

**GUSTAVO FITARONI PEREIRA**

**O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um  
centro especializado em reabilitação**

São Paulo

2023



**GUSTAVO FITARONI PEREIRA**

**O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um  
centro especializado em reabilitação**

**Versão Corrigida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional – Formação Interdisciplinar em Saúde para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá

São Paulo

2023

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

---

Pereira, Gustavo Fitaroni.

O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação / Gustavo Fitaroni Pereira; orientadora Rosé Colom Toldrá. -- São Paulo, 2023.

108 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Reabilitação. 2. Pessoas com deficiência. 3. Cuidado. 4. Alta do paciente. 5. Equipe multiprofissional. 6. Rede de atenção à saúde. I. Toldrá, Rosé Colom. II. Título.

Pereira GF. O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências.

Aprovado em: 03 / 04 /2023

### **Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). Rosé Colon Toldrá

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Maria Helena Morgani de Almeida

Instituição: Universidade de São Paulo Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Gilma Correa Coutinho

Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo: Julgamento: Aprovado



Aos que lutaram, aos que lutam e aos que seguirão lutando pela garantia de uma saúde pública,  
universal e gratuita;

Àqueles que resistem diariamente aos ataques e tentativas de desmonte da Saúde Pública  
Brasileira;

Aos trabalhadores e às trabalhadoras do Sistema Único de Saúde.

Resistência!





## AGRADECIMENTOS

Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá, expresso minha gratidão pelo seu incentivo, suporte, paciência, ensino e direcionamento que tanto contribuíram para o meu desenvolvimento nesse processo;

Agradeço aos professores e colegas do Programa de Mestrado Profissional Formação Interprofissional em Saúde da Universidade de São Paulo pelas trocas e construções;

Aos professores Celso Zilbovicius e Eucenir Fredini Rocha que compuseram a banca de qualificação do meu projeto e tanto acrescentaram para o desenvolvimento deste trabalho;

Aos profissionais e colegas do Centro Especializado em Reabilitação – CER II Jardim Campos – por me apoiarem, participarem das entrevistas e contribuírem de forma tão significativa com meu desenvolvimento profissional;

À Sônia Castro, secretária do Programa de Mestrado Profissional Formação Interprofissional em Saúde da Universidade de São Paulo, por todo auxílio e orientações com tanta paciência durante todo este processo;

Aos membros da banca avaliadora pelo aceite, frente aos tantos afazeres e atribuições em suas rotinas de trabalho;

À minha família por sempre me incentivar e se fazer presente em todos os momentos da minha vida;

Aos amigos que caminham junto e são apoio;

A Deus, pela vida;

E, à Vida, pela possibilidade de tantos encontros.



*“Se duas pessoas concordam entre si e unem as suas forças, terão mais poder conjuntamente e, conseqüentemente, o direito superior sobre a natureza que cada uma delas não possui sozinha e quanto mais numerosos forem os homens que tenham posto suas forças em comum, mais direito terão eles todos.”*

*Spinoza*



## RESUMO

Pereira GF. O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação de média complexidade [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023. Versão Corrigida.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem por finalidade a ampliação do acesso e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. Os Centros Especializados em Reabilitação são considerados os pontos de atenção da rede responsáveis pela maior oferta de ações de reabilitação. Um dos aspectos críticos apontados na atenção em saúde da pessoa com deficiência é o processo de elaboração e efetivação da alta. Objetivo: Conhecer e analisar o processo de elaboração e efetivação de alta de usuários, como parte da coordenação do cuidado, em um Centro Especializado em Reabilitação na cidade de São Paulo. Método: Pesquisa qualitativa de caráter exploratória e descritiva, desenvolvida a partir da aplicação de questionário individual semiestruturado, por meio de entrevista, com a equipe profissional do Centro Especializado em Reabilitação II Jardim Campos e elaboração de diário de campo das atividades da rotina, no período de março de 2019 a abril de 2019. Utilizada para o estudo qualitativo a análise de conteúdo temática. Resultados: Participaram da pesquisa os 23 profissionais que compõem a equipe do serviço, que se caracterizam por tempo de formação e experiência profissional heterogêneas. Os dados qualitativos deram origem a cinco categorias: a alta no lugar do não cuidado; concepções e percepções sobre o processo de reabilitação, saúde pública e política em saúde; trabalho colaborativo como transformador da prática: sobre nós e *sobre nós*; redes de atenção à saúde e território: sobre desconexões, conexões e conectores e a alta no lugar do cuidado. Os resultados apontaram a necessidade de se compreender qual o significado da alta no processo de cuidado, pois devido a questões históricas, sociais e culturais ou a depender da forma como esse processo é organizado no serviço, a alta pode assumir um lugar de “não cuidado” durante a reabilitação. Evidenciou-se a importância do profissional que atua no serviço estar alinhado com as especificidades do cuidado à pessoa com deficiência, saúde pública e políticas em saúde. Identificaram-se dificultadores na organização do trabalho multiprofissional, bem como potencialidades na própria equipe para resolvê-los indicando que o uso de tecnologias assistências como a elaboração do projeto terapêutico singular e o apoio

matricial podem trazer maior segurança para a elaboração da alta. Reforçou-se a articulação com a Rede de Atenção à Saúde e reconhecimento de outros equipamentos do território como de lazer e de assistência social como importantes recursos no processo de reabilitação e apoio a alta segura e qualificada. Conclusão: Destacou-se, frente aos desafios apontados pelos profissionais, atitudes e recursos que podem diminuir a representação negativa da alta como um rompimento e ressignificá-la como parte do cuidado e como meta a ser construída e alcançada durante o processo de reabilitação. Nesse sentido, para apoiar as ações profissionais, foi desenvolvido um produto educacional no formato de *folder*, com informações e orientações para qualificação do processo de alta, o qual pode ser utilizado como recurso prático e ferramenta de educação continuada em diferentes espaços institucionais.

Palavras-chave: Reabilitação. Pessoas com Deficiência. Cuidado. Alta do Paciente. Equipe Multiprofissional. Rede de Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

Pereira GF. The process of assessment and discharge of users from a centre specialised in medium complexity rehabilitation [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculty of Dentistry; 2023. Versão Corrigida.

The Care Network for Persons with Disabilities aims to widen the access and certify care for people with disabilities on SUS (Brazil's national health service network). The Centros Especializados em Reabilitação (Specialised Rehabilitation Centres) are considered the points of care in the network responsible for the most numerous offers of rehabilitation services. One of the aspects commonly pointed out as critical in health care is the process of elaborating and carrying out the discharge, due to gaps during the out in the process of monitoring users in rehabilitation centres, causing insecurity amongst professionals within that process. Objective: The purpose of this study is aimed at analysing and understanding how the process of assessments and effecting discharge of users occurs, as part of the coordination of care at the Specialised Rehabilitation Centre in the city of São Paulo. Method: An exploratory and qualitative methodology was employed, developed from the application of semi-structured individual questionnaires, through interviews, with the professional team of the Centro Especializado em Reabilitação II Jardim Campos, and the preparation of a field diary of routine activities, from March 2019 to April de 2019. For data analysis, Thematic Analysis was used. Results: All the 23 professionals who make up the multidisciplinary team participated in the research, who have heterogeneous characteristics, training time and professional experience. Qualitative data gave rise to five categories: discharge in place of non-care; conceptions and perceptions about the rehabilitation process, public health and health policy; collaborative work as a transformer of practice: about us and *about us*; health care networks and territory: about disconnections, connections and connectors and the discharge in place of care. The results pointed to the need to further understand the meaning of discharge in the care process, because due to historical, social and cultural issues, or depending on the way they said process is organised, discharge can assume a place of “non-care” during rehabilitation. It became evident the importance of adequate awareness among the rehabilitation centre professionals in regard to disabled persons' specific needs in relation to rehabilitation, public health and health policies. The study has identified difficulties in the organisation of the multidisciplinary work; it has also encountered potential in the role of the team of professionals to find solutions, indicating that the use of assistive technologies such as the elaboration of the Singular Therapeutic Project and the matrix

support can bring greater security for the elaboration of the discharge. The articulation with the Health Care Network was reinforced and recognition of other equipment in the territory, such as leisure and social assistance, as important resources in the rehabilitation process and support for safe and qualified discharge. Conclusion: In face of the challenges pointed out by the professionals, certain procedures and resources stood out as particularly effective in reducing the negative perception of discharge, moving away from an idea of disruption to understand it as part of health care and a goal to be built and achieved during the rehabilitation process. In this sense, to support professional actions, an educational product was developed in the form of a folder, with information and guidelines for qualifying the discharge process, which can be used as a practical resource and continuing education tool in different institutional spaces.

Keywords: Rehabilitation. Disabled people. Care. Patient discharge. Multiprofessional Team. Health Care Network.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1	Jardim Campos, Itaim Paulista, Zona Leste de São Paulo.....	31
Figura 1.2	Itaim Paulista, Jardim Campos.....	32
Figura 1.3	Coordenadorias Regionais de Saúde.....	32
Quadro 4.1	Caracterização sociodemográfica e profissional da equipe profissional do CER II Jardim Campos (SP-SP) participante do estudo, 2019.....	42
Quadro 4.2	Categoria e subcategorias temáticas referente à experiência dos profissionais do CER II Jardim Campos, SP-SP, 2019.....	43



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Agência Municipal de Agendamento
APD	Acompanhamento à Pessoa com Deficiência
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EIP	Educação Interprofissional em saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Integrado de Reabilitação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPMs	Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção
OS	Organização Social
PcD	Pessoa com Deficiência
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Plano Nacional de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
1.1	CER II Jardim Campos .....	31
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
2.1	Objetivo Geral.....	35
2.2	Objetivos específicos .....	35
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>37</b>
3.1	Procedimento de coleta de dados .....	37
3.2	Procedimento de análise de dados .....	38
3.3	Crítérios para participação .....	39
3.4	Procedimentos éticos.....	40
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>41</b>
4.1	A alta no lugar do não cuidado .....	44
4.2	Concepções e percepções sobre o processo de reabilitação, saúde pública e política em saúde .....	50
4.3	Equipe multiprofissional e apoio matricial como transformadores da prática: sobre nós e <i>sobre nós</i> .....	54
4.4	Redes de atenção à saúde e território: sobre desconexões, conexões e conectores ..	59
4.5	A alta no lugar do cuidado .....	66
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>73</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>



## 1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Para melhor compreensão das práticas profissionais no campo da reabilitação voltadas elaboração e efetivação da alta de usuário de um serviço especializado, é importante considerar marcos e concepções históricas decorrentes de legislações e políticas que norteiam esse campo do conhecimento.

As ações de reabilitação e a evolução das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência tiveram como norteadores grandes marcos históricos nacionais e mundiais, que implicaram diretamente na compreensão da deficiência, na modalidade dos serviços de saúde e na oferta da assistência. Desta forma, para uma compreensão crítica sobre a política de reabilitação vigente e a atenção ofertada à saúde das pessoas com deficiência, faz-se necessário reconhecer que a evolução das políticas de saúde no Brasil está inserida no contexto da história do Estado Brasileiro (Ribeiro et al., 2010).

A Constituição Brasileira assegura a saúde como um direito de todo o cidadão, tendo o Estado o dever por sua garantia (Brasil, 1988). Especificamente, para as pessoas com deficiência, os direitos à habilitação e à reabilitação foram garantidos por força constitucional, a saber, por meio do Art. 203, inciso III (Brasil, 1988). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) buscou garantir o acesso universal ao sistema público de saúde e à atenção integral à saúde. Nesta lógica, as ações de reabilitação passam a ser desenvolvidas pelo governo federal e ofertadas na rede pública de saúde, comprometidas com as propostas da reforma sanitária (Faleiros et al., 2006). Anteriormente ao SUS, a oferta de serviços de saúde de caráter preventivo e coletivo era restrita a uma parcela da população que contribuía com um seguro nacional, e a assistência às pessoas com deficiência baseada na caridade e na filantropia (Ribeiro et al., 2010).

No final da década de 1980 foi promulgada a lei n.º 7.853/89, que propunha o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social (Brasil, 2006). Em 1993, define-se o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, surgindo os centros de reabilitação multiprofissionais especializados para acompanhar e estimular o desenvolvimento de indivíduos com déficits motores, sensoriais ou cognitivos (Brasil, 1993). Em 2001, as redes estaduais de assistência às pessoas com deficiência passaram a ser organizadas por nível de complexidade (primário, intermediário e alta complexidade) (Brasil, 2001). Em 2004, o governo federal instituiu a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com destaque para a prevenção de possíveis deficiências psicomotoras

e a atenção a crianças com necessidades especiais, com enfoque na importância da intervenção precoce multiprofissional para a reabilitação da criança em toda a sua capacidade funcional e, conseqüentemente, a promoção de sua qualidade de vida (Ribeiro et al., 2010). No mesmo ano é aprovado o Plano Nacional de Saúde (PNS), com propostas e metas para a consolidação da rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência, por meio portaria n.º 2.607 (Brasil, 2005).

A portaria n.º 793 de 2012 institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS com os objetivos de:

Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização da rede e na atenção integral à saúde nas áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (Brasil, 2012).

Os serviços considerados componentes da rede de reabilitação são: Centro Especializado em Reabilitação (CER); Oficinas Ortopédicas – local e itinerante; Centros-dia; Serviços de Atenção Odontológica para pessoas com deficiência; Serviço de Atenção Domiciliar e Atenção Hospitalar (Brasil, 2012). Assim, o conceito de deficiência, sendo gradualmente atualizado, passa a ser compreendido como o resultado da interação entre as pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena participação na sociedade em igualdade de condições com outras pessoas (OMS, 2008).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (*World Health Organization* (WHO)) aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001), que valoriza a forma como as pessoas vivem os seus problemas de saúde e como estas podem melhorar as suas condições de vida, para que consigam ter uma existência produtiva e enriquecedora. Tal perspectiva apontada pela CIF tem implicações sobre as práticas de saúde, sobre a legislação e políticas sociais destinadas a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, bem como à proteção dos direitos individuais e coletivos (Arthanat et al., 2004).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2013), determina o processo de reabilitação/habilitação como medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, tendo como objetivo “desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas [...]” (Brasil, 2015), de modo a contribuir para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. Para tanto, a referida política preconiza uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado (Brasil, 2013).



Nesse sentido, para assistência à saúde, estão previstas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integrada (Ribeiro et al., 2010) e a evolução do processo da gestão que se consolida com a ideia de rede para uma melhor articulação. Desse modo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas e descritas pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reestruturação, especialmente no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde e com vistas a assegurar aos usuários um conjunto de ações e serviços de que necessitam com efetividade e eficiência (Ribeiro et al., 2010). As RAS são consideradas organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si e que procuram oferecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenados pela atenção primária à saúde, tendo em conta a prestação de serviços de saúde “no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.” (Arruda et al., 2015, p. 170).

As RAS possibilitam a assistência aos usuários do SUS em uma lógica transversal e contínua, promovendo a inclusão e a ampliação dos serviços ofertados por meio da horizontalidade relacional, articulação e inteiração entre todos os pontos de atenção, o que favorece a implementação de ações continuadas enfatizadas na recuperação, reabilitação e promoção da saúde (Medeiros, 2017).

Em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a portaria n.º 4.279 (Brasil, 2010), que estabelece as diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS, a fim de se garantir a integralidade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que funcionem de forma integrada. (Brasil, 2014). Em 28 de junho de 2011 é publicado o decreto n.º 7.508, que regulamenta artigos da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e cita como as principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2014).

O município de São Paulo também caminhava na busca por estratégias que favorecessem o acesso à saúde, minimizassem os vazios assistenciais e contribuíssem com o enfrentamento de problemas estruturais, atentando que ela teria à frente o desafio de gerir uma Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com cerca de 900 equipamentos e 80 mil trabalhadores (São Paulo, 2020), na transição da lógica assistencial no período. Nesse sentido, e em consonância com o governo federal, a implementação das RAS na rede municipal de São Paulo, vem com o objetivo de reorganizar os serviços de saúde, proporcionando aos cidadãos da cidade uma rede de serviços de saúde mais clara, racionalizada e resolutiva.

Espera-se, assim, que essas ações gerem impacto significativo na oferta de saúde do município, transformando beneficentemente a situação de saúde da população de São Paulo (São Paulo, 2020).

As ações de reabilitação podem ser ofertadas em qualquer ponto de atenção da rede. No entanto, nos Serviços Especializados em Reabilitação como CER se concentram a maior oferta dessas ações (Brasil, 2013). Estes serviços são, em geral, de abrangência regional, qualificados para atender as pessoas com deficiência (Brasil, 2013). O serviço de reabilitação faz parte de uma rede e, para que haja efetividade das ações e se garanta a integralidade do usuário, é imprescindível a colaboração e a comunicação entre todos os pontos de atenção à saúde, que são igualmente importantes para um contínuo de atenção nos diferentes níveis (Pereira; Machado, 2015).

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território. O serviço é organizado a partir da combinação de, no mínimo, duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual ou visual), que poderá ser distribuído da seguinte forma: CER II – composto por dois serviços de reabilitação habilitados; CER III – composto por três serviços de reabilitação habilitados e CER IV – composto por quatro serviços de reabilitação habilitados (Brasil, 2012).

Uma importante prerrogativa do SUS (Brasil, 2014) é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado; para efetivação desse direito, o acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da Pessoa Com Deficiência (PcD). Destaca-se que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência (Brasil, 2014).

Para se garantir que o usuário do CER seja atendido por uma equipe especializada e qualificada, e que as ações de reabilitação respondam às suas reais necessidades, preconiza-se que os profissionais lancem mão de duas importantes ferramentas, quais sejam, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Apoio Matricial (Matriciamento) (Brasil, 2020). O PTS consiste em um conjunto de condutas terapêuticas que surge de um processo estratégico e dinâmico

envolvendo usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais para a construção das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado (Mângia, 2002; Mângia; Muramoto, 2007; Boccardo et al., 2011). O Matriciamento é a oferta de um suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (Brasil, 2011), é um ato colaborativo e compartilhado entre equipes multiprofissionais, culminando em um cuidado compartilhado e em ações pedagógico-terapêuticas (Sampaio; Silva, 2022).

Conforme preconizado pelo SUS, o perfil epidemiológico de determinado território deve estar intimamente ligado ao nível do CER implementado e às modalidades de reabilitação preconizadas. Assim, a equipe multiprofissional deve ser organizada a depender do nível e das modalidades de cada CER. O CER II, que atenda na modalidade de reabilitação física e intelectual, tem como normativa compor a sua equipe com os seguintes profissionais, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro. Também podem compor a equipe, assistente social, técnico de enfermagem, musicoterapeuta, pedagogo e nutricionista. Na modalidade de reabilitação física preconiza-se o profissional médico ortopedista e traumatologista ou neurologista ou fisiatra, e na modalidade de reabilitação intelectual, o médico neurologista ou psiquiatra (Brasil, 2014).

Cabe ressaltar, que o termo multiprofissional é o mais usual e empregado no dia a dia do serviço no CER bem como referido nos documentos oficiais. A experiência prática e as estratégias assistenciais orientados, devido à natureza do trabalho desenvolvido no CER, demandam necessariamente uma prática colaborativa interprofissional. A proposta do trabalho em equipe remonta aos anos de 1960 e vem passando por várias remodelagens de forma a atender as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população (Agreli et al., 2017). Os estudos mais recentes apontam que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos resultados na equipe; nessa perspectiva, recomenda-se que a formação dos profissionais de saúde seja pautada na Educação Interprofissional em saúde (EIP) com ênfase no trabalho em equipe (Peduzzi; Agreli, 2018).

Do mesmo modo, as transformações acerca da representação social sobre a incapacidade e a evolução das políticas públicas e serviços ofertados às pessoas com deficiência, traz a necessidade de o profissional incorporar e construir uma nova concepção de saúde e do sentido de se reabilitar, a fim de contemplar o indivíduo em sua integralidade e em meio a uma coletividade (Baptista, 2005). Desta forma, é necessário que a rede de serviços seja articulada, acessível à sociedade e com um sistema de informação claro, a fim de tornar eficiente o sistema de referência e contra referência (Ribeiro et al., 2010).

