016.
36. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saude Debate*. 2018; 42 spe 4:249-60. doi: 10.1590/0103-11042018S420.



---

We assessed challenges in implementing the biopsychosocial model in specialized rehabilitation centers together with the professionals working in these services. Using fourth generation assessment and conversation circles (the Paideia method), we explored models of care for people with disabilities focusing on the following issues: working in rehabilitation; health records and evaluation; shared appointments; and improving discharge. Three empirical categories emerged from the conversation circles: rehabilitation work processes; the network-based approach; and the care model. The identification of constraints and enabling factors can help promote the effective implementation of the biopsychosocial model, generating important insights to help drive progress towards the delivery of comprehensive care to people with disabilities represented in this model.

**Keywords:** Health of people with disability. Biopsychosocial model. Rehabilitation centers. Care model. Comprehensiveness.

---

Evalúamos en conjunto con profesionales de los servicios, los desafíos para la implementación del modelo biosicosocial en los centros especializados en rehabilitación. Por medio de la articulación de la Evaluación de Cuarta Generación y Rueda de Conversación (Método Paideia), abordamos los modelos implementados de asistencia a la persona con discapacidad, partiendo de las siguientes cuestiones: trabajar en rehabilitación; historial médico y evaluación; atención compartida y calificación del alta. Del contenido de las ruedas surgieron tres categorías empíricas: el proceso de trabajo en rehabilitación; el proceso en red; el modelo de cuidado. La identificación de obstáculos y facilitadores podrá favorecer la plena implementación del modelo biosicosocial en la atención a las personas con discapacidad, generando subsidios para el avance hacia la integralidad del cuidado a las personas con discapacidad representado en este modelo.

**Palabras clave:** Salud de la persona con discapacidad. Modelo biosicosocial. Centros de rehabilitación. Modelo de asistencia. Integralidad.