Uma importante estratégia para apoiar os profissionais no desenvolvimento de ações em reabilitação, que considerem o indivíduo em sua totalidade e complexidade, é a fomentação do emprego da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) no CER; a CIF traz um olhar ampliado sobre o conceito de funcionalidade, englobando as questões de estruturas e funções do corpo, considerando o aspecto social da funcionalidade, ou seja, considera-se a vida real do sujeito, as barreiras e os facilitadores, os contextos e seus interesses (Brasil, 2020).

Cabe à equipe multiprofissional do CER ter clareza sobre o processo de reabilitação, conhecer os norteadores acerca da rede de cuidado à pessoa com deficiência, elaborar objetivos para a atenção ofertada a cada usuário com articulação na rede de serviços de saúde desenvolver uma comunicação clara e acessível com a família e o usuário. Ao considerar o processo de reabilitação desenvolvido no CER, mostra-se significativo reconhecer e buscar a compreensão de aspectos complexos envolvidos no processo de cuidado e presentes no dia a dia do serviço, dentre eles, a ineligibilidade e a alta, o que ressalta a necessidade de a equipe de reabilitação do CER discutir sobre a dinâmica do serviço, o perfil do usuário e família, e o tipo de atendimento que pode ser ofertado pela equipe de forma a favorecer o processo de alta (Borgneth, 2004).

Um dos pontos críticos apontados na atenção do cuidado em saúde é o momento de efetivação da alta. Os trabalhadores da saúde reconhecem que o cuidado integral, por vezes, é interrompido no momento da alta, não alcançando a integralidade em sua intensidade potencial (Silva, 2009). Grande parte dos estudos na área da saúde, quando abordam sobre o processo de elaboração e efetivação da alta, voltam-se para a alta hospitalar, sendo este um reflexo de um constructo hegemônico, no qual se reconhecia apenas o hospital como o lugar do cuidado. O processo de alta hospitalar tem seu início, legalmente, no momento da admissão do usuário pelo serviço de internação hospitalar e termina apenas no momento de sua liberação pelo médico (Brasil, 2002). No entanto, considerando as diferentes demandas dos usuários, a diversidade das modalidades dos serviços de saúde, o trabalho de uma equipe multiprofissional e o modelo de cuidado em rede, a atenção centrada no cuidado médico não é suficiente, por isso mostra-se imperativo discutir a alta a partir de outros pontos da rede de cuidado e em uma perspectiva multiprofissional.

Destaca-se a importância da natureza multidisciplinar e multiprofissional do cuidado em saúde, dado que os serviços reúnem profissionais com formações diferenciadas e que ocupam diferentes posições hierárquicas e diferentes espaços na divisão do trabalho; isso implica em um processo de corresponsabilização entre os diferentes profissionais nos vários momentos de cuidado (Mello, 2013).

Em se tratando do processo de alta do usuário inserido em um centro de reabilitação, alguns autores apontam lacunas na rede de atenção à saúde, as quais se refletem na rotina do trabalho, como por exemplo, o fluxo de atendimento; a elegibilidade; a dificuldade nos agendamentos; a falta de comunicação entre a equipe etc., tais interrupções geram insegurança ao profissional na efetivação da alta (Trombetta et al., 2015).

O Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual para o funcionamento do CER e serviços habilitados em uma única modalidade aponta que o processo de reabilitação deve ser desenvolvido por equipe multiprofissional e interdisciplinar, pois objetiva-se a reabilitação global do usuário (Brasil, 2014). Desta forma, acentua-se como relevante incorporar na rotina de trabalho reuniões entre a equipe para acompanhar o desenvolvimento dos projetos terapêuticos, rever condutas e estabelecer novos objetivos, sendo um dos aspectos a se considerar, nesses espaços de comunicação, a alta do usuário. Neste documento destaca-se que a alta pode ser efetivada devido a diferentes fatores, tais como, objetivos atingidos; limite terapêutico; alta a pedido; intercorrências clínicas fora de protocolo; abandono de tratamento; óbito, entre outros (Brasil, 2014).

A garantia de acesso é uma premissa que deve nortear todas as políticas públicas e ser perseguida pelos serviços de saúde (Hortale et al., 2000). Embora as medidas de acesso estejam diretamente relacionadas à questão da integralidade, não se deve afirmar que são questões sinônimas (Souza; Rocha, 2010). Para que se alcance a resolubilidade dos serviços de saúde e se atenda às reais necessidades dos usuários, com vistas à construção da integralidade, é necessário que, para além da garantia de acesso aos serviços assistenciais, se humanizem as práticas do cuidado no dia a dia do serviço e que se respeite a subjetividade do usuário em cada situação (Costa et al., 2014). Nessa perspectiva, a alta de cada usuário deve ser planejada de forma privilegiada e não pode se resumir a um procedimento burocrático de quem realiza a contra referência (Cecilio, 2006).

Uma vez que o processo de reabilitação deve buscar o fortalecimento da autonomia, a independência e o aumento da capacidade funcional e o desempenho da pessoa com deficiência (Rocha; Kretzer, 2009), é imprescindível que o planejamento de alta esteja presente durante todo o percurso do sujeito nesse processo (Ferigato; Ballarin, 2011). A construção da alta deve ainda, preferencialmente, contar com a participação ativa do usuário e de sua família, não se restringido “às paredes institucionais ou às reuniões de equipe.” (Ferigato; Ballarin, 2011, p. 363).

A alta é uma importante etapa no processo de cuidado e implica em uma transição do lugar do cuidado (Jorge; Toldrá, 2018), logo, atinente aos profissionais, é importante garantir que as ações de cuidado terão continuidade no retorno para casa, respeitando a cultura e a realidade do usuário, por isso é indispensável que haja clareza e corresponsabilização do cuidado com o usuário e os cuidadores durante todo o processo. Por outro lado, referente ao usuário e aos cuidadores, é desafiante se responsabilizar pelo cuidado em casa devido as possíveis mudanças e reorganizações após a alta sem a presença efetiva da equipe. Desta forma, mostra-se fundamental despender atenção especial para a avaliação e preparação da alta por meio de orientações aos usuários e familiares durante todo o tratamento, na intenção de assegurar que o usuário tenha capacidade de gerir o autocuidado, sempre que possível, e ou que os cuidadores estejam seguros quanto ao suporte necessário que prestarão ao sujeito do cuidado (Jorge; Toldrá, 2018).

Frente aos desafios encontrados na rotina de trabalho é indispensável que cada componente da equipe multiprofissional esteja comprometido com a garantia da integralidade do cuidado e a efetivação do tratamento proposto, e tal êxito só será alcançado como fruto do trabalho em equipe, a partir dos múltiplos saberes, práticas e trocas criativas entre diferentes especialidades e áreas do saber, na horizontalidade dos poderes; nas corresponsabilidades e na auto-organização (Feriotti, 2009). Atuar em equipe significa construir consensos, saberes e práticas com cada profissional e, a criação de vínculos é a maneira mais adequada de resolver os problemas cotidianos, pois, a equipe encontra potencial em si mesma para enfrentar dificuldades e desenvolver novas estratégias (Costa et al., 2014). Estudos revelam a complexidade do processo de elaboração e efetivação de alta e reforçam a importância de se valorizar a percepção e a capacidade dos profissionais da equipe em elaborar estratégias frente aos desafios dos processos da rotina de trabalho.

Assim, e considerando a relevância do tema e, na mesma medida, a carência de mais e específicos estudos voltados aos serviços de reabilitação, estabelece-se a presente pesquisa no intuito de provocar uma melhor reflexão sobre o percurso do usuário no CER – enseja-se com este exame, explorar as possibilidades de um melhor atendimento, de forma a diminuir barreiras e dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional, família e usuários durante o processo de efetivação da alta e garantindo a oferta de atenção integral em saúde.

## 1.1 CER II Jardim Campos

O Centro Especializado em Reabilitação CER II Jardim Campos, cenário deste estudo, está localizado na Zona Leste de São Paulo, região caracterizada por um complexo processo de urbanização e marcada pela autoconstrução de moradias e ocupação de terrenos irregulares (Amaral, 2002). Esta região periférica, inicialmente pouco habitada e distante do eixo econômico da cidade, passou por uma acelerada transformação de ocupação sem planejamento de suas áreas, com uma população que viveu a exclusão territorial e a negação ao direito à cidade (Oliveira, 2016).

De acordo com dados demográficos levantados (IBGE, 2010), a região do Itaim Paulista (Zona Leste SP-SP) dispõe de uma área de 21,70 km<sup>2</sup> e uma população aproximada de 372.127 pessoas (PMSP, 2017). As ações de saúde pública nessa região são desenvolvidas pela Coordenadoria Regional de Saúde Leste, sob a Supervisão Técnica de Saúde do Itaim Paulista (PMSP) e dispõem de dispositivos de saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CER, Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Agência Municipal de Agendamento (AMA), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro Especializado de Odontologia (CEO) e Hora Certa (São Paulo, 2013a).

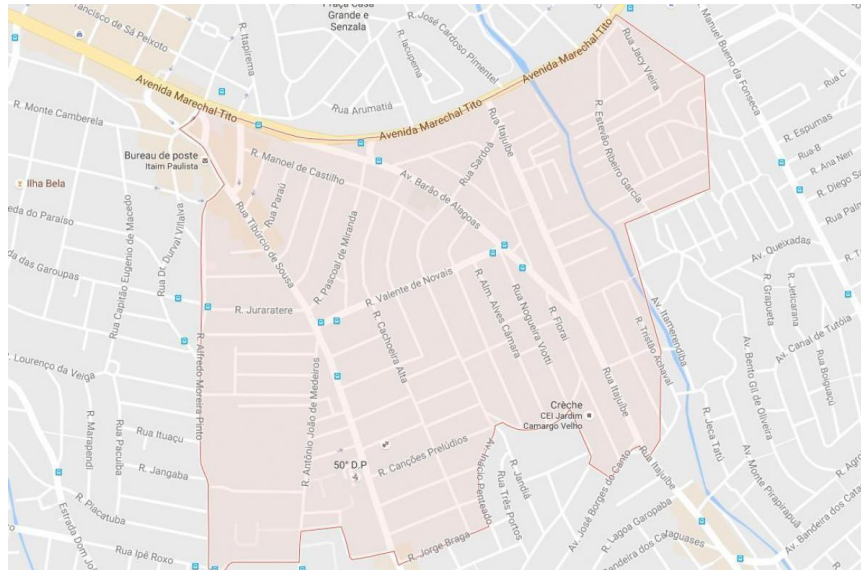
O CER II Jardim Campos está sob a chefia da Supervisão Técnica de Saúde do Itaim Paulista e administrado pela Organização Social Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina (OS APS Santa Marcelina). As figuras 1.1, 1.2 e 1.3 indicam, respectivamente, a área do Jardim Campos – área de abrangência da Supervisão Técnica de Saúde do Itaim Paulista e de abrangência da Coordenadoria Regional Leste.

Figura 1.1 – Jardim Campos, Itaim Paulista, Zona Leste de São Paulo



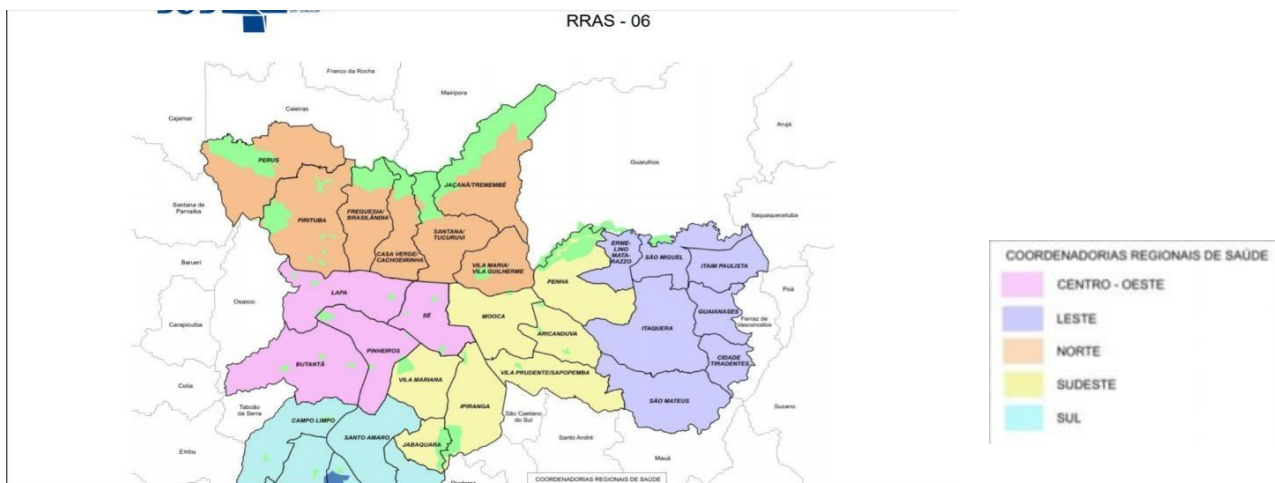
Fonte: Google Map data © 2018

Figura 1.2 – Itaim Paulista



Fonte: Map data © 2018 Google

Figura 1.3 – Coordenadorias Regionais de Saúde



Fonte: São Paulo (2013b)

No ano 2000 foi elaborado e implantado o primeiro programa de Atenção à Saúde do Deficiente-Reabilitação, vinculado ao projeto QUALIS – atualmente denominado como Estratégia de Saúde da Família (Fichino et al., 2008). A equipe de Saúde do Deficiente-Reabilitação estava atrelada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as ações eram desenvolvidas nas residências dos usuários, na comunidade, nas UBS e no próprio ambulatório de reabilitação. A equipe foi composta, inicialmente, por nove (9) fisioterapeutas, cinco (5) fonoaudiólogos e cinco (5) terapeutas ocupacionais que atendiam vinte e quatro (24) UBS na Zona Leste. Além do atendimento na própria unidade de saúde, foi equipado um ambulatório



de reabilitação no Jardim Campos, onde os profissionais atendiam em esquema de plantão semanal (Fichino et al., 2008).

Em 2005, o serviço de reabilitação, na Coordenadoria Regional de Saúde Leste, foi reestruturado com o apoio da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – Área Temática Saúde da Pessoa com Deficiência da SMS (CODEPPS-SMS) e criados os Núcleos Integrados da Reabilitação nível 1 (NIR 1) e nível 2 (NIR 2) – ambulatórios equipados para o atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional de cada região (Fichino et al, 2008).

Em 2014, o NIR Jardim Campos, em consonância com a portaria n.º 793, de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, é reconfigurado como Centro Especializado em Reabilitação nível II – CER II Jardim Campos, destinado para atender às modalidades de reabilitação física e reabilitação intelectual. Atualmente, a equipe técnica é composta por: quatro (4) fisioterapeutas; quatro (4) fonoaudiólogos; dois (2) terapeutas ocupacionais; quatro (4) psicólogos; dois (2) enfermeiros; dois (2) técnicos em enfermagem; um (1) nutricionista; uma (1) psicopedagoga; um (1) brinquedista; um (1) médico neurologista e um (1) médico ortopedista. Conta ainda com um gerente, equipe administrativa e o serviço da Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD). Funciona de segunda à sexta-feira, das 7h às 19h e realiza o acompanhamento mensal de aproximadamente 560 usuários, e recebe mensalmente aproximadamente 135 usuários para novas vagas, sendo referência para aproximadamente 18 dispositivos da rede de serviços em saúde (UBS e CAPS).



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer e analisar o processo de elaboração e efetivação de alta de usuários como parte do cuidado em um Centro Especializado em Reabilitação (CER).

### **2.2 Objetivos específicos**

Analisar percepções de profissionais integrantes de uma equipe sobre o processo de elaboração e efetivação da alta durante o processo de reabilitação;

Verificar os aspectos que, sob a percepção do profissional, dificultam o processo de alta do usuário;

Compreender as estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional que favorecem o processo de alta do usuário;

Identificar para quais dispositivos do território a equipe multiprofissional encaminha ou direciona os usuários pós-alta;

Mapear outros dispositivos no território para apoiar os profissionais no processo de elaboração e efetivação da alta;

Examinar sugestões dos profissionais que possam apoiar no processo de elaboração e efetivação da alta;

Elaborar produto educacional para nortear ações que favoreçam os processos de elaboração e efetivação da alta.



### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

Em consonância com os objetivos da pesquisa, elegeu-se para o seu desenvolvimento o estudo de natureza qualitativo de caráter exploratório e descritivo. O estudo qualitativo implica em compreender o objeto de estudo; compreender supõe a capacidade de exercer a faculdade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de realizar esse exercício. Para compreender é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, já que sua subjetividade é uma manifestação do viver total (Minayo, 2012).

A pesquisa caracteriza-se como estudo exploratório, pois a percepção dos profissionais sobre o processo de elaboração e efetivação da alta no contexto do serviço de reabilitação na atenção de média complexidade tem sido pouco estudada (Gil, 2008). O caráter descritivo da pesquisa propõe descrever as características de determinado fenômeno ou população, identificar opiniões, atitudes e percepções acerca do tema estudado (Gil, 2008).

#### **3.1 Procedimentos de coleta de dados**

A pesquisa qualitativa foi desenvolvida a partir da aplicação de entrevista (Questionário para os profissionais – Apêndice C) individual semiestruturada com os profissionais do CER II Jardim Campos e da construção de um diário de campo referente a experiência profissional no período de março a julho de 2019.

A entrevista privilegia a obtenção de informações por meio de fala individual que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, por meio de uma porta voz, representações de determinados grupos (Minayo, 2012). Na entrevista semiestruturada, o informante tem a possibilidade de discorrer sobre suas experiências (a partir do foco principal proposto pelo entrevistador), permitindo-lhe dar respostas livres e espontâneas. As questões elaboradas levam em questão o embasamento teórico da investigação e as informações que o pesquisador recolheu sobre o objeto de pesquisa (Triviños, 1987). A entrevista semiestruturada envolveu os seguintes temas: elegibilidade do usuário para o CER; processo de reabilitação no CER; os princípios da rede de cuidados à pessoa com deficiência; critérios para a alta do usuário; o processo de planejamento da alta, a efetivação da alta, e a comunicação entre os dispositivos da rede de serviços em saúde. Em proveito de um maior aprofundamento sobre a temática abordada, foi realizado um diário de campo, o qual foi utilizado para os registros do pesquisador sobre ações e processos da rotina de trabalho, para

identificação de dificuldades e estratégias de enfrentamento pertinentes ao processo de elaboração e efetivação de alta do usuário no CER. O diário de campo pode ser pensado como um caderno de anotações, no qual o pesquisador registra conversas, impressões pessoais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores; esse procedimento tem sido amplamente empregado nas pesquisas em saúde (Minayo, 1994).

Ratificando o uso do diário de campo nos estudos em saúde em uma abordagem qualitativa, cabe afirmar que, com ele, apreende-se a intensidade e não apenas a extensão do fenômeno estudado (Demo, 2006), desta forma, o diário de campo fundamenta-se como um importante instrumento para coleta e também análise do objeto de investigação (Araújo et al., 2013).

As entrevistas foram agendadas e realizadas pessoalmente pelo pesquisador. Estas foram gravadas e transcritas na íntegra para a realização de análise de seus conteúdos. Para a identificação dos participantes adotou-se, após cada fragmento das entrevistas, iniciais que indicam as áreas profissionais e para diferenciação entre os profissionais das mesmas áreas adotou-se a numeração de um (1) a quatro (4); tal distinção foi feita com a finalidade de preservação da identidade dos sujeitos. As identificações estão descritas conforme segue: fonoaudiólogos (Fono 1, Fono 2, Fono 3 e Fono 4), fisioterapeutas (Fisio 1, Fisio 2, Fisio3 e Fisio 4), terapeuta ocupacional (TO), nutricionista (Nutri), psicopedagoga (Psicoped), assistente social (AS), brinquedista (Brinq), psicólogos (Psico 1, Psico 2, Psico 3 e Psico 4), enfermeiros (Enf 1 e Enf 2), técnicos de enfermagem (Tec Enf 1 e Tec Enf 2) e médicos (Med1 e Med 2). Por fim, os dados coletados durante o tempo de investigação em campo, e que foram registrados em Diário de Campo do pesquisador e analisados, são identificados com a sigla DC.

### **3.2 Procedimentos de análise de dados**

Os dados foram analisados segundo o método de Análise Temática obedecendo as etapas descritas (Minayo, 2012), quais sejam, pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados obtidos e sua interpretação. Entre as várias modalidades de análise de conteúdo, utilizaremos a de análise temática pelo fato de esta permitir apreender a percepção dos profissionais a partir da identificação da realidade experienciada no cotidiano do serviço, ou seja, vivências, comportamentos, atividades, adaptações na rotina e valores.

A pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados e a volta às hipóteses e aos objetivos iniciais da pesquisa. A cuidadosa etapa de transcrição das entrevistas já possibilitou um intenso contato com o material coletado e familiaridade com os conteúdos.

A segunda etapa da análise temática é uma operação classificatória para se alcançar o núcleo de compreensão do texto, isto é, a exploração do material (Minayo, 2012); nessa etapa identificaram-se palavras e expressões significativas, bem como organizaram-se em categorias os conteúdos que, porventura, se repetiram.

Na etapa de tratamento e interpretação de resultados buscou-se organizar a ordem das categorias e analisar as percepções dos profissionais do Centro Especializado em Reabilitação II Jardim Campos sobre os processos de elaboração e efetivação de alta de usuários do serviço de reabilitação.

### **3.3 Critérios para participação**

Realizou-se entrevista semiestruturada aos profissionais que compõem a equipe técnica do Centro Especializado em Reabilitação II, localizado no bairro Jardins Campos, na Região do Itaim Paulista na Zona Leste de São Paulo. Todos os profissionais convidados aceitaram participar da entrevista.

Os critérios de inclusão no estudo foram, a saber, profissionais da área da saúde que atuam no CER II Jardim Campos compondo a equipe técnica do serviço de reabilitação física e intelectual e que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Tomaram-se por critério de exclusão os profissionais que atuam no setor administrativo (ou área de gestão) ou os profissionais que compõem o serviço de Acompanhamento à Pessoa com Deficiência que está alocado no mesmo espaço do CER II – o critério excludente aplicou-se porque o APD se configura como outra modalidade de serviço e profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), que estão alocados no mesmo prédio.

Com a finalidade de abordar profissionais de diferentes turnos do serviço, as entrevistas foram realizadas no próprio espaço da CER em dias e horários diferenciados. O tempo de cada entrevista variou entre 45 a 60 minutos; todas as entrevistas foram gravadas após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a permissão do entrevistado, e com a garantia do seu sigilo. As entrevistas foram realizadas de março a abril de 2019.

### **3.4 Procedimentos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAAE 07382919.0.0000.0065 – Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CAAE 07382919.0.3002.0086 – Anexo B).



#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A experiência da prática desenvolvida pelos profissionais do CER II Jardim Campos apresentada a seguir, se refere ao conjunto das informações obtidas nas entrevistas realizadas com os profissionais e os registros de trabalho de campo da rotina do serviço.

O estudo envolveu a participação de todos os profissionais do CER II Jardim Campos. No total foram realizadas 23 entrevistas com a equipe profissional técnica que compõe o CER: quatro (4) fonoaudiólogos; quatro (4) fisioterapeutas; um (1) terapeuta ocupacional; um (1) nutricionista; uma (1) psicopedagoga; um (1) assistente social; um (1) brinquedista; quatro (4) psicólogos; dois (2) enfermeiros; dois (2) técnicos de enfermagem e dois (2) médicos.

Dos entrevistados, 18 profissionais são do sexo feminino e 5 do sexo masculino. O tempo de atuação profissional variou de 2 a 33 anos e o tempo de atuação no serviço de reabilitação no espaço onde hoje é o CER, de 5 meses a 19 anos. Como, em 2014, o serviço passou a funcionar na modalidade de CER, o tempo de atuação dos profissionais nesse serviço variou de 5 meses a 5 anos, como apresentado no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 Caracterização sociodemográfica e profissional da equipe profissional do CER II Jardim Campos (SP-SP) participante do estudo, 2019

Nome	Idade	Profissão	Atuação (anos)	Instituição de formação	Ano de formação	No CER (meses-anos)
Fono 1	42	Fonoaudióloga	19	USP	2001	14
Fono 2	30	Fonoaudióloga	09	USP	2013	01
Fono 3	40	Fonoaudióloga	19	USF	2001	03
Fono 4	38	Fonoaudióloga	4	FCMSC	2015	04
Fisio 1	52	Fisioterapeuta	26	UNICID	1993	19
Fisio 2	32	Fisioterapeuta	06	UMC	2011	04
Fisio 3	43	Fisioterapeuta	18	UNICID	2002	01
Fisio 4	40	Fisioterapeuta	16	UNISCSUL	2004	13
Fisio 5	28	Fisioterapeuta	07	UNINOVE	2013	07
Fisio 6	36	Fisioterapeuta	14	UNINOVE	2005	01
TO	36	Terapeuta Ocupacional	13	FASC	2006	11
Nutri	33	Nutricionista	12	FASC	2008	03
Psicoped	41	Psicopedagoga	15	PUC	2004	05 meses
AS	35	Assistente Social	07	ANIDERP	2013	04
Brinq	26	Brinquedista	02	USJT	2017	02
Psico 1	48	Psicóloga	22	UNICSUL	1998	04
Psico 2	62	Psicóloga	33	UNI SÃO MARCOS	1986	04
Psico 3	34	Psicóloga	12	MAKENZIE	2008	04
Psico 4	31	Psicóloga	06	UNICASTELO	2013	04
Enf 1	44	Enfermeira	21	FASM	2004	06
Enf 2	44	Enfermeiro	18	UNST	2009	06
Tec Enf 1	45	Técnica de Enfermagem	09	EEAS	2010	06
Tec Enf 2	35	Técnica de Enfermagem	06	EEAS	2013	03
Med 1	52	Médico Ortopedista	25	FASM	1994	04
Med 2	62	Médico Neurologista	07	FASM	2011	04

Fonte: o autor.

Os dados apontam para uma equipe profissional heterogênea, considerando a instituição de ensino e tempo de formação; tempo de atuação profissional no campo da reabilitação; gênero; idade e as especialidades. Desta forma, é necessário se atentar que as concepções sobre

saúde pública, políticas públicas voltadas para a reabilitação, experiência do cuidado em saúde e a prática da multiprofissionalidade (dentre outras dimensões que estão presentes na rotina atual desta equipe), foram construídas e vivenciadas pelos profissionais de formas distintas e em distintos momentos por cada integrante da equipe e lidar com essas diferenças pode ser um grande desafio. Por outro lado, há de se buscar compreender quais recursos essa equipe tem utilizado para lidar com esse desafio, bem como tecer um olhar para as potencialidades advindas dessa heterogeneidade e como isso se expressa no cuidado do paciente em reabilitação nesse serviço.

Com o intuito de compreender o conjunto das necessidades e das ações empreendidas pelos profissionais, especificamente a análise sobre o processo de alta da pessoa em reabilitação, objeto desse estudo, exige-se um olhar ampliado sobre as práticas em saúde empregadas no percurso terapêutico e uma reflexão sobre qual o sentido do cuidado para os sujeitos envolvidos nesse processo. Desse modo, na análise temática dos conteúdos das entrevistas com os profissionais do CER e do estudo documental a partir do diário de campo, foi identificada uma (01) categoria central, que deu origem a cinco (5) subcategorias, conforme Quadro 4.2.

Quadro 4.2 Categoria e subcategorias temáticas referente à experiência dos profissionais do CER II Jardim Campos, SP-SP, 2019

Categoria temática
Desafios e possibilidades no processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação
Subcategorias temáticas
1. A alta no lugar do não cuidado;
2. Concepções e percepções dos profissionais acerca do processo de reabilitação, saúde pública e política em saúde;
3. Trabalho colaborativo como transformador da prática: sobre nós e <i>sobre nós</i> ;
4. Redes de atenção à saúde e território: sobre desconexões, conexões e conectores;
5. A alta no lugar do cuidado.

Fonte: o autor.

#### **4.1 A alta no lugar do não cuidado**

O cuidado, como modo de fazer a vida cotidiana (Pinheiro; Mattos, 2005), se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com as pessoas e é permeado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos. Quando o ato de cuidar resulta na prática de cuidar do outro, é importante voltar-se para os novos sentidos e identidade que revestem essa prática, pois agora, o outro é o lugar do cuidado e ele também tem em seu olhar o caminho para a construção do seu cuidado (Pinheiro, 2009).

O cuidado em saúde não se restringe à atenção ou a procedimentos técnicos, mas envolve o tratamento digno, o respeito, o acolhimento e o entendimento ou a compreensão do ser humano em seu sofrimento, com qualidade e resolutividade. Por outro lado, a falta do cuidado é caracterizada pelo abandono e o descaso, o que pode agravar o sofrimento do outro (Pinheiro, 2009).

No caso das pessoas com deficiência, quando o cuidado está voltado à reabilitação, busca-se o aumento da capacidade funcional e do desempenho humano que engloba ações de proteção à saúde, prevenção de agravos e a promoção da saúde (Trombetta et al., 2015), na perspectiva de desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões, que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2012).

O processo de produção em saúde necessita de uma análise crítica das práticas de saúde por parte dos profissionais e das instituições, no que diz respeito a forma como elas estão estruturadas “para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance de suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção.” (Assis et al., 2010, p. 13).

Embora as práticas de saúde contemporâneas sigam em um expressivo avanço tecnológico e científico, é notória a grande dificuldade em se responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações, por isso, propostas de humanização e integralidade no cuidado vem se configurando como eficientes estratégias para o enfrentamento dessas dificuldades; mostra-se imprescindível, porém, que essas discussões e (re)construções das práticas em saúde, passem pela real compreensão do que é o cuidado, quem é o sujeito desse cuidado e as interações entre os profissionais da saúde e os sujeitos do cuidado (Ayres, 2004). Esses esforços científicos, técnicos, éticos e políticos pela construção de práticas de saúde não podem prescindir de uma prática interessada no reconhecimento de quem somos

e como estamos diante da poderosa instrumentalidade das tecnologias contemporâneas da saúde (Ayres, 2009).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde definiu a alta como sendo a liberação de um usuário de um centro de cuidados (WHO, 2004). Historicamente, a alta é reconhecida e construída em uma perspectiva de desligamento (Fagundes; Scandol, 2018) e, mesmo quando se volta para a concepção de uma abordagem em saúde centrada na pessoa, a oferta do cuidado integral, o planejamento da alta com qualidade e a continuidade do cuidado (Aued et al., 2019), incorremos na possibilidade de pensar a alta como um “desligamento’ da rede e não um caminhar por ela.” (Fagundes; Scandol, 2018, p. 199), assim, a alta é colocada no lugar do não cuidado, do abandono e do descaso.

Portanto, nesse estudo, aponta-se para a relevância de se compreender qual o lugar que a alta ocupa nas práticas dos profissionais nesse cuidado e quais sentidos esse ato produz nos sujeitos. Durante a rotina de trabalho, inúmeras vezes a alta se torna o tema central de discussões de casos, seja nas conversas informais entre profissionais, seja nos grupos de atendimentos e reuniões gerais, e isso por se configurar como uma ruptura no processo, um deixar de cuidar e deixar de ser cuidado (DC), segundo a percepção dos profissionais a partir de usuários,

*[...] vamos ter alta do grupo, vai interromper nosso tratamento. (DC)*

*A gente dá alta, a família faz uma ouvidoria e o paciente volta, porque parece que não fizemos nada [...], que não foi ofertado o cuidado, porque não compreende que é o momento de alta, se sente abandonado pelo serviço. (DC)*

O cuidado pautado nos valores humanistas é praticado de forma transpessoal e interativa e se estabelece na intersubjetividade (Vieira et al., 2007); assim, as percepções e emoções expressadas pelos usuários e familiares podem desvelar, nos profissionais, sentimentos como o de frustração frente a limitações e, também, gerar a constatação das dificuldades enfrentadas pela equipe no processo de trabalho.

Dessa forma, no decorrer do processo de reabilitação dos usuários no CER, é de se esperar que a equipe envolvida no cuidado reflita sobre a continuidade do cuidado, como manifestado abaixo pelos profissionais,

*[...] e se eu der alta, para onde ele vai? (Nutri)*

*Como vou comunicar que ele está de alta, mesmo que seja o momento, se ele ainda tem limitações? Pode parecer que não queremos mais cuidar, entende? (Psico 2)*

Tais questionamentos e inquietações surgem nos diferentes momentos da rotina do trabalho dos profissionais no CER, deixando transparecer questões culturais, sentimentos, sentidos e concepções que trazemos a respeito da alta da pessoa com deficiência e inferindo-nos à ideia de um não cuidado ou a um não fazer e a um desligamento da rede de cuidados.

A subjetividade é uma manifestação do viver (Minayo, 2012), assim, o vínculo e o compromisso estabelecido com os usuários e familiares faz com que os profissionais se questionem; há uma preocupação de como a alta pode repercutir do ponto de vista emocional e familiar nas condições de vida das pessoas e, não raro, o profissional expressa um sentimento de insegurança e impotência frente a essa conjuntura. Por conseguinte, é importante compreender quais concepções os profissionais têm sobre o cuidado e a alta, bem como quais aspectos reforçam o sentimento de impotência e quais estratégias os profissionais adotam para lidar com esse sentimento e trazer segurança durante a construção da possibilidade de alta.

A alta pode representar um ato de não cuidado, um desligamento, um rompimento ou uma não continuidade de seguimento na rede quando não se segue os princípios de humanização, os quais buscam garantir a integralidade do cuidado apoiando-se na transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos (Brasil, 2020). Os profissionais sugerem, porém, que mesmo quando há um planejamento com segurança e qualidade, ou seja, quando há clareza que os objetivos propostos em conjunto foram atingidos e que o usuário tem a possibilidade de um acompanhamento longitudinal na Atenção Básica, a alta pode ser sentida como um rompimento do processo de cuidado e não como parte dele, e assim ocorre em virtude de conceitos preestabelecidos, questões culturais e históricas, construções pessoais acerca do cuidado em saúde e a formação profissional.

Os valores éticos e morais, as percepções pessoais, questões culturais e históricas do profissional, bem como as marcas da sua formação (que podem trazer influência do modelo biomédico e hegemônico), limitam o conceito do cuidado a uma atenção curativa. No entanto, é preciso ressaltar que a formação do profissional da saúde não se basta no aprendizado de habilidades e competências de ordem técnica, mas inclui o manejo das situações cotidianas, as interações e as análises críticas dos processos de trabalho (Miranda et al., 2007). Desta forma, se faz necessário repensar a concepção de cuidado ao outro, pautada no modelo biomédico e suas limitações, bem como os aspectos voltados às habilidades relacionais envolvidas nesse processo.

A construção sobre o processo de elaboração de alta de um usuário do CER pode ser longa, isso porque são muitos elementos envolvidos no processo, tais como, as diferentes

percepções dos profissionais sobre o processo de reabilitação e o momento da alta; por uma dificuldade de articulação com a rede; a resistência da família e ou do usuário; questões de vulnerabilidade; falta de suporte familiar ou ainda por outras demandas que, porventura, surjam durante o processo.

Assim, por exemplo, durante a discussão sobre a alta de um usuário com certas complexidades – este estava sendo acompanhado no serviço há quase dois anos por consequência de sequelas pós-Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a uma progressão severa do seu quadro motor e a afasia progressiva associadas às questões clínicas (tais como, refluxo gastroesofágico oscilante; constipação intestinal constante; inapetência; perda progressiva de massa muscular; instabilidade dos sinais vitais durante os exercícios; apatia emocional e a dificuldade de a família proceder com as transferências para a cadeira de rodas por necessitar de muita ajuda) –, a equipe assegurou-se que ele não apresentava condições de seguir o programa de reabilitação e que demandava outros tipos de cuidados. O planejamento de alta exigiu inúmeras reuniões e articulações, envolvendo diferentes atores e ações. Nesse caso exemplificado, durante as reuniões com a equipe do CER, eram elaboradas estratégias que envolviam contato e trocas com profissionais de outros equipamentos da rede envolvidos no cuidado do usuário e reuniões com o usuário e a família. No curso do procedimento, a equipe ponderou que os objetivos propostos no PTS, quanto ao processo de reabilitação e dispensação de OPM's, haviam sido realizados e que, portanto, a condução da alta e a transferência do local do cuidado, naquele momento, poderia ser realizada com segurança e qualidade. Frente à necessidade de acompanhamento contínuo, e se considerando os problemas de saúde e a dificuldade física de locomoção do usuário, que teria que ir com certa frequência até à UBS, a equipe, para assegurar a continuidade do cuidado do usuário nos demais serviços, realizou uma última reunião com a rede (envolvendo profissionais do CER, UBS e EMAD), na qual se reafirmou a importância da UBS como local do cuidado longitudinal e da EMAD como serviço necessário para atender às demandas atuais no domicílio. Desta forma, somente após a pactuação com os serviços da rede seria feita a comunicação e a efetivação da alta com usuário e familiar. No entanto, observa-se que, embora a equipe procurasse se certificar de todas as medidas necessárias, ainda assim, alguns profissionais do CER remetem a alta a um significado de rompimento e a colocam no lugar do não cuidado:

*Será que é a hora de ele ter alta mesmo? Ele podia continuar vindo aqui no serviço...* (Psico 2)

*Eu acho que a gente pode continuar deixando eles virem aqui por um tempo, para não acharem que nós desistimos dele. (Nutri)*

*Sabemos que houve um olhar ampliado, a oferta de cuidado integral, a família expressa o quanto se sente acolhida aqui, mas quando falamos em alta é como se estivéssemos deixando de fazer, mesmo sabendo de tudo o que foi feito e que esse é o caminho. (Psico 1).*

De fato, a alta pode ocupar o lugar do não cuidado quando não é planejada, comunicada ou efetivada de forma segura, humanizada e com qualidade. Embora seja necessário compreendê-la como parte do processo de cuidado, a mudança do paradigma da alta como desligamento para a ideia de liberação do usuário de um serviço para que ele continue a trilhar seu caminho de cuidado na rede de serviços de saúde, supõe condições para que a rede possa atender o usuário e a família de modo integral.

A importância da família no processo de reabilitação é reconhecida pelos profissionais, porém, o modo de agir dos familiares frente à possibilidade da alta é identificado como aspecto dificultador no processo, como se pode observar nos depoimentos a seguir:

*O mais difícil é a família aceitar a alta. (Fisio 1)*

*Muitas vezes o paciente está bem e ele reconhece isso, mas a família não entende, acha que ele tem que ficar aqui pra sempre. (Fisio 2)*

*Às vezes, percebemos que a família tem certa resistência a alta, porque o filho é cuidado aqui, evolui, se vincula. E quando falamos em dar alta, fica aquele sentimento: “onde ele vai ser cuidado agora; será que eu vou saber dar sequência a tudo que foi orientado?” ...é complicado. (Psicoped)*

*Em muitos momentos, a gente elabora a alta, fica tudo certinho, atingimos todos os objetivos, mas a família tem dificuldade de aceitar, enxerga como um desligamento, mesmo reconhecendo os avanços que a pessoa teve. Aí, a gente vai postergando, postergando. (Brinq)*

Estudos indicam o sofrimento que as famílias experimentam durante a hospitalização e como são desvelados de distintas formas. Ao se analisar as vivências das famílias pós-alta hospitalar, verificou-se que esses sentimentos podem ser acentuados ou atenuados, dentre outros aspectos, pela forma que essa família foi inserida e vivenciou o processo de cuidado e da preparação para a alta (Pinto et al., 2015), de modo que este processo deve estar presente nos objetivos terapêuticos e ser compreendido como parte do cuidado (Ferigato; Ballarin, 2011). Estudos e práticas em saúde evidenciam a importância da participação da família na construção e oferta do cuidado, relatam sobre o sofrimento que estes também enfrentam e como interferem na compreensão e adesão do usuário no processo de reabilitação (Pessoa et al., 2019),



bem como na transição do local de cuidado (Jorge; Toldrá 2018). Em consonância com a prática profissional no CER foi possível verificar a relevância do papel da família na alta do usuário do serviço de reabilitação, o que condiz com a literatura.

Desse modo, não é incomum na rotina de trabalho no CER, ouvir das famílias expressões que demonstram certo temor com o momento da alta, pois a concepção desta etapa do processo de reabilitação identifica-se à ruptura, a um desligamento e a um não cuidado:

*Doutor, é verdade, ele melhorou muito, consegue fazer coisas que não fazia, mas você não está pensando em dar alta, né? (DC)*

*Eu entendo que ele tá bem melhor, que tem outras pessoas na fila esperando pra entrar aqui também, mas ele ainda tem dificuldade, se ele não vier mais aqui, como vai ser? (DC)*

*Mas ele ainda não tá bom pra sair daqui. (DC)*

*Como vai ser quando vocês derem alta? (DC)*

Cada família se organiza e vivencia o processo de reabilitação de uma forma; há de se pontuar ainda os aspectos relacionais, culturais, raciais e religiosos, e estes devem ser considerados ao se refletir sobre a percepção da família nos processos de saúde e doença, de deficiência e reabilitação, de cuidado e sobre a própria alta.

Os estudos indicam, porém, que incluir a família no tratamento, e a manter bem informada, aumenta a possibilidade de participação e colaboração com a equipe e a compreensão sobre os atos do cuidado (Brotto; Guimarães, 2017). Os resultados, em conformidade com a literatura, apontam para a importância dos profissionais e da família durante o processo de reabilitação, logo, há necessidade de um olhar ampliado para além do sujeito a ser cuidado (Othero; Dalmaso, 2009). Outrossim, há de se reconhecer que o usuário em reabilitação assume papel central no processo, assim, é imprescindível estar atendo às suas percepções, reconhecer e acolher sua história de vida, bem como o significado que as ações em saúde têm para ele.

O processo de habilitação e reabilitação, do mesmo modo que as demais práticas em saúde, estão em constante transformação e cada vez mais se voltam para um modelo centrado no usuário. As estratégias de ações em reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre a sua funcionalidade, como fatores emocionais, ambientais, comunicacionais, sociais e o desempenho ocupacional (Brasil, 2020).

Os relatos dos profissionais direcionam para a representação da alta como uma quebra de vínculo, uma interrupção do cuidado e em perda funcional e social para alguns usuários do CER, o que se torna um dificultador, conforme segue:

*Quando a gente fala em alta com o paciente, ele vai buscando formas de não se desligar do serviço, vai encontrando dificuldades, porque ele não quer parar de vir aqui. Aqui ele é cuidado, ele consegue e a alta representa o que pra ele? Parece que ele vai regredir, não vai ser mais olhado. (Psico 1)*

*Nossa (!), quando a gente fala em alta é um sofrimento pro paciente, porque ele se sente bem aqui, gosta de estar aqui. Parece que vai deixar de ser cuidado, se não estiver mais com a gente. (Nutri)*

*Às vezes o paciente demorou tanto para conseguir uma vaga [...] aqui ele convive com a gente, convive com o grupo, faz amizades, recebe os equipamentos, aprende tanta coisa. Quando falamos em alta, parece que ele vai perder isso tudo. E para onde ele vai? A alta implica em perda para ele. (TO)*

É preciso refletir sobre o lugar que a alta ocupa no processo de reabilitação e qual significado ela tem para usuário, familiar e profissionais, e buscar compreender quais papéis os usuários e familiares desempenham durante o processo de cuidado, se mostra igualmente imprescindível.

Se a alta assume um lugar de não cuidado, quais ações podem ser tomadas para se ressignificar essa ação tão importante que faz parte do processo de cuidado? Muitas são as inquietações e questões a serem respondidas.

## **4.2 Concepções e percepções acerca do processo de reabilitação, saúde pública e política em saúde**

No âmbito do SUS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência contará com os pontos de atenção à saúde na Atenção Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e Emergência, tendo como componente especializado o Centro de Atenção Especializado (CER) (Brasil, 2020) e, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, deve-se garantir a oferta do cuidado integral e qualificado; para tanto, porém, se faz necessário conhecer os norteadores acerca da rede de cuidado à pessoa com deficiência.

O enfoque no atendimento às pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais (Brasil, 2020). Quanto às equipes profissionais do CER, estas devem seguir a

regulamentação do exercício de cada profissão, aliadas às demandas do território e às exigências da gestão (Brasil, 2020).

As políticas voltadas às pessoas com deficiência vêm trilhando um caminho de avanços e uma significativa evolução sobre concepções acerca da deficiência. Nesse contexto, mostra-se patente uma reflexão sobre o quanto os profissionais que atuam na atenção especializada estão em consonância com as mudanças de paradigmas. Compreender a percepção do profissional sobre as ações de cuidado desenvolvidas no serviço de reabilitação e sobre a pessoa do cuidado, bem como seu conhecimento sobre as diretrizes que norteiam esse campo de reabilitação, é de extrema importância para se discutir aspectos referentes ao processo de trabalho e à qualidade do serviço ofertado. As práticas cotidianas são vinculadas aos sentidos que damos a elas, e esses sentidos são social e historicamente construídos e legitimados, portanto, devem ser constantemente colocados em análise (Iglesias; Dalbello-Araújo, 2011).

A transição paradigmática do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, desvela a necessidade de os profissionais da saúde revisarem as práticas e papéis que exercem, e que busquem novas formas de fazer a reorganização dos processos de trabalho e novos modos de se conceber a oferta do cuidado e os aspectos envolvidos (Queiroz; Araujo, 2009). Conseqüentemente, para analisarmos o processo de elaboração e efetivação da alta na reabilitação, é preciso retomar com criticidade as questões históricas, sociais e culturais, e assim, apreendermos que muitas práticas atuais adotam certas modelagens ou respondem a aspectos de épocas passadas (ou até superadas), as quais não condizem com o modelo e práticas do cuidado em saúde do presente. Ademais, a fim de termos uma melhor compreensão das ações no campo da reabilitação, torna-se pertinente conhecer as concepções e percepções dos profissionais sobre o processo de reabilitação, da saúde pública e das políticas públicas em saúde para a garantia de uma prática consoante com as demandas do território e do que é preconizado ser desenvolvido por um CER.

O processo de elaboração da alta de forma segura, compartilhada e qualificada é um dos norteadores para se garantir a oferta do cuidado integral e qualificado (Brasil, 2020); o desenvolvimento das estratégias e ações no âmbito da reabilitação devem considerar as necessidades particulares de cada indivíduo para uma melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente (Brasil, 2020). Nesse sentido, os serviços e os profissionais precisam repensar todos os aspectos que fazem parte da prática do cuidado em reabilitação, quais sejam, acesso; acolhimento; avaliação inicial; elaboração do plano terapêutico; atendimento especializado;

reavaliação; articulação com a rede de serviços em saúde; articulação intersetorial, dentre outros (Brasil, 2017).

Ao se considerar o perfil sociodemográfico dos entrevistados, nota-se que a maioria teve sua formação na rede privada, e as entrevistas apontam que tiveram pouco ou nenhum contato com a rede de serviços em saúde pública. Os conceitos trazidos pela saúde pública – ainda que hoje muitos profissionais atuem em um serviço que é norteado pela Política Nacional da Pessoa com Deficiência –, apontam para a dificuldade (até devido à rotina do trabalho) destes profissionais em saber integrá-los, elaborá-los ou mesmo concebê-los a ponto de fundamentá-los e, assim, legitimarem sua própria atuação no campo da reabilitação. Os profissionais que tiveram uma maior proximidade com temas pertinentes à saúde pública durante a graduação e atuaram em outros dispositivos da rede, demonstram maior familiaridade com os conceitos e as diretrizes das políticas públicas atuais; estes, porém, reconhecem, igualmente, que a dinâmica do serviço não colabora para discussões mais aprofundadas sobre tais questões. Ressaltando o quanto o trabalho em equipe é uma importante estratégia para enfrentar a fragmentação no processo de trabalho e para a troca de experiências (Peduzzi, 2013), compete-nos considerar a fala dos envolvidos,

*No dia a dia do trabalho, na rotina, a gente acaba não refletindo tanto sobre critérios de acesso, elegibilidade, alta [...] a gente acaba já fazendo como está acostumado. Claro que tem reunião de equipe, troca de experiência, mas poderíamos estudar mais sobre essas questões. (Fono 3).*

*Você me perguntando sobre os critérios para a gente atender aqui no CER, falando sobre alta, a gente acaba percebendo que precisamos pensar sobre a alta nesse lugar, porque o paciente está aqui e porque ele terá alta, porque a gente já vem com um outro conceito de alta [...] no dia a dia, a gente pode até pensar sobre isso, mas não para pra refletir assim [...] e, tem muitos termos que trabalhamos hoje, que não se falava quando estudei, ou quando iniciamos o trabalho aqui. (Psico 2).*

*Como me formei mais recente e tive experiência de estágios no SUS, e trabalhei em UBS, algumas coisas como, acesso, PTS, elaboração da alta, critérios para encaminhar o paciente ou para inserir no serviço, são mais claras pra mim, mas a gente entra numa rotina tão louca do trabalho, que fica difícil se atualizar, acompanhar as mudanças nas políticas, temos que garantir espaços no serviço pra isso. (Fono 4)*

*Fica até difícil falar sobre os critérios para se inserir o usuário no CER, porque a gente acaba falando do que acontece no dia a dia do serviço, que nem sempre atende o que se é estabelecido, mas também não conversamos muito sobre isso. Claro que cada vez mais vamos buscando espaço para isso, porque o serviço vai ganhando maturidade, a gente vai aprendendo uns com os outros, mas*

*pensando bem, a gente que está na ponta, executando o serviço, precisamos voltar mais para a política, estudar, discutir. (TO)*

*Imagina se, quando eu estudei, tive contato com o SUS, não mesmo. Fui ganhando experiência com a prática, e as coisas vão se atualizando, tem conceitos que a gente tem que parar pra estudar juntos aqui no serviço [...] igual à alta; a gente dá alta, sabe que dá pra melhorar esse processo, porque sempre é uma dificuldade, pra gente, pro paciente, pra família, dar alta e tem paciente que faz ouvidoria e volta. E acaba, que a gente só atende o paciente novamente, mas não para pra conversar sobre isso, o que está acontecendo, porque a alta é um problema [...] agora que a gente tá falando disso, e precisamos refletir sobre tantas outras questões. (Fisio 1)*

Associada às, acima citadas, diferenças de experiências da equipe, estes profissionais se deparam, no contexto do trabalho do CER, com as transformações sobre a representação social da deficiência e a evolução das políticas públicas; as mudanças do modelo biomédico em direção ao ideário proposto pelo SUS, impõe a eles a necessidade de se tomar as práticas em saúde como foco específico de análise. Faz-se necessária, assim, uma reflexão sobre as práticas de cuidados operadas pelos serviços (Carrapato et al., 2018), e este é um grande desafio para os profissionais que operacionalizam esses processos frente à rotina diária do trabalho, pois como bem disse o poeta espanhol António Machado, “é caminhando que se faz o caminho” (Machado, 1983).

Os resultados apontam para a importância de se criar espaços para que os profissionais dos serviços especializados em reabilitação possam se aproximar e se aprofundar no conhecimento sobre as diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência, saúde pública e políticas em saúde. Caso, contrário, incorre-se na possibilidade de um fazer em saúde sem a reflexão necessária sobre as práticas, reproduzindo questões protocolares, como nos mostram as falas abaixo:

*Se o profissional ou a equipe percebe que o paciente atingiu o esperado ou atingiu um limite, como está naqueles critérios da ficha, a gente comunica a alta. (Enf 2)*

*A UBS encaminha, passa por uma avaliação aqui no serviço e define-se se tem perfil pra ser inserido. Se sim, a gente inicia o tratamento [...] é, a gente reflete pouco sobre esses critérios, né? (Fisio 4)*

*Agora, a gente tem falado mais sobre essas questões: alta, PTS, matriciamento. E esse questionário, só me faz pensar o quanto precisamos ter esses espaços de discussão aqui no serviço, se não, a rotina nos engole e não refletimos sobre o porquê fazemos as coisas [...] como temos construído a alta dos nossos pacientes? (Psico 2)*

As incertezas, inquietações e necessidades dos profissionais indicam que a transitoriedade do saber e as marcantes transformações no mundo do trabalho, aqui tratando de forma específica no campo da saúde, reforçam a importância da educação permanente como assegurada pelo SUS, reconhecendo o potencial educativo dos espaços de trabalho e sendo esta uma significativa estratégia para sincronizar os marcos teóricos com as reais necessidades da saúde pública brasileira (Miranda et al., 2007). No processo de trabalho em saúde, os profissionais configuram-se como agentes dessa integração política e prática, e nesse sentido, a compreensão das concepções dos profissionais sobre as qualidades de suas ações, nos trazem elementos para uma reflexão crítica sobre o objeto de estudo e sobre a oferta do cuidado que se é preconizado (Carrapato et al., 2018).

Os próprios profissionais são capazes de identificar como se estabelecem as relações no cotidiano de trabalho e como se operacionalizam as ações cotidianas. Conhecer essas percepções possibilita que a própria equipe apreenda melhor tal realidade e participe, na medida do possível, da gestão da rotina de trabalho cotidiano para, então, criar formas de ressignificar as práticas. No entanto, os mesmos profissionais revelam a falta de espaço de trocas para construção do trabalho interprofissional como uma consequência do automatismo da rotina, da falta de cultura de interlocução, de questões interpessoais que atravessam o ambiente de trabalho e da demanda excessiva de trabalho.

A atenção à saúde no SUS é norteada pela Política de Humanização em Saúde (PHN) (Brasil, 2013) que, baseada nos conceitos humanísticos, busca qualificar o cuidado em saúde nos serviços. A capacidade reflexiva e crítica, por parte da equipe, sobre como os conceitos dialogam com a prática, tem um potencial transformador das ações no cotidiano do serviço, evitando que as Políticas Públicas em Saúde se tornem meras palavras de ordem e gerem um vazio assistencial (Souza; Moreira, 2008). Por essa razão, é importante que se garanta, nos espaços institucionais, momentos de educação continuada que possibilite a ressignificação das práticas assistências.

### **4.3 Trabalho colaborativo como transformador da prática profissional: sobre nós e sobre nós**

As ações em reabilitação, com vistas a promover e garantir maior autonomia e independência, qualidade de vida e participação, não podem ser executadas a partir do trabalho de um único saber, desta forma, tais ações devem ser desenvolvidas por equipes

multiprofissionais e interdisciplinares a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade (Brasil, 2020), na perspectiva do trabalho colaborativo interprofissional.

O trabalho em equipe interprofissional é definido como aquele que envolve diferentes profissionais que trabalham de forma integrada e interdependente e se sentem pertencentes a uma equipe (Peduzzi; Agreli, 2018). Os diferentes profissionais que compõem a equipe de trabalho, por mais que tenham interesses individuais e reconheçam a autonomia da profissão, se esforçam por desenvolver ações em conjunto e de forma colaborativa para a melhor oferta possível em saúde e resolução das situações complexas, desenvolvendo, assim, o trabalho colaborativo interprofissional (Peduzzi; Agreli, 2018).

Para se alcançar o ideário de oferta do cuidado em saúde no contexto do SUS, e ainda responder ao processo de mudança assistencial que visa a ampliar o objeto de trabalho, um ajuste deve ser feito, e este se refere às práticas assistenciais. Estas, por vezes, desconsideram o indivíduo e só focalizam na patologia, negando, portanto, a complexidade e as reais necessidades do indivíduo em sua integralidade. O trabalho em equipe multiprofissional exigiu e exige mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, agora mediados por ações e interações de distintos saberes e práticas (Costa et al., 2014). Assim, a discussão sobre a qualidade do processo de trabalho em saúde, como a programação e efetivação da alta, requer considerar a dinâmica de trabalho da equipe profissional em sua rotina no serviço rumo à prática colaborativa interprofissional, que caminha entre desafios e conquistas, experiências negativas e experiências exitosas.

Atuar em equipe significa lidar com questões culturais e hierárquicas presentes na área da saúde que envolvem as ações de natureza multiprofissionais e interdisciplinares, e supõe a necessidade de construir consensos, saberes e práticas e a criação de vínculos entre os profissionais, o que favorece de maneira mais adequada à resolução dos problemas cotidianos (Costa et al., 2014). Em consonância, o trabalho em equipe é caracterizado, pelos próprios profissionais da saúde, como a melhor possibilidade de resolução de problemas; o trabalho flui melhor quando se trabalha de forma interligada com o gerenciamento democrático, horizontalizado e integrado (Carrapato et al., 2018), como se observa na fala abaixo:

*Às vezes dá uns nós nas discussões, porque são pessoas diferentes discutindo sobre um caso, sobre uma possibilidade de alta mas com certeza, é a melhor forma de se trabalhar, pensar junto, se apoiar. Quando a equipe se alinha, tudo fica mais fácil [...] o nós desata os nós. (Psico 2).*

A fim de se garantir a integralidade (Brasil, 2020), as ações em reabilitação demandam uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais de saúde e o envolvimento direto da pessoa com deficiência, familiares e ou cuidadores nos processos de cuidado. Nesse contexto, torna-se imprescindível a construção de uma prática colaborativa interprofissional para os processos de elaboração e efetivação da alta, pois somente desse modo se garantirá a qualidade esperada referente à oferta do cuidado.

Os profissionais identificam na dinâmica do trabalho em equipe profissional aspectos que se tornam dificultadores para o êxito na elaboração e efetivação da alta, como ressaltado a seguir:

*Determinadas categorias profissionais têm dificuldade em perceber as demais categorias como iguais. Então, o profissional, acha que a decisão final cabe a ele e não compartilha com os outros que estão atendendo o paciente (o usuário), não comunica. Quando a gente vê, o paciente já está de alta e nem finalizamos nosso processo. (Psico 3)*

*Por exemplo, o paciente entrou no serviço para fazer fisioterapia, ao longo do tratamento surgiu uma necessidade social, estamos intervindo nisso, quando chega pra dar uma devolutiva o paciente teve alta. Faltou comunicação entre a equipe e entender o que o outro profissional está fazendo também. (AS)*

*Uma questão é atendimento em grupo, todos os profissionais que compõe aquele grupo, estão envolvidos no cuidado dos pacientes, mas, às vezes, a decisão da alta parte de alguns profissionais específicos. Claro que a dinâmica do trabalho, a correria, também colabora pra isso, porque tem dia que você tem que sair do grupo pra resolver outras coisas, não consegue ter reunião, essas coisas. (Fono 2)*

*Já teve casos de estarmos indo num caminho lindo, reavaliando, discutindo sobre o paciente, com todo cuidado com a família, e um determinado profissional já ir falando que o paciente está de alta, e coloca em xeque a confiança do paciente e da família na equipe. E, às vezes não é a intenção do profissional, é a forma como foi acostumado a trabalhar ou a própria rotina [...] mas são questões que podem e precisam ser revistas. (Psico 1).*

A possibilidade de mudança das práticas de saúde encontra potencial nos próprios trabalhadores (Cardoso; Hennington, 2011), que são capazes de analisar e propor estratégias para transformações. Embora apontem as dificuldades enfrentadas no dia a dia do trabalho da equipe, os profissionais reconhecem que essa é a melhor forma de se trabalhar e a única possibilidade de se garantir a qualidade na oferta do cuidado no CER,



*Pensar em experiências exitosas, uma alta bem elaborada, é pensar no trabalho em equipe, não tem outra forma. Qualquer experiência exitosa que eu for lembrar aqui, vai envolver a equipe, porque não tem outra forma disso dar certo. Claro, que é desafiador, não é orgânico, temos que buscar formas de dar certo, mas dá certo [...] não é mil maravilhas, mas dá certo e todos ganham, principalmente o paciente. (Psico 3).*

*Quando a equipe consegue se conversar, trabalhar junto, planejar, é ótimo. Quando isso acontece, a alta acontece de forma leve e segura, porque tudo vai se encaixando no seu tempo e o usuário consegue participar do processo, confiar na equipe e entender que é o momento de ter alta. (Fono 3).*

*Já tiveram vários casos, que planejamos a alta juntos, reavaliamos, discutimos, traçamos um caminho até chegar na comunicação da alta, e isso é muito bom, dessa forma é sucesso, porque até nas situações difíceis, se tá difícil pra família ou o paciente aceitar a alta, a gente consegue se apoiar e acaba sendo resolutivo. (TO).*

*Se o atendimento é compartilhado, a alta só vai ser bem planejada e estabelecida se for compartilhada também [...] temos que buscar mais isso, porque é a melhor forma de se trabalhar aqui. (Enf 1).*

As diretrizes para a reabilitação no SUS aponta para a alta qualificada, e a única forma de se atingir a qualidade nesse processo, é ela ser construída de forma compartilhada (Brasil, 2020). E mais do que isso, ela só ocorrerá dessa forma, se forem asseguradas outras premissas inegociáveis na oferta do cuidado, a saber, o acolhimento multiprofissional com elegibilidade para a reabilitação; definição e construção do projeto terapêutico; atendimento multiprofissional especializado e avaliação multiprofissional para alta da reabilitação com usuário e família (Brasil, 2020).

A alta é uma transição do local do cuidado e da assistência profissional contínua para os cuidados familiares (Jorge; Toldrá, 2018), e o acesso a serviços da rede de saúde, social e outros setores. Este é um processo complexo que pode despertar medo e insegurança, logo, requer da equipe profissional um planejamento e estratégias para que não seja um processo de ruptura, mas parte do cuidado. A referência que se tem é da alta hospitalar e, embora seja objeto de estudo para melhorias desse processo, tem a sua história marcada pela liberação médica (Brasil, 2002). Buscar a construção do planejamento, e a efetivação da alta multiprofissional de forma qualificada, é um desafio diário que exige reflexão constante sobre o fazer em saúde e sobre a reabilitação no SUS.

Um importante recurso que se dispõe na saúde, e que traz suporte e fortalece a equipe nos processos de transformação e novas construções, é o matriciamento; este recurso visa

integrar o que se é proposto em saúde pública com o cotidiano das práticas nos serviços para efetivação da integralidade do cuidado em saúde (Iglesias; Avellar, 2017).

O Apoio Matricial é o modelo de cuidados colaborativos desenvolvido por Campos (1999), em Campinas, no final do século XX; essa proposta surgiu como um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde e, desde então, vem respondendo questões dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas não se limitando a apenas esse serviço. O matriciamento tornou-se um grande apoio para os profissionais da saúde pública por ser uma atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar, que se faz por meio de atendimentos conjuntos ou discussões de casos com equipes de referência para traçar um plano terapêutico (Fortes et al., 2014).

No processo de realização da pesquisa foi possível perceber o empenho da equipe, e as propostas por parte da gestão local, para construção de espaços de matriciamento, seja durante os atendimentos, seja nas discussões de caso entre a equipe do CER e os outros serviços da rede de saúde envolvidos no cuidado dos usuários. O matriciamento, como um processo de trabalho interprofissional, tem como perspectiva a ampliação do campo de atuação, que implica a qualificação das possibilidades de intervenção em uma determinada situação problema (Brasil, 2011).

Um momento emblemático foi o planejamento de alta de um caso complexo, o qual envolveu as equipes CER, EMAD, UBS e, naturalmente, o usuário e a família. Durante as entrevistas os profissionais reconhecem e reafirmam a importância do matriciamento para qualificação dos processos, como pode ser verificado:

*Nossa equipe é composta com profissionais de várias categorias diferentes e com especialidades diferentes, então é muito rico, quando podemos compartilhar o atendimento e discutir os casos, pois, às vezes, você fala de coisas que eu nem me toquei ou até mesmo nem sabia, assim, vamos nos matriciando. (Fisio 2).*

*Acredito que uma das formas de melhorar o processo de alta, é a assegurar os espaços de reuniões, de matriciamento, poder discutir os casos e planejar. (Fono 1).*

*Tem vezes que a gente sofre pra dar alta, porque a gente fica preocupado com o paciente e com a família, mas quando a gente leva o caso para a reunião de equipe ou de rede, surgem tantas ideias, tantas outras possibilidades [...] isso nos ajuda muito. (Nutri).*

A transformação dos processos de trabalho está intimamente ligada ao clima que se estabelece entre a equipe e na construção de práticas colaborativas (Agreli et al., 2017). Nessa

perspectiva, definem-se alguns elementos conceituais essenciais ao trabalho colaborativo interprofissional, dentre eles, destaca-se a interação e a comunicação entre os membros da equipe, o que favorece a tomada de decisões e a construção de um ambiente de apoio seguro (Peduzzi; Agreli, 2018).

Em referência a esse elemento conceitual essencial, na entrevista os profissionais do CER foram convidados a avaliar, de forma quantitativa e em uma escala de zero (0) a dez (10), a qualidade da comunicação entre a equipe (em referência ao plano de tratamento do usuário); eles a classificaram com média sete (7), pois consideraram que há um esforço da equipe na busca por momentos de maior interação e de discussões de casos. Em contrapartida, ainda foram encontradas dificuldades na organização do dia a dia de trabalho ou em se garantir os espaços de troca e, identificaram também que, questões atitudinais individuais, interferem nesse aspecto. Outro elemento conceitual, inerente ao desenvolvimento das práticas colaborativas no processo de trabalho, é a construção de objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado, estando nela agregada o comprometimento com os objetivos traçados e compartilhados (Peduzzi; Agreli, 2018). Em uma escala de zero (0) a dez (10), os profissionais atribuíram uma nota média de cinco (5) à organização da equipe para a elaboração de alta, justificando que há entraves nesse processo e que, por vezes, não ocorre de forma compartilhada e com clareza.

Buscar qualificar, seja qual parte for do processo do cuidado em reabilitação, exige uma aproximação sobre as concepções e a representação de valores internalizados pelos agentes da produção de cuidado, ou seja, a equipe multiprofissional (Carrapato et al., 2018). Nosso esforço é no sentido de, em conjunto com estes, criar ferramentas e estratégias para melhoria dos processos, pois a equipe encontra potência em si mesma para a transformação das práticas.

Seguindo essa orientação, é importante desvelar qual a concepção que os profissionais têm sobre a alta qualificada em reabilitação e quais são as dificuldades para que se alcance a qualidade nesse processo, e ainda, como a equipe pode se apoiar para se garantir o ideário de alta multiprofissional qualificada no CER. Estas são questões que precisarão ser revisitadas no cotidiano do trabalho profissional.

#### **4.4 Redes de atenção à saúde e território: sobre desconexões, conexões e conectores**

Durante o processo de reabilitação, não existe um só caminho ou uma única direção, não é um traçado linear com um ponto de partida e um ponto de chegada livre de obstáculos ou

novas opções de rotas. Esta é uma caminhada que se faz por muitos roteiros, por isso é indispensável que haja conexão entre os caminhos, ou seja, um suporte para que se ultrapassem os obstáculos; bons sinalizadores para que o usuário não se perca ou se reencontre; uma rota bem definida para que se saiba aonde chegar; agentes que possam facilitar esse trilhar e que conheçam os pontos de partida e as possibilidades de idas e vindas e, principalmente, agentes que saibam direcionar e estejam dispostos a caminhar junto ao usuário.

Considerando a possibilidade de se trilhar diversos caminhos, e dadas as diferentes modalidades de serviços em saúde e a singularidade de cada percurso, amiúde buscou-se formas de maior integração desses serviços visando a garantia da integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Para tanto, foram implementadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Damaceno et al., 2020); estas são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de densidades tecnológicas diversas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, têm por objetivo garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2017). Embora estejam bem definidos quais são os pontos especializados em Reabilitação nessa rede de serviços, itens como, a compreensão das formas de acesso, o direcionamento e como o usuário percorre esse caminho, são essenciais para a promoção da funcionalidade no seu conceito mais amplo, considerando o aspecto social e a autonomia (Rodes et al., 2017).

De acordo com a Política Nacional da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2002), bem como o Instrutivo de Reabilitação (Brasil, 2014; Brasil, 2020), um dos mecanismos para se garantir acesso e qualificar o cuidado da Pessoa com Deficiência (PcD) é o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde, em componentes e pontos de atenção, a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2020). Uma importante prerrogativa para a garantia do cuidado integral da Pessoa com Deficiência é a articulação dos serviços de reabilitação, em qualquer que seja a modalidade, com demais pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2020).

As questões acerca do processo de reabilitação na Saúde Pública sempre passarão as RAS, pois a construção da integralidade do sujeito só pode ser obtida em rede (Cecilio, 2006). A implementação das ações nas RAS deve ser continuada para a ampliação das oportunidades de assistência ao usuário. Desse modo, é preciso considerar ainda que as redes estão em constantes construções e podem ser acessadas de diversas maneiras, de acordo com as possibilidades e as necessidades de cada usuário (Hadad; Jorge, 2018). Nesse contexto, para se discutir sobre cada ato da construção do processo de cuidado em saúde (Merhy et al., 2014), seja para identificação de problemas ou para reconhecimento ou elaboração de facilitadores, torna-se necessário uma reflexão sobre o dinamismo e sobre como tem se dado os movimentos

nas redes. Lacunas na rede de atenção à saúde devem ser identificadas, pois influenciam na rotina do trabalho, no fluxo de atendimento e na segurança ou não do profissional na efetivação da alta (Trombetta et al., 2015).

Quando convidados à reflexão sobre o processo de elaboração e efetivação de alta, levando em conta todo o percurso do usuário em reabilitação, os profissionais apontam os aspectos dificultadores das RAS e, também, ponderam sobre os aspectos facilitadores como um potencial apoio no processo de cuidado. Seguem, abaixo, os discursos que identificam a desarticulação ou a fragmentação da construção do cuidado, como dificultadores:

*Me parece que os serviços são desarticulados, não se conversam. A UBS, que encaminha, não conhece como funciona o CER, e quando a gente vai dar alta, contrarreferenciar, não se comunica bem também. Parece que um serviço não sabe muito bem sobre o outro, o usuário fica perdido. Isso dificulta tanto nos encaminhamentos, quanto na alta. (Fono 2)*

*Acho que um grande problema, um dificultador como na pergunta, é pra onde esse usuário vai pós-alta, porque muitas vezes a rede não se conversa, a gente não sabe se ele vai seguir os cuidados na UBS, o usuário acha que não vai ser mais cuidado, nisso a gente vai encontrando dificuldade para dar alta. Se enquanto o paciente está aqui com a gente e precisa discutir algo com a rede, muitas vezes, a gente não consegue pela rotina de trabalho ou por outras questões mesmo, isso é importante falar [...] um outro exemplo que acontece é que a gente faz a alta e esse paciente volta pelos mesmos motivos. (Fisio 3)*

*A falta de comunicação entre os serviços é um dificultador. Desde um encaminhamento sem conformidade, uma referência que não diz muita coisa. A dificuldade de discutir caso, mesmo quando a gente consegue uma reunião, muitas vezes, cada serviço só pensa na sua especificidade. E, pensando no momento da alta mesmo, não saber se esse usuário vai seguir seus cuidados na rede. Se a gente desse uma alta “amarrada”, seria mais tranquilo. É claro que a gente também falha nessa articulação, não é só “o outro serviço”. (Fono 1)*

*Tem coisas que a gente não dá conta só no CER, o usuário precisa estar em outros serviços, até mesmo quanto ele está pronto pra receber alta do CER, mas tem outras necessidades ainda, sem suporte da rede, como a gente faz? Ele precisa acessar outros espaços, mas a gente nem sempre consegue encaminhar. (Psico 2)*

Corroborando com os resultados desta pesquisa, outros estudos apontam uma fragilidade na interlocução entre o CER e a APS. A interrupção do cuidado, quando o usuário recebe alta, deveria seguir os cuidados em outras modalidades de serviço (como a UBS, por exemplo), fazendo com que o usuário alcance o nível de funcionalidade e participação possíveis de serem atingidos (Medeiros, 2017).

Em contraponto ao que se é preconizado pela organização das RAS, e muitas vezes como herança de um modelo tecnicista e focado na doença e não no sujeito, os serviços em saúde se organizam de forma fragmentada, isolada e incomunicável (Mendes, 2010), sendo, então, incapazes de prestar uma atenção contínua ao usuário. Assim, responder ao que é idealizado pelas RAS, como a construção do cuidado de forma contínua e transversal e passível de ajustes de acordo com as necessidades de cada usuário (Medeiros, 2017), se torna desafiador e dependente de todos os envolvidos nesse processo – usuários, profissionais e gestores.

Os profissionais apontam esta desconexão entre os serviços como um dos dificultadores para elaboração da alta; por outro lado, para se atingir o êxito desejado na construção do cuidado contínuo e transversal, se faz necessário que, no cotidiano do serviço, se elabore estratégias de enfrentamento a partir do conceito das redes vivas (Merhy et al., 2010). Este conceito conduz à ideia de mobilidade e reconhece o protagonismo do usuário (Hadad; Jorge, 2018), pois convoca os profissionais de saúde ao trabalho vivo em ato e à articulação de saberes (Merhy et al., 2010). Nesse sentido, é importante que a equipe, para além de identificar os pontos de desconexão na rede, elabore estratégias de (re)conexão no cotidiano do trabalho.

Ainda que os resultados apontem para desconexões na operacionalização das RAS no dia a dia do trabalho, compreende-se que não há outra forma de se alcançar a continuidade do trabalho como garantia da integralidade. Ressalta-se ainda, que existem portarias ministeriais que indicam caminhos possíveis para resolutividade de problemáticas referentes às RAS (Hadad; Jorge, 2018). Ademais, o entendimento das RAS como um campo atravessado por múltiplos circuitos e fluxos de usuários, e que nem sempre responderão a uma única “racionalidade institucional ordenadora.” (Cecilio; Merhy, 2003, p. 199), alerta para sua maleabilidade e contínua transformação. Tal estrutura requer dos profissionais constante reflexão e elaboração de estratégias que (re)conectem os pontos dessa trama para a oferta do melhor cuidado possível, respondendo às possibilidades e necessidades de cada indivíduo durante todo o processo de reabilitação, o que facilitará a elaboração de uma alta segura e o continuar dessa caminhada.

O cuidado em rede fortalece o encontro profissional-usuário e favorece a construção compartilhada em cada ato desse cuidado (Tofani et al., 2021), e essas tramas e conexões impactam diretamente na finalização dos processos em saúde (Cecilio et al., 2012). Os profissionais assinalam o importante suporte das ações compartilhadas pelas RAS e reconhecem que a busca por melhores conexões pode favorecer a elaboração e a efetivação da alta, como afirmado nos relatos,

*Ah, uma alta é exitosa quando o cuidado é compartilhado em rede [...] um facilitador é a elaboração do PTS, a conversa entre os serviços [...] a equipe fica mais segura, porque sabe que terá continuidade do tratamento. E, a família e o usuário, compreendem a alta de outra forma, quando a gente mostra que os serviços se comunicam e se importam com o caso. (TO)*

*Minha sugestão para melhoria do processo de elaboração da alta, sem dúvida, é o maior compartilhamento em rede. A gente usa pouco essa potencialidade que é a rede, seja pela rotina do trabalho ou por outras dificuldades. Se o cuidado é compartilhado, como deve ser, a alta não será “um baque” pro usuário e pra família; acho que traz outra compreensão, e também fica bem mais fácil pensar junto as soluções para os problemas, como quando tem a reunião da rede, por exemplo. (Nutri).*

*Pra gente conseguir fazer uma alta qualificada, os serviços precisam se articular, porque, assim, o encaminhamento é feito correto; se precisar, a gente consegue conversar durante o tratamento aqui no CER, o paciente e a família ficam mais seguros e a alta vai ser um resultado disso. Se todos se apoiam, tudo fica mais tranquilo. A ferramenta já temos[...] é saber como usar e melhorar cada vez mais. (Psico 4).*

*Melhor articulação entre os serviços, essa é minha sugestão [...] a gente vê isso no serviço, quando a rede se articula, quando construímos PTS juntos, como discutimos o caso na reunião, facilita [...] todos ganham. (Fono 2)*

O cuidado desenvolvido em rede possibilita uma assistência mais integrada e aproxima a equipe profissional do território e das reais necessidades do usuário (Tofani et al., 2021), tornando o dia a dia do trabalho mais saudável e prazeroso (Machado et al., 2010), pois a equipe se sente apoiada e mais fortalecida em cada ato do cuidado. Estudos mostram que, quando a interlocução entre o CER e os outros serviços da rede é melhorada e fortalecida, firmando-se ações conjuntas durante o processo de reabilitação (inclusive para a elaboração da alta), todo o processo é facilitado e potencializa-se a garantia da continuidade do cuidado e integração na comunidade (Medeiros, 2017).

Portanto, as ações das RAS – seus impactos durante o processo de reabilitação, sobretudo no ato da elaboração e efetivação da alta –, são caracterizadas como elementos dificultadores pelos profissionais quando há desconexão entre os dispositivos e, de modo contrário, como facilitadores quando esta rede funciona de forma articulada e o cuidado é compartilhado. Desta forma, é importante se voltar para os conectores, as tecnologias que podem facilitar as conexões entre os serviços.

*Sugestões para facilitar? Elaboração de PTS, facilitar a comunicação entre os serviços, aproveitar melhor as reuniões de equipe, melhorar os*

*encaminhamentos e as contrarreferências, se comunicar direito e ouvir o usuário, tem várias coisas [...]. (Fisio 5)*

O instrutivo de reabilitação (Brasil, 2020) define que o CER deverá produzir, em conjunto com o usuário, familiares e acompanhantes, de forma matricial na rede de atenção um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O PTS é uma significativa ferramenta de gestão de cuidado compartilhado e corresponsável construído a partir do diálogo; ele ultrapassa o campo da saúde, pois considera e integra os elementos da vida, da cidadania, dos direitos e das relações afetivas e sociais (Brasil, 2014). A construção do PTS, tomada como uma estratégia basilar, deve ser empregada no processo de reabilitação por quem tem a integralidade como importante fundamento (Brasil, 2017). Entretanto, percebe-se no dia a dia dos serviços, que a construção do PTS ainda fica voltada para os casos elencados como de maior complexidade (Brasil, 2017), demonstrando que existem barreiras para essa construção. Nessa chave, sugere-se que sejam buscadas possibilidades de se incorporar cada vez mais o PTS como prática de rotina da construção de cuidado no CER, pois todo projeto terapêutico traça um caminho singular para cada sujeito (Brasil, 2014).

Na prática do trabalho em saúde pode-se lançar mão de diversas tecnologias que têm condições de ser empregadas de acordo com a realidade de cada território e a necessidade de cada indivíduo (Coelho; Jorge, 2009). As tecnologias em saúde superaram o reducionismo que as caracterizavam apenas como instrumentos materiais do trabalho (Gonçalves, 1994) e hoje assumem um conceito mais abrangente. Elas são analisadas tanto no registro do saber, como igualmente por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde, podendo ser classificadas por leve, leve-dura e dura (Merhy, 2005). As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados (tais como as teorias), e as duras são as dos recursos materiais (Coelho; Jorge, 2009). Nesse contexto, na prática do trabalho no CER, a equipe deve lançar mão dessas tecnologias que favorecem a conexão com as RAS, haja vista que estas colaboram para o êxito na elaboração e efetivação da alta dos usuários.

Cabe ressaltar que, tão importante quanto a análise na trajetória do usuário nas Redes de Atenção à saúde durante o processo de reabilitação e a pós-alta, é se pensar sobre o acesso desses usuários a outros serviços e dispositivos em seu território no âmbito do lazer, cultura, esporte, dentre outros,



*Se durante a reabilitação aqui no CER, os profissionais já estimulam o usuário a participar mais na sua comunidade, no lazer, fazer algum esporte, fazer mais coisas, fica mais fácil ele compreender a alta, porque ele já está acessando outro espaço [...] quando o CER acaba sendo o único lugar onde ele vem, se sente acolhido, nem ele e nem a família vão querer “romper esse vínculo.” (TO).*

*Eu acho que uma coisa importante é o usuário acessar outros espaços, além dos serviços de saúde, mas uma questão que percebo aqui no território, é que mesmo que a gente apresente os espaços (cultura, lazer, esporte, educação), eles têm uma difícil adesão, acabam não indo. (AS)*

A falta de adesão dos usuários e a maior participação em dispositivos do território podem ser atribuídas a diferentes fatores, a saber, a concepções históricas sobre deficiência e o corpo deficiente (Rocha, 2019), que restringe a pessoa com deficiência ao seu círculo familiar mais próximo; ao desconhecimento do território e à falta de acesso e acessibilidade; a um conceito restrito sobre funcionalidade que desconsidere o aspecto social; à organização da própria família e os aspectos sobre cultura e lazer, e a condições sociais acerca do próprio território, que envolvem violência e acessibilidade. Todos estes fatores precisam ser considerados, de acordo com a realidade de cada usuário, durante o processo de reabilitação.

Durante a pesquisa de campo, identificou-se que há pouco estímulo, por parte da equipe, para que o usuário acesse outros espaços do território e, por vezes, esse direcionamento fica a cargo do profissional do Serviço Social. Desta forma, evidencia-se a necessidade de a equipe de reabilitação conhecer o território, características e demandas de onde trabalha (muitos vêm de outras regiões da cidade), além de se compreender a relevância para a pessoa com deficiência de conhecer e explorar o território.

*Alguns profissionais até indicam alguns locais para o usuário ir, mas na maioria das vezes, eles direcionam o usuário até o Serviço Social para que eu indique os locais; muitos não conhecem os espaços e, muitas vezes, não se fala sobre essa questão com os usuários. (AS)*

Os dispositivos mais indicados pelos profissionais, e que os usuários frequentam durante o processo de reabilitação ou no momento da alta, são os Centros Educacionais Unificados (CEUS) e os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO). Alguns profissionais realizam algumas ações em datas comemorativas na praça localizada em frente ao prédio do CER, reconhecendo o benefício de o usuário estar em outros espaços e explorar as potencialidades do território e da comunidade.

Fomentou-se, no decurso da pesquisa, a proficiência em se conhecer os dispositivos da região para, assim, estimular uma maior participação dos usuários nesses espaços durante o

processo de reabilitação (DC). Identificou-se que há no serviço um mapeamento desses dispositivos por parte do Serviço Social (o que era um objetivo dessa pesquisa) e a necessidade de os profissionais se apropriarem desse material. Durante uma reunião de equipe, houve um momento de discussão sobre o tema e o reconhecimento desse mapeamento, e adveio desta mesma reunião, a proposta de a equipe se organizar para conhecer alguns destes espaços e de desenvolver algumas ações de reabilitação nestes equipamentos do território. Tal perspectiva de ocupar outros locais, para além do próprio serviço, visa a ampliação da convivência e maior familiaridade com outros serviços e espaços, tanto por parte dos usuários e familiares, como dos profissionais. Desse modo, estimula-se maior articulação com a realidade de vida das pessoas com deficiência e suas famílias e outras oportunidades de relações sociais, o que potencializa a ampliação de participação e o exercício de direitos dessas pessoas nos territórios próximos de onde residem.

Um importante e direcionador fundamento do trabalho em saúde com pessoas com deficiência é a ampliação da autonomia e a participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais (Brasil, 2020). Para a garantia da oferta de cuidado integral e qualificada em reabilitação, o CER deve promover uma conexão intersetorial com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, da inclusão e da melhoria de qualidade de vida da pessoa com deficiência (Brasil, 2020). As estratégias de ações para reabilitação devem considerar o território onde o cotidiano do usuário acontece, por isso é recomendável que a equipe conheça o território e busque articulação com esses espaços, para ampliar o acesso do usuário para novos locais de convivência de modo a construir novas relações sociais que potencializem a participação social, pois além de ser o objetivo do processo de reabilitação, torna-se um facilitador para a elaboração e a efetivação da alta.

#### **4.5 A alta no lugar do cuidado**

A alta, historicamente, é considerada como lugar de um não cuidado ou mesmo compreendida como ruptura (nesse caso quando abordada apenas na finalização de um processo); e reforçando, ainda, seu aspecto menos positivo, a alta pode assumir um caráter de penalização, quando ela se dá por uma “não adesão” do usuário. No entanto, para que ocorra a alta de forma segura e qualificada – isto é, para que no momento de sua efetivação exista tempo oportuno e ela não represente um desligamento, mas sim uma continuidade – é preciso que haja um deslocamento, a fim de que ela, a alta, faça parte do lugar do cuidado.

A prática da assistência à saúde pode se distanciar dos reais interesses e necessidades dos usuários (Gariglio, 2012) e com seus projetos de vida e felicidade (Ayres, 2004), o que requer cuidado. Assim, uma (re)aproximação cotidiana aos conceitos do cuidado faz-se necessária para ensejar a possibilidade de se (re)construir as práticas em saúde (Gariglio, 2012) em uma perspectiva conciliatória entre as práticas assistenciais e a vida (Ayres, 2004).

O cuidado pode ser legitimado como “uma atitude [...] abrange mais que um momento de atenção [...] representa uma atitude [...] de responsabilização e de envolvimento [...] com o outro.” (Boff, 1999, p. 33). Em outras palavras, o cuidado pode ser afirmado como a conformação humanizada do ato assistencial à saúde visando ao alívio de um sofrimento, interessado no sentido existencial e na experiência do adoecimento, mas que também abarca práticas de prevenção, proteção e promoção da saúde (Ayres, 2004). A gestão do cuidado em saúde poder ser compreendida como o emprego das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, tendo como objetivo seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (Cecilio, 2011).

O projeto de humanização no SUS, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2013), é decorrente da observação que, em certo momento da prática clínica, como supracitado, o interesse pela patologia subtrai o foco do sujeito da terapêutica, ou seja, da dimensão humana do cuidado (Souza; Moreira, 2008). Portanto, a fim de tornar plena a oferta do cuidado, deve-se considerar o usuário em sua identidade integral, seu modo de viver e contextualizada com a sociedade (Kunkel, 2002).

No campo da saúde não deve se ter como objetos únicos a cura, promoção ou proteção à saúde, mas sim a produção do cuidado (Merhy, 2005), ou seja, deve ser um lugar de produção de atos de cuidado com os quais se pode chegar à cura e à maior qualidade (Gariglio, 2012) ou se atingir o melhor nível de funcionalidade possível. Assim, deve-se considerar o trabalho na assistência à saúde das pessoas com deficiência centrado na produção do cuidado – orientados a partir dessa premissa, na mesma medida, entende-se que o processo de elaboração da alta do usuário em um Centro Especializado em Reabilitação deve ser compreendido igualmente como um ato na produção de cuidado.

Dado que o lugar da alta foi construído historicamente descolado do processo de cuidado, é necessário um processo de desconstrução desse lugar que hoje a alta ocupa, e isso envolve todos os atores e serviços. Ainda que ocorra a qualificação do processo de alta e maior segurança no processo de sua efetivação (mesmo que de forma insipiente), esta remete a aspectos relativos à alta no ambiente hospitalar, voltadas à redução de sintomas e na melhora

da doença (Ferigato et al., 2010). Semelhante desafio, além de se pensar sobre o (re)alocamento do ato de cuidado no âmbito geral da saúde, é a compreensão desse processo voltado à saúde da pessoa com deficiência, quer dizer, a alta como parte do cuidado no contexto da reabilitação. Nesse sentido, pode-se pensar a alta como um processo de o usuário despende-se da terapêutica pelo ganho suficiente de autonomia e funcionalidade para lidar com sua condição de saúde e relações de vida (ambientais e pessoais), mas que favoreça uma construção conjunta entre os envolvidos no processo (usuário, profissionais e família) (Ferigato et al., 2010),

*Responder a sua pesquisa já me faz refletir sobre várias questões. A gente não para pra pensar no que representa, de fato, a alta aqui no CER, porque é diferente do hospital. Estamos falando de pessoas que precisam levar suas vidas, com as suas limitações, dificuldades e “encerrar esse processo é muito difícil” [...] não é só sobre alta, é alta da reabilitação, muito importante isso. (Psico 1)*

Não existe uma receita ou fórmula que garanta êxitos nos processos de elaboração da alta em reabilitação, tendo em vista a singularidade de cada usuário, a conformidade de cada equipe e a complexidade envolvida no cuidado à saúde da pessoa com deficiência. Analisar a percepção dos profissionais e compreender, porém, os dificultadores e facilitadores encontrados na vida real do serviço no CER, possibilita a identificação de norteadores que possam apoiar esse ato do cuidado, favorecendo, assim, uma maior qualificação e segurança nos processos de elaboração e efetivação da alta em um Centro Especializado em Reabilitação de média complexidade. Destacam-se como estratégias na construção do processo de alta, por exemplo, o cuidado compartilhado (usuário, equipe e família), sendo o usuário o protagonista nesse processo; a educação continuada, que aproxime a equipe da especificidade do campo de trabalho na reabilitação, e discuta os avanços em políticas públicas e sobre o cuidado à Pessoa com Deficiência; o fortalecimento da equipe para que haja o compartilhamento do cuidado e a resolução de problemas enfrentados no dia a dia do trabalho em reabilitação; uma comunicação clara e efetiva sobre os objetivos do processo de reabilitação em cada ato dessa produção de cuidado, inclusive o planejamento da alta – considerando a importância de uma avaliação inicial bem estruturada, reavaliações periódicas e escuta qualificada durante todo o processo; o melhor uso possível das tecnologias em saúde e uma articulação com as redes de atenção à saúde e na exploração do território.

*Consigo pensar em vários momentos que tivemos alta exitosa aqui no serviço, isso acontece quando a gente discute o caso em reunião de equipe, quando lá na avaliação a gente já consegue traçar os objetivos juntos, tudo fica amarrado*

*[...] o usuário tem alta do CER, mas não perdeu o vínculo com a UBS e faz outras coisas na comunidade. (TO)*

*Tem alta exitosa, sim. Lembro de um caso, em que fomos alcançando os objetivos, e a família participou e ia compreendendo os ganhos, conseguimos articular com a escola da criança. A equipe estava falando a mesma língua, a escola e a família apoiando; isso foi fundamental. (Psicoped)*

*É importante desde a avaliação traçar os objetivos junto com o usuário, entender a expectativa da família, ter reavaliações, a equipe se conversar [...] se precisar, discutir em reunião de rede e não deixar para falar da alta só no dia da alta, isso tem que ser planejado mesmo, não é fácil, mas acho que tem que ir por esse caminho. (Fisio 2)*

Analisando o processo de elaboração e efetivação de alta como um ato do cuidado em reabilitação, um olhar ampliado sobre a pessoa com deficiência apresenta-se como obrigatório, pois, as ações desenvolvidas no contexto de reabilitação devem considerar o impacto da deficiência e a funcionalidade de cada indivíduo (Brasil, 2020). Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) torna-se mais um balizador para as tomadas de decisões compartilhadas em reabilitação, assim como na elaboração e efetivação da alta. A CIF, como uma ferramenta clínica e geradora de informações, favorece o desenvolvimento de ações em saúde (Bernardi et al., 2017) e, à vista disso, além de possibilitar a padronização da linguagem (facilitando a comunicação interdisciplinar), ela parte de uma perspectiva mais ampla e se volta sobre a funcionalidade, pois considera os aspectos biológicos, individual e social. Durante a pesquisa, identificou-se um esforço compartilhado entre gestão e equipe técnica para se incorporar a utilização da CIF na rotina do serviço, por meio de curso preparatório e simulação no campo de trabalho.

Analisar o processo de cuidado no âmbito da funcionalidade, contextualiza o indivíduo, suas relações, participação e a interação com o ambiente (Brasil, 2020). Assim, o olhar do profissional é ampliado e as reais necessidades, as barreiras e os facilitadores identificados pelos usuários são considerados. Os objetivos traçados no processo de reabilitação serão, desta forma, relacionados com a vida real do indivíduo, o que é imprescindível para que se alcance os melhores resultados possíveis em cada ato do cuidado de reabilitação, incluindo o processo de planejamento e efetivação da alta.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância de a equipe refletir sobre quais sentidos são atribuídos às ações do cuidado em reabilitação e em quais valores estão pautados às práticas e decisões assistenciais (Rocha et al., 2021-2022). As demandas das pessoas com deficiência precisam ser compreendidas pelos profissionais a partir de um sentido ético e político (Gomes;

Oliver, 2021-2022), e o cuidado ofertado deve possibilitar a emancipação do sujeito, para isso, é indispensável uma prática pautada no modelo social e biopsicossocial (Gomes; Oliver, 2021-2022).

Assim, é necessário que se garanta, nos espaços institucionais, ações que promovam a reflexão sobre a prática assistencial em reabilitação, a fim de identificar as falhas que possam existir no processo de trabalho; de lançar mão das estratégias e ferramentas apontadas pela equipe, que apoiem as decisões assistências; de prover do necessário a equipe para que ela faça bom uso das tecnologias em saúde, e de fortalecer o trabalho colaborativo interprofissional. Desta forma, é possível se construir um caminho onde as ações em reabilitação se relacionem, de fato, com as reais necessidades da pessoa com deficiência e possibilite a sua emancipação, de tal forma que, na finalização do processo de reabilitação, a alta possa ser (res)significada como um ato do cuidado – construído e objetivado durante todo o seu percurso na reabilitação.

## 5 CONCLUSÕES

A qualificação do processo de elaboração e efetivação, em consonância com o cuidado centrado na pessoa com deficiência, passa pela compreensão do sentido do cuidado para os que estão envolvidos no processo de reabilitação e pelo lugar desse ato. Barreiras atitudinais, concepções históricas e culturais acerca da deficiência e reabilitação, e questões relacionais e organizacionais do processo de trabalho, atribuem um sentido de ruptura à alta, colocando-a em um lugar de não cuidado. A equipe multiprofissional é capaz de elaborar estratégias e ações para que a alta seja elaborada de forma segura e qualificada, trazendo a esta, um sentido de continuidade do cuidado, ainda que por outros caminhos.

O estudo desenvolvido no CER II Jardim Campos, sob a percepção dos profissionais, elenca como os aspectos dificultadores enfrentados no dia a dia do trabalho imprimem um significado negativo a alta. Nessa chave, constatou-se um não aprofundamento, por parte dos profissionais, sobre as políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, saúde pública e especificidades do campo da reabilitação; a falta de uma comunicação dialógica com usuários e a família; as dificuldades de comunicação e de alinhamento entre a equipe frente às demandas do serviço; uma desarticulação com a RAS e com o território; o mau uso das tecnologias em saúde; as questões históricas, sociais e culturais acerca da alta etc.

A equipe multiprofissional mostrou-se capaz de criar ou identificar estratégias que favoreçam a elaboração e efetivação de alta de forma segura e qualificada, tais como, a garantia de espaços de troca entre a equipe; a educação continuada e apropriação das questões voltadas à reabilitação, saúde pública e histórico do processo evolutivo das políticas públicas por parte dos profissionais; uma comunicação clara e objetiva entre os envolvidos no processo; uma maior articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde e os dispositivos do território; uma prática assistencial voltada à produção de atos cuidadores vinculados aos objetivos e necessidades reais do usuário, e a reflexão do lugar da alta no processo de cuidado. As reuniões de equipe – reuniões de rede, construção do PTS, o matriciamento e o bom uso do instrumento de referência e contrarreferência – são apontados como relevantes ferramentas em saúde na construção do cuidado em reabilitação.

Os resultados ressaltam a importância de uma modelagem de assistência voltada à produção do cuidado, que preconize no processo de reabilitação, objetivos condizentes com as reais necessidades, interesses e a vida real do usuário. A utilização da CIF pode ser um norteador determinante para decisões e reconhecimento de necessidades, tanto no âmbito da

tomada de decisões compartilhadas, como na construção de objetivos a serem atingidos, mantendo o foco na funcionalidade, participação e autonomia do usuário.

Como limitação do estudo, este foi realizado com a equipe profissional que compõe um único centro especializado de reabilitação; não obstante a isso, seus resultados podem contribuir para a realização de outros estudos, que incluam um maior número de serviços e profissionais, para o aprofundamento dos aspectos voltados à construção do processo de alta de modo mais seguro e oportuno, a fim de propiciar maior independência, autonomia e participação social possível à saúde da pessoa com deficiência.

Com a finalidade de contribuir com a qualificação da elaboração e efetivação de alta dos usuários dos centros de reabilitação, foi produzido um produto educacional (Apêndice B) no formato de *folder*. Este produto tem como objetivo apoiar a equipe multiprofissional durante o cuidado ofertado à pessoa com deficiência, contendo orientações a serem observados durante o processo de reabilitação. O produto poderá ser usado pelo profissional como ferramenta na rotina do serviço e, também, em momentos de educação continuada, reuniões de equipe e fóruns de reabilitação, por meio de metodologias ativas, visando estimular a comunicação dialógica, a reflexão e a prática profissional colaborativa.



## REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

- Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *J Interprofessional Care* [Internet]. 2017 Sep [citado 25 jan 2023];31(6): 679-84.. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/1fe085a6-3123-479a-9fa8-ee2cb4de01b7/PEDUZZI%2C%20M%20doc%20123.pdf>.
- Amaral AAC. *Habitação na cidade de São Paulo. Avaliação da política municipal*. São Paulo: Inst. Pólis/PUCSP; 2002.
- Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *RBPS* [Internet]. 2013 jul [citado 23 jan 2023];15(3). Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>.
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2015 jan-mar;19(1):169-73. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>.
- Assis, MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA; 2010. [citado 29 nov 2022]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xjew9/pdf/assis-9788523208776.pdf>.
- Arthanat S, Nochajski SM, Stone J. The international classification of functioning, disability and health and its application to cognitive disorders. *Disab Rehabil*. 2004;26(4):235-45. doi: <https://doi.org/10.1080/09638280310001644889>.
- Aued GK, Bernardino E, Lapierre J, Dallaire C. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado *Rev Lat Am Enf*. 2019;27:e3162. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. set-dez 2004;13(3):16-29. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
- Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009. [citado 13 nov 2022]. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>.

---

<sup>1</sup> De acordo com Estilo Vancouver

Baptista TWF. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.11-41.

Bernardi SA, Pupo AC, Trenche MCB, Barzagli L. O uso da CIF no acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem de crianças no primeiro ano de vida. Rev CEFAC. 2017 mar-abr;19(2):159-70. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-021620171928016>.

Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev Terap Ocup Univ. São Paulo. 2011 jan-abr;22(1):85-92. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p85-92>.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

Borgneth L. Considerações sobre o processo de reabilitação. Acta Fisiátr [Internet]. 2004 [citado 13 dez 2022];11(2):55-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102476>.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília (DF); Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Chiaverini DH, organizadora et al. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [citado 20 jul. 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [citado 10 ago. 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_reabilitacao\\_auditiva\\_fisica\\_intelectual\\_visual.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº116, de 9 de setembro de 1993. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1993. [citado 22 jan 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116\\_09\\_09\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Reabilitação - CER. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. [citado 20 jan. 2021]. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171051/20165156-instrutivo-reabilitacao-rede-pcd-saips-01-06-14-ft.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 312, de 30 de abril de 2002. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. 2. ed. rev. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [citado 7 jun. 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf).

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.º 818/GM, de 05 de junho de 2001. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. [citado 12 jan 2023]. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 15 nov. 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 25 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 15 jun 2022]. Disponível em: [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_deficiencia.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília (DF); 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde do Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. [citado 21 set. 2022]. Disponível em: [dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_03\\_06\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_03_06_M.pdf).

Brasil. Presidência da República. Lei Brasileira de Inclusão n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei Brasileira de Inclusão. Brasília (DF); 2015. [citado 25 jul 2021]. Disponível em: <https://www.portalabel.org.br/images/pdfs/lei-brasileira.pdf>.

Brasil. Presidência da República. Portaria MS/G M n.º 793, de 24 de abril de 2012. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 29 nov. 2022]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html).  
Brotto AM, Guimarães ABP. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol. Hosp* [Internet]. 2017. [citado 20 jan 2023];15(1):43-68.  
Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004&lng=pt&tlng=pt).

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403.  
doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013>.

Cardoso CG, Hennington ÉA. Trabalho em Equipe e Reuniões. Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [citado 6 out 2022]; 9(supl.1):85-112. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/tes/a/YS6JT5hmc8YtsgGhfFYzN5S/?format=pdf&lang=pt>.

Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde Soc*. 2018 abr-jun; 27(2):518-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170012>.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R., Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-ABRASCO; 2006. p. 117-30.

Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface – Comunic Saúde Educ* [Internet]. 2011 abr-jun [citado 06 nov. 2022];15(37):589-99. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/?format=pdf&lang=pt>.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; 2003. p. 197-210.

Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, Meneses CS, Pinto NRS, Reis DO, Santiago S, Souza AM, Spedo SM. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2893-902. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [citado 14 set 2022];14(supl.1):1523-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F8cMBSY8RtNZw3349gRrLqR/?format=pdf&lang=pt>.

Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*. 2014 out-dez;38(103):733-43. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>.

Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev Enf UFSM* [Internet]. 2020 [citado 21 jan 2023];10:e14. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3683>.

Demo P. Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos. 3a ed. Campinas: Papirus; 2006.

Fagundes PF, Scandol EMR. Alta hospitalar responsável sob a ótica do cuidado em rede. *Serv Soc Saúde* [Internet]. 2018 [citado 20 jan 2023];17(1):181-204. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655207>.

Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcelos LCF, Silveira, RMG. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [citado 25 out 2021]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf).

Ferigato S, Ballarin MLGS. A alta em terapia ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. *Cad Bras Terap Ocup*. [Internet]. 2011 [citado 18 jan 2023];19(3):361-8. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/506>.

Ferigato S, Ballarin, MLGS, Carvalho FB. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *Mundo Saúde*. 2010;34(4):444-50. doi: 10.15343/0104-7809.200933.2.11.

Ferioti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade em saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo* [Internet]. 2009 [citado 19 jan 2023];6(2):179-90. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&nrm=iso).

Fichino SN, Santos AF, Crocchia M, Nardi DV, Resende MWG. O Programa Saúde do Deficiente Reabilitação – Casa de Saúde Santa Marcelina Prefeitura do Município de São

Paulo. In: Bourget MMM, organizadora. *Estratégia Saúde da Família: a experiência da equipe de reabilitação*. São Paulo: Martinari; 2008. p. 29-42.

Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, Ragoni C, Pithon T, Machado A. *Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento*. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2014; 24(4):1079-102.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400006>.

Gariglio MT. O cuidado em saúde. In: *Minhas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficina de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – atenção centrada na pessoa*. Belo Horizonte: ESPMG; 2012. [citado 25 ago 2022]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4097.pdf>.

Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Gomes ML, Oliver FC. *Processos de trabalho e modelos de atenção em um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de São Paulo-SP*. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo*. 2021-2022 jan-dez;32(1-3):e205241.  
doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e205241>.

Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

Google INC. Map data. Jardim Campos. São Paulo-SP; 2018 [citado 10 fev 2023]. Disponível em: <https://www.google.com/maps/place/Jardim+Campos,+S%C3%A3o+Paulo+-+SP/@-23.5130015,-46.4106199,16z/data=!4m5!3m4!1s0x94ce647eeae97495:0x6c53b452302b72e8!8m2!3d-23.5091651!4d-46.4020726?hl=pt-BR>.

Google INC. Map data. Itaim Paulista. São Paulo-SP; 2018 [citado 10 fev 2023]. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/place/Itaim+Paulista,+S%C3%A3o+Paulo+-+SP/@-23.501076,-46.4122373,14z/data=!4m5!3m4!1s0x94ce637db6565759:0x1c921e37adf2863c!8m2!3d-23.500719!4d-46.395185?hl=pt-BR>.

Hadad ACAC, Jorge AO. *Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia*. *Saúde Debate*. 2018 dez;42(Esp 4):198-210.  
doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S416>.

Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2000 [citado 5 dez 2022];16(1):231-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kqRBQZL3bdwnbHLF8ZrMxgK/?format=pdf&lang=pt>.

IBGE. São Paulo. 2010. [citado 28 out 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>.

Iglesias A, Avellar LZ. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. *Mental* [Internet]. 2017 [citado 21 set. 2022];11(20):63-90. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100005&lng=pt&tlng=pt).

Iglesias A, Dalbello-Araujo M. As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cad Saúde Coletiva*. 2011;19(3):291-8.

Jorge CF, Toldrá RC. Percepção dos cuidadores sobre a experiência de cuidar dos familiares e a relação com a equipe profissional no contexto da hospitalização. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2018 [citado 18 jan 2023];28(3):271-80. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/117475>.

Kunkel MB. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: Ferla A, Fagundes S, organizadoras. *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Dacasa/Escola de Saúde Pública; 2002. p. 195-202.

Machado A. *Proverbios y cantares. Poesías completas*. Madrid: Espasa-Calpe;1983. [excerto do poema XXX].

Machado MFAS, Vieira NFC, Silva RM. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(4):2133-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400027>.

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2002 dez [citado 18 jan 2023];13(3):127-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13907>.

Mângia EF, Muramoto M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em

serviço substitutivo em saúde mental. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2007 maio-ago [citado 14 jan 2023];18(20):54-62. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i2p54-62>.

Medeiros LSP. Interlocação entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2017. [citado 13 out 2022]. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5661/1/Luciano%20Silveira%20Pacheco%20de%20Medeiros.pdf>.

Mello AIS. Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem; 2013. [citado 3 jul 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/130883/329587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [citado 25 ago 2022];15(5):2297-305. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15n5/2297-2305/pt>.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Merhy EE, Feuerwerker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, organizador. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 13 ago 2022];(52):153-64. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.

Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 mar;17(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.

Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 17a ed. Petrópolis: Vozes; 1994.



Miranda MCG, Araújo D, Brasil SL. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2007 jun;31(supl.1):20-31. [citado 13 set 2022]. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1421/1057>

Oliveira FV. Urbanização e formação socioespacial da Zona Leste da cidade de São Paulo: aspectos históricos e forma urbana. *Arq.urb* [Internet]. 2016 set-dez [citado 19 jan 2023];(17):4-21. Disponível em: <https://revistaarqurb.com.br/arqurb/article/view/>.

OMS-Organização Mundial de Saúde. CID –10. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9a ed. São Paulo: EDUSP; 2008.

Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface – Comunic Saúde Educ* [Internet]. 2009 [citado 13 out 2022];13(28):177-88. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011410605>.

Peduzzi M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 jun;18(6):1539-41. doi em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600005>.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* [Internet]. 2018 [citado 20 jan 2023];22(Supl. 2):1525-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>.

Pereira JS, Machado WCA. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. *Rev Terap. Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2015 dez [citado 23 jan 2023];26(3):373-81. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p373-381>.

Pessoa GMF, Braga AS, Sobreira MVS, Santos EL, Andrade ALF, Tofóli AMMA. A importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial. *Temas Saúde* [Internet]. 2019 [citado 5 dez 2022];19(4):231-42. Disponível em: <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2019/09/19414.pdf>.

Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3a ed. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ-ABRASCO; 2005.

Pinheiro R. Cuidado em saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. 2009 [citado 15 dez 2022]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>.

Pinto JP, Mandetta MA, Ribeiro CA. A família vivenciando o processo de recuperação da criança pós-alta hospitalar. *Rev Bras Enf* [Internet]. 2015 [citado 25 nov 2022];68(4):594-602. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267041639006>.

PMSP - Prefeitura Municipal de São Paulo. Subsecretaria do Itaim Paulista. São Paulo; 2017 [citado 28 out 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/itaim\\_paulista/](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/itaim_paulista/).

Queiroz E, Araujo TCCF. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paideia*. 2009 maio-ago;19(43):177-87. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200006>.

Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2010 [citado 5 jan 2023];28(1):43-8. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48>.

Rocha EF. *Corpo deficiente em busca da reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física*. São Paulo: Hucitec; 2019.

Rocha EF, Kretzer MR. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/ 2006. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2009 [citado 18 jan 2023];20(1):59-67. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14057>.

Rocha EF, Castiglioni MC, Sartorelli ME, Lopes ME, Oliver FC. Os sentidos atribuídos à deficiência pelos profissionais de saúde e o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo*. 2021-2022 jan-dez;32(1-3):e205240. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e205240>.

Rodes CH, Kurebayashi R, Kondo VE, Luft VD, Góes ÂB, Schmitt ACB. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioter Pesq*. 2017;24(1):74-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16786424012017>.

Sampaio TC, Silva ECS da. Potencialidades do matriciamento em saúde mental: Revisão narrativa. *Cadernos ESP*. 2022;16(3):62-74. doi: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i3.737>.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Relação dos estabelecimentos/serviços da secretaria municipal da saúde por coordenadoria regional de saúde e supervisão técnica de saúde do município de São Paulo. São Paulo; 2013a [citado 9 jul 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid\\_Munic\\_Saude\\_SupervisaoTecnica.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/Unid_Munic_Saude_SupervisaoTecnica.pdf).

São Paulo (cidade) – SUS. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência RRAS-06. São Paulo; 2013b [citado 16 jul 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano\\_de\\_acao\\_Rede\\_PcD\\_com\\_ajustes\\_MAIO\\_2016\\_25\\_03\\_2019.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Plano_de_acao_Rede_PcD_com_ajustes_MAIO_2016_25_03_2019.pdf).

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. As Redes de Atenção à Saúde no município de São Paulo – Política Norteadora: 2017/2020. São Paulo; 2020 [citado 11 maio 2022]. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAS\\_PoliticaNorteadora.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/RAS_PoliticaNorteadora.pdf).

Silva RVG. O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança: subsídios para a integralidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009 [citado 20 dez 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92706/271987.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. *Rev Terap Ocup Univ São Paulo*. 2010 set-dez; 21(3):230-9. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p230-239>.

Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2008 abr-jun;12(25):327-38. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200008>.

Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, Andreazza R, Chioro A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021 out;26(10):4769-82. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Trombetta AP, Ramos FRS, Vargas MAO, Marques AMB. Experiências da equipe reabilitação – o real trabalho como questão ética. *Esc Anna Nery Rev Enf*. 2015 jul-set; 19(3):446-53. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150059>.

Vieira ABD, Alves ED, Kamada I. Cuidando do cuidador: percepções e concepções de auxiliares de enfermagem acerca do cuidado de si. *Texto Contexto Enf* [Internet]. 2007 jan-mar [citado 5 jan 2023];16(1):17-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a02v16n1.pdf>.

WHO - World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001 [citado 22 dez 2022]. Disponível em: <https://icd.who.int/dev11/l-icf/en>

WHO - World Health Organization. Glossary of Terms for Community Health care and Services for Older Persons. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development; 2004 [citado 10 jan 2023]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser\\_04.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser_04.2.pdf).

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal

Nome:.....

Sexo: M [...] F [...]

Data Nascimento: ...../...../.....

Endereço:..... n.º.....apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:.....Telefone: (...) .....

DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do protocolo de pesquisa: O processo de elaboração e efetivação de alta de usuários de um centro especializado de reabilitação

Pesquisadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosé Colom Toldrá.

Cargo/função: Professora Doutora

Inscrição Conselho Regional N° 3/855-TO

Unidade do HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Convido a participar de forma voluntária na pesquisa: O processo de elaboração e efetivação de alta de usuários de um centro especializado de reabilitação

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, o qual está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O objetivo da pesquisa é conhecer e analisar como ocorre o processo de elaboração e efetivação de alta de usuários, como parte da coordenação do cuidado, no Centro Especializado em Reabilitação – CER II Jardim Campos.

Rubrica do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

A participação na pesquisa consiste em responder um questionário que serão abordadas questões referentes a elegibilidade para o CER, processo de reabilitação no CER, os princípios

da rede de cuidados à pessoa com deficiência, critérios para a alta do usuário, o processo de planejamento da alta, a efetivação da alta e a comunicação entre os dispositivos da rede de serviços em saúde. Terá tempo aproximado de 40 minutos de duração e na autorização para a sua utilização na pesquisa.

A participação neste estudo prevê risco mínimo, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas da entrevista. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato. Para a realização do estudo as respostas das questões serão gravadas e anotadas. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos sem menção aos participantes.

Reafirmo ainda que o (a) Sr.(<sup>a</sup>) poderá recusar-se a responder ou retirar o seu consentimento. Espera-se que os resultados forneçam informações sobre o processo de elaboração e efetivação de alta no Centro Especializado em Reabilitação, colaborando assim, para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam o cuidado integral do usuário em reabilitação. Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr.(<sup>a</sup>) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá, poderá ser encontrado no endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária “Armando de Salles de Oliveira”, telefone: (011) 3091 7457; e-mail: [centroto@usp.br](mailto:centroto@usp.br).

Se o (a) Sr.(<sup>a</sup>) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César São Paulo SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Rua General Jardim, 36 - 8º andar Vila Buarque CEP: 01223-010 E-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com), telefone (11) 3397-24-64 ou 3397-24-65.

O (a) Sr.(<sup>a</sup>) terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Como pesquisador, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a

respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: O processo de elaboração e efetivação de alta de usuários de um centro especializado de reabilitação.

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

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

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pela pesquisa

Rosé Colom Toldrá

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

Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar, sala 36

São Paulo-SP CEP: 01246-000

Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407/ (19) 99601-1671

---

Assinatura do responsável pela pesquisa

Gustavo Fitaroni Pereira

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

Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde da Faculdade de Odontologia,  
Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública da USP.

Tels.: (011) 3091-7891/ 3091-7857/ (027) 98152-0117

gustavofitaroni@usp.br





APÊNDICE B – Produto Educacional

**GUSTAVO FITARONI PEREIRA**

**Estratégias para a qualificação da alta no Centro Especializado em Reabilitação: um  
guia de apoio**

Produto Educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional – Formação Interdisciplinar em Saúde para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá



**CC BY-NC-SA:** Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais, desde que atribuam a você o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

São Paulo

2023

## RESUMO

Pereira GF. Estratégias para a qualificação da alta no Centro Especializado em Reabilitação: um guia de apoio [produto educacional]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023. Versão Corrigida.

Um dos aspectos críticos apontados na atenção do cuidado em saúde da pessoa com deficiência em um Centro Especializado em Reabilitação é o processo de elaboração e efetivação da alta. Apontam-se lacunas durante o acompanhamento de usuários em centros de reabilitação, que causam insegurança ao profissional nesse processo. Esse produto educacional foi desenvolvido em formato de *folder* com o objetivo de promover reflexão e diálogos nos espaços institucionais e apoiar a equipe multiprofissional com orientações práticas sobre aspectos que contribuem para a qualificação do processo de elaboração e efetivação da alta. O *folder* pode ser utilizado como ferramenta em diferentes metodologias ativas por meio da educação continuada em saúde, tais como reuniões de equipe, reuniões de rede, fóruns de reabilitação, discussão de casos e roda de conversa, momentos de Apoio Matricial e construção do Projeto Terapêutico Singular, bem como apoiar as tomadas de decisões da equipe nos momentos de avaliação, reavaliação e finalização do tratamento do usuário do CER.

Palavras-chave: Reabilitação. Pessoas com Deficiência. Equipe Multiprofissional. Alta do Paciente. Educação Continuada. *Folder*.

## ABSTRACT

Pereira GF. Strategies for qualifying discharge at the Specialized Rehabilitation Center: a support guide [educational product]. São Paulo: University of São Paulo, Faculty of Dentistry; 2023. Versão Corrigida.

One of the critical aspects found in the health care of people with disabilities in a Specialised Rehabilitation Centre (Centro Especializado em Reabilitação) is the process of preparing and carrying out discharge. Gaps were identified upon follow-up of users of the rehabilitation centres; gaps which are a cause of insecurity among professionals working in this process. This educational product was developed in the form of a folder with the aim of promoting reflection and dialogue in institutional spaces, and supporting the multidisciplinary team with practical

guidance regarding aspects that contribute to the qualification of the process of preparing and carrying out discharge. The material can be used as a tool in different active methodologies through continuing health education, such as team meetings, network meetings, rehabilitation forums, case discussions and conversation circles, Matrix Support gatherings, and construction of the Singular Therapeutic Project, as well as supporting the team's decision-making while assessing, reassessing and completing the treatment of the CER patients.

Keywords: Rehabilitation. Disabled people. Multiprofessional Team. Patient discharge. Continuing Education. Folder.

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Esse produto educacional foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado – O processo de elaboração e efetivação da alta de usuários de um centro especializado em reabilitação – pelo mestrando Gustavo Fitaroni Pereira e sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo.

Os Serviços Especializados em Reabilitação, como o CER, concentram a maior oferta de ações em reabilitação (Brasil, 2013), embora estas ações possam ser ofertadas em qualquer ponto de atenção da rede. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação e realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como uma referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território.

As ações em reabilitação demandam uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais de saúde e um envolvimento direto da pessoa com deficiência, familiares e ou cuidadores nos processos de cuidado de forma a se garantir a integralidade (Brasil, 2020). Assim, torna-se imprescindível a construção de uma prática colaborativa interprofissional para os processos de elaboração e efetivação da alta, pois somente desta forma se garantirá a qualidade esperada referente à oferta do cuidado.

Para se garantir que o usuário do CER seja atendido por uma equipe especializada e qualificada, e que as ações de reabilitação respondam às suas reais necessidades, preconiza-se que os profissionais lancem mão de duas importantes ferramentas, quais sejam, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Apoio Matricial (Matriciamento) (Brasil, 2020). O PTS consiste

em um conjunto de condutas terapêuticas que surge de um processo estratégico e dinâmico envolvendo usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais para a construção das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado (Mângia, 2002; Mângia; Muramoto, 2007; Boccardo et al., 2011). O Matriciamento supõe a oferta de um suporte técnico especializado a uma equipe interdisciplinar em saúde, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (Brasil, 2011), trata-se de um ato colaborativo e compartilhado entre equipes multiprofissionais, culminando em um cuidado compartilhado e em ações pedagógico-terapêuticas (Sampaio; Silva, 2022).

Cabe ressaltar, que o termo multiprofissional é o mais usual e empregado no dia a dia do serviço no CER, bem como referido nos documentos oficiais. No entanto, a experiência prática e as estratégias assistenciais orientadas para o desenvolvimento do trabalho no CER exigem necessariamente a prática colaborativa interprofissional. Os estudos mais recentes apontam que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos resultados da equipe, assim, recomenda-se que a formação dos profissionais de saúde seja pautada na Educação Interprofissional em Saúde (EIP) com ênfase no trabalho em equipe (Peduzzi; Agreli, 2018).

Um dos pontos críticos apontados na atenção do cuidado em saúde é o momento de efetivação da alta. Os profissionais reconhecem que o cuidado integral, por vezes, é interrompido no momento da alta e não se alcança a integralidade do cuidado em sua potencialidade (Silva, 2009). Quanto ao processo de alta de usuário em um centro de reabilitação, autores apontam lacunas na rede de atenção à saúde, que refletem na rotina do trabalho: o fluxo de atendimento, a elegibilidade, a dificuldade nos agendamentos, a falta de comunicação entre a equipe etc., que geram insegurança ao profissional na efetivação da alta (Trombetta et al., 2015). Nessa perspectiva, buscou-se identificar os dificultadores no processo de elaboração e efetivação de alta no CER e quais estratégias podem ser adotadas pelos profissionais para facilitar e qualificar esse processo.

A pesquisa foi desenvolvida em um Centro Especializado em Reabilitação na Zona Leste da cidade de São Paulo, por meio de entrevista semiestruturada com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, e a construção de um diário de campo referente as atividades da rotina relacionadas ao tema de estudo.

Os profissionais apontaram aspectos enfrentados no dia a dia do trabalho que dificultam o processo de elaboração e efetivação da alta, sendo eles: um não aprofundamento, por parte dos profissionais, em políticas públicas voltadas às Pessoas com Deficiência (Brasil, 2010), saúde pública e especificidades do campo da reabilitação; a falta de uma comunicação dialógica

com usuários e a família; a dificuldade de comunicação e alinhamento entre a equipe frente às demandas do serviço; uma desarticulação com a Rede de Atenção à Saúde e com o território; o mau uso das tecnologias em saúde; concepções históricas, sociais e culturais acerca da atenção a pessoa com deficiência e a alta, etc.

Da mesma forma, evidenciou-se a capacidade da equipe multiprofissional em criar ou identificar estratégias que favoreçam a elaboração e efetivação de alta de forma segura e qualificada, tais como, a garantia de espaços de troca entre a equipe; a educação continuada e a apropriação das questões voltadas à reabilitação, à saúde pública e ao histórico do processo evolutivo das políticas públicas por parte dos profissionais; uma comunicação clara e objetiva entre os envolvidos no processo; uma boa articulação entre os serviços que compõem a rede de saúde e os dispositivos do território; uma prática assistencial voltada à produção de atos cuidadores vinculados aos objetivos e necessidades reais do usuário, e a reflexão do lugar da alta no processo de cuidado. As reuniões de equipe – reuniões de rede, construção do Projeto Terapêutico Singular, o matriciamento e o bom uso do instrumento de referência e contrarreferência – são apontadas como importantes ferramentas em saúde na construção do cuidado em reabilitação.

Nessa chave, apresenta-se a proposta de construção de um *folder* com orientações práticas sobre aspectos que contribuem para a qualificação do processo de elaboração e efetivação da alta, e que pode ser usado como ferramenta em diferentes metodologias ativas por meio da educação continuada em saúde, tais como, reuniões de equipe, reuniões de rede, fóruns de reabilitação, discussão de casos e roda de conversa, momentos de Apoio Matriciale construção do Projeto Terapêutico Singular, bem como ser usado para apoiar as tomadas de decisões da equipe nos momentos de avaliação, reavaliação e finalização do tratamento do usuário do CER. Optou-se pelo *folder*, impresso e ou digitalizado, pela facilidade de acesso, manuseio e distribuição.

## 2 OBJETIVOS

Apoiar a equipe multiprofissional com orientações práticas e objetivas que possam favorecer o processo de elaboração e efetivação de alta no CER;

Fomentar a comunicação dialógica em momentos de educação continuada nos espaços institucionais sobre aspectos essenciais a serem considerados acerca do processo de elaboração e efetivação de alta no CER.

### 3 IDEALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO *FOLDER*

A possibilidade de mudança das práticas de saúde encontra potencial nos próprios trabalhadores (Cardoso; Hennington, 2011), os quais são capazes de analisar e propor estratégias para transformações. Nessa perspectiva, procurou-se sistematizar estratégias e ferramentas apontadas pelos profissionais e em consonância com a literatura capazes de favorecer o processo de elaboração e efetivação de alta no CER por meio de um produto educacional de forma clara e objetiva, e em um formato que possibilite o fácil acesso, manuseio e distribuição.

A proposta de apresentar essas orientações no formato de *folder* foi modelada durante a disciplina “Produto Educacional: desafios e qualificação profissional” desenvolvida no Programa de Mestrado profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo. As aulas promoveram espaços de reflexão e troca entre os professores e mestrandos sob a função transformadora de práticas assistências de um produto educacional como ferramenta para uma equipe de saúde. Cabe ressaltar que todo o percurso teórico do mestrado fomenta o aprendizado, a criticidade e a flexibilidade sobre as metodologias ativas, o que contribui significativamente para a elaboração e apresentação deste produto.

Portanto, para a construção do *folder* “Elaboração e Efetivação da alta no CER - Um guia de Apoio”, foram extraídas as informações que os profissionais identificaram como facilitadoras no processo de elaboração e efetivação de alta no CER, cujos resultados estão apresentados nesta dissertação de mestrado; após estas informações serem sistematizadas de forma concisa, clara e objetiva, para facilitar a leitura durante a rotina de trabalho e nos espaços de educação continuada, formatou-se sua apresentação. As informações foram agrupadas em chaves, a saber, apresentação e objetivo do produto; a percepção da alta como um ato de cuidado e objetivo a ser alcançado no processo de reabilitação; o cuidado centrado no usuário e a comunicação com o usuário e a família; a comunicação e o trabalho interprofissional colaborativo e a articulação com a RAS, e a exploração do território.

O *folder* será disponibilizado de forma impressa e digital para o Núcleo Técnico da APS Santa Marcelina que gerencia o CER, onde foi realizado a pesquisa, e para a Coordenadoria de Saúde da Zona Leste, responsável pela coordenação das ações em saúde no território, onde a pesquisa foi desenvolvida. Espera-se, que a partir de espaços, como os fóruns de reabilitação,

essa ferramenta seja disponibilizada para outros Centros Especializados em Reabilitação da Cidade de São Paulo, seguindo os trâmites necessários para sua distribuição nesses espaços.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do produto educacional no formato de *folder*, com orientações que apoiem a equipe multiprofissional na qualificação de elaboração e efetivação da alta de usuários do CER, foi desenvolvido a partir da percepção dos próprios profissionais e tem um caráter transformador das práticas assistenciais em saúde. O recurso fomenta, por meio de informações claras e objetivas, a flexibilidade da equipe sobre importantes estratégias, ferramentas e especificidades do campo da reabilitação que permeiam todo o cuidado ofertado à Pessoa com Deficiência, e que implicam na qualidade da alta.

É importante que se crie estratégias e se garanta espaços de troca entre os profissionais, tendo em vista o potencial do trabalho colaborativo interprofissional na resolução dos problemas identificados, na organização e na qualificação dos processos do trabalho em saúde.

Na perspectiva de apoiar os profissionais na qualificação do processo de elaboração e efetivação da alta no CER, que estimulará a comunicação dialógica nos espaços de educação continuada nos ambientes institucionais, esse produto será disponibilizado para o Núcleo Técnico do serviço de Reabilitação da APS Santa Marcelina e para a Coordenação Regional de Saúde da Zona Leste. Reforça-se a disponibilidade em divulgar o material para outros serviços de reabilitação da cidade de São Paulo e, inclusive, a outros municípios do estado e do país.

## REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. [citado 25 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>.

---

<sup>2</sup> De acordo com Estilo Vancouver

Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. [citado 10 ago. 2020]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_reabilitacao\\_auditiva\\_fisica\\_intelectual\\_visual.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf).

Cardoso CG, Hennington ÉA. Trabalho em Equipe e Reuniões. Multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. Trab Educ Saúde [Internet]. 2011 [citado 6 out 2022]; 9(supl.1):85-112. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/YS6JT5hmc8YtsgGhfFYzN5S/?format=pdf&lang=pt>.

Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. Rev Terap Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2002 dez [citado 18 jan 2023];13(3):127-34. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13907>.

Mângia EF, Muramoto M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. Rev Terap Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2007 maio-ago [citado 14 jan 2023];18(20):54-62. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v18i2p54-62>.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde Interface – Comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2018 [citado 20 jan 2023];22(Supl. 2):1525-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>.

Sampaio TC, Silva ECS da. Potencialidades do matriciamento em saúde mental: Revisão narrativa. Cadernos ESP. 2022;16(3):62-74. doi: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i3.737>.

Silva RVG. O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança: subsídios para a integralidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2009 [citado 20 dez 2022]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92706/271987.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Trombetta AP, Ramos FRS, Vargas MAO, Marques AMB. Experiências da equipe reabilitação – o real trabalho como questão ética. Escola Anna Nery Rev Enf. 2015 jul-set; 19(3):446-53. doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150059>.



## A alta como ato do cuidado

O êxito na efetivação da alta de um usuário do CER, depende do seu planejamento durante todo o processo de reabilitação. **A alta precisa ser apresentada como um objetivo a ser alcançado desde o momento da avaliação.**

A representação histórico-social, questões atitudinais e a organização do trabalho multiprofissional podem atribuir um sentido negativo a alta, simbolizando um rompimento com o cuidado.

A equipe multiprofissional é capaz de criar estratégias, de forma a garantir que a alta seja elaborada e compreendida como um ato do cuidado em reabilitação. Para isso, faz-se necessário a reflexão constante sobre o que é o cuidado em saúde, rever conceitos, conhecer as políticas públicas voltadas às Pessoas com Deficiência e as especificidades do campo da reabilitação.

• **Apropiem-se do conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização (Humaniza-SUS), Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e do Instrutivo de Reabilitação.**

**O Matriciamento e a Educação continuada são importantes ferramentas para o desenvolvimento da equipe acerca desses temas.**



## A comunicação com o usuário e a família

O cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência deve ser centrado no usuário e as ações em reabilitação executadas a partir das suas reais necessidades e interesses e contexto.

**O usuário é protagonista no processo de reabilitação, precisa participar ativamente na construção do plano de tratamento e ser ouvido e orientado com clareza.**

A família também assume um importante lugar no cuidado e inclui-la no tratamento e a manter bem-informada aumenta a possibilidade de participação, colaboração com a equipe e a compreensão sobre os atos do cuidado.

Uma comunicação clara e objetiva com o usuário e a família/cuidadores favorece a elaboração da alta.

- Realize a avaliação e reavaliações periódicas compartilhando com os profissionais da equipe dúvida e proposições de forma claras para todos;
- Realize a construção do PTS (com participação ativa do usuário e família);

- Evite usar a possibilidade de alta com a conotação de punição e rompimento do tratamento: "se você faltar, terá alta", "se não fizer os exercícios, vou te dar alta", "se a família não colaborar, ele terá alta".

## A comunicação e o trabalho colaborativo interprofissional

Os profissionais encontram inúmeros dificultadores na dinâmica do trabalho que irão interferir na oferta do cuidado e, conseqüentemente, no processo de elaboração e efetivação da alta. Porém, o trabalho colaborativo desenvolvido entre a equipe profissional, possibilita a identificação e a elaboração de estratégias para resolução desses problemas.

### Garanta espaço de trocas entre a equipe durante a rotina de trabalho!

- 1 Realize reuniões de equipe e discussão de casos;
- 2 Fortaleça os encontros da rede;
- 3 Promova a participação da equipe nos fóruns de Reabilitação.

## Articulação com as RAS e exploração do território

O cuidado compartilhado em rede é fundamental para a oferta de um cuidado integral em saúde e impacta diretamente na finalização dos processos em saúde.

A articulação com as RAS e outros dispositivos do território, apoia a equipe multiprofissional na elaboração da alta e mostra aos usuários que existem outros caminhos a seguir.

- Mantenha contato com outros dispositivos da rede que são acessados pelo usuário;
- Estimule o usuário e a família a conhecer outros dispositivos da rede e se apropriar dos espaços de convivência no território;
- É importante que a equipe conheça o território e mapeie espaços (de cultura, lazer, esporte, educação) que possam ser utilizados pelo usuário;
- O acesso a espaços do território não deve se limitar ao momento de efetivação da alta, mas deve ser parte de todo o processo de cuidado;
- Busque possibilidade de desenvolver ações de reabilitação "extra muros", como nas praças próximas ao CER;
- No processo de reabilitação identifique a necessidade de prescrição e dispensação de tecnologia assistiva, que favoreçam a mobilidade e maior independência do usuário durante o percurso no território.

## ELABORAÇÃO E EFETIVAÇÃO DA ALTA NO CER:

### UM GUIA DE APOIO

Este guia tem o objetivo de oferecer orientações práticas que possam apoiar a equipe multiprofissional do CER na elaboração e efetivação da alta de forma segura e qualificada. Essas orientações foram construídas a partir da percepção dos profissionais e como resultado da dissertação de mestrado profissional "O processo de planejamento e efetivação da alta em um Centro Especializado em Reabilitação".

São Paulo  
2023

Programa de Mestrado Profissional Formação Interprofissional em Saúde  
Universidade de São Paulo

PEREIRA G.F.; TOLDRÁ R.C. O processo de elaboração e efetivação de alta de usuários de um centro especializado em reabilitação. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia. São Paulo, 2023.

APÊNDICE C – Questionário para os profissionais

**1. Identificação:**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de exercício profissional: \_\_\_\_\_

Instituição de formação: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação no CER: \_\_\_\_\_

**2. Você pode descrever como ocorre o processo de reabilitação de um usuário inserido no CER?**

---



---

**3. De acordo com sua experiência no CER, quais são os critérios utilizados para se encaminhar um usuário para o CER?**

---



---

**4. De acordo com sua experiência no CER, quais são os critérios utilizados para se inserir um usuário no CER?**

---



---

**5. De acordo com a sua opinião, como ocorre o processo de elaboração e efetivação de alta do usuário no CER?**

---



---

**6. De acordo com sua experiência no CER, quais são os critérios utilizados para se efetivar a alta do usuário do CER?**

---



---

**7. Aponte aspectos que você identifica como FACILITADORES e DIFICULTADORES enfrentados por você no processo de elaboração e efetivação da alta:**

Facilitadores:

---



---

Dificultadores:

---



---

**8.** Em uma escala de 0 a 10 (em que 0 é MUITO RUIM e 10 EXTREMAMENTE BOA), como você avalia a qualidade da comunicação entre a equipe do CER referente ao plano de tratamento do usuário?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Justifique: \_\_\_\_\_

**9.** Em uma escala de 0 a 10 (em que 0 é MUITO RUIM e 10 EXTREMAMENTE BOA), como você avalia a qualidade do planejamento de alta no CER?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Justifique: \_\_\_\_\_

**10.** Em uma escala de 0 a 10 (em que 0 é MUITO RUIM e 10 EXTREMAMENTE BOA), como você avalia a qualidade da EFETIVAÇÃO da alta no CER

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Justifique: \_\_\_\_\_

**11.** Em uma escala de 0 a 10 (em que 0 é MUITO RUIM e 10 EXTREMAMENTE BOA), como você avalia a qualidade da comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde no processo de trabalho?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Justifique: \_\_\_\_\_

**12.** Comente uma situação na qual o planejamento e efetivação da alta não foram bem sucedidos:

---



---

**13.** Comente uma situação na qual a alta foi planejada e efetivada de forma exitosa:

---



---

**14.** Você tem sugestões que poderiam facilitar o planejamento e a efetivação de usuários do CER?

---

---

**15.** Cite serviços do território, com os quais você pode se apoiar e encaminhar o usuário, pós-alta:

---

---



## ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE ELABORAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE ALTA DE USUÁRIO DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

**Pesquisador:** Rosé Colom Toldrá

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07382919.0.0000.0065

**Instituição Proponente:** FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.156.922

**Apresentação do Projeto:**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem por finalidade a ampliação do acesso e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde. Os Centros Especializados em Reabilitação são considerados os pontos de atenção da rede responsáveis pela maior oferta de ações de reabilitação. Um dos aspectos críticos apontados na atenção do cuidado em saúde é o momento de efetivação da alta. O estudo pretende investigar o processo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer e analisar como ocorre o processo de elaboração e efetivação de alta de usuários, como parte da coordenação do cuidado, em um Centro Especializado em Reabilitação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos mínimos relativos a participar de uma entrevista.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Serão incluídos no estudo todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de reabilitação do CER II no Jardim Campos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE adequado.

**Recomendações:**

Aprovação

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.156.922

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269696.pdf	03/02/2019 13:21:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA_PESQUISADOR.pdf	03/02/2019 13:20:11	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PESQUISA_SMS.pdf	31/01/2019 19:44:55	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/12/2018 16:57:00	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	FormularioComitedeEticaFMUSP.docx	17/12/2018 16:56:34	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	04/12/2018 17:21:51	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	04/12/2018 16:58:37	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	03/12/2018 17:37:20	Rosé Colom Toldrá	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

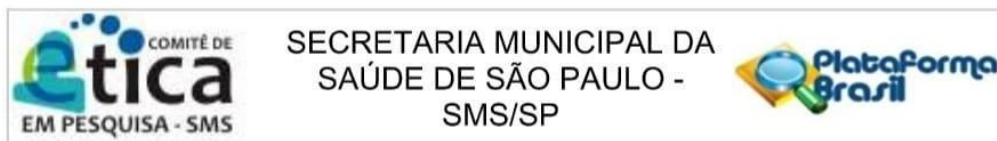
SAO PAULO, 20 de Fevereiro de 2019

Assinado por:  
Antonio de Padua Mansur  
(Coordenador(a))

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
**Bairro:** PACAEMBU **CEP:** 01.246-903  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br



## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de SMS/SP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE ELABORAÇÃO E EFETIVAÇÃO DE ALTA DE USUÁRIO DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE.

**Pesquisador:** Rosé Colom Toldrá

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07382919.0.3002.0086

**Instituição Proponente:** COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.347.353

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo é de caráter exploratório e qualitativo.

A pesquisa qualitativa será desenvolvida a partir da aplicação de entrevista individual semiestruturada e construção de um diário de campo.

A entrevista semiestruturada conterà com perguntas sobre os seguintes temas: elegibilidade para o CER, processo de reabilitação no CER, os princípios da rede de cuidados à pessoa com deficiência, critérios para a alta do usuário, o processo de planejamento da alta, a efetivação da alta e a comunicação entre os dispositivos da rede de serviços em saúde.

Para maior aprofundamento sobre a temática, será realizado diário de campo.

Para tanto, serão utilizados registros do pesquisador sobre ações e processos da rotina de trabalho, que sinalizem sobre dificuldades e estratégias de enfrentamento relacionados ao processo de elaboração e efetivação de alta do usuário no CER.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral

Conhecer e analisar o processo de elaboração e efetivação de alta de usuários, como parte da coordenação do cuidado, em um Centro Especializado em Reabilitação.

Objetivos específicos

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar

**Bairro:** Vila Buarque

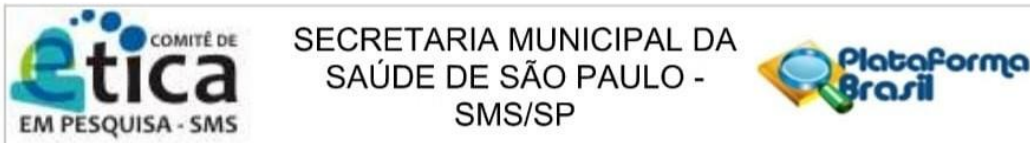
**UF:** SP

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**Município:** SAO PAULO

**E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.347.353

- Analisar a percepção do profissional sobre o processo de elaboração e efetivação da alta durante o processo de reabilitação;
- Compreender as estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional que favorecem o processo de alta do usuário;
- Verificar os aspectos, que sob a percepção do profissional, dificultam o processo de alta do usuário;
- Identificar para quais dispositivos do território a equipe multiprofissional encaminha/direciona os usuários pós alta;
- Examinar sugestões dos profissionais que possam apoiar no processo de elaboração e efetivação da alta;
- Mapear outros dispositivos no território, para apoiar os profissionais no processo de elaboração e efetivação da alta;
- Elaborar produto educacional para nortear ações que favoreçam os processos de elaboração e efetivação da alta.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Existe um risco mínimo de ocorrer desconforto ou surgimento de dúvidas, entre outras, durante à realização de entrevista com profissionais.

Não estão previstos benefícios diretos aos participantes. O benefício esperado é social e coletivo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Fonte financiadora e orçamento estão adequados.

TCLE e Cronograma reapresentados e considerados adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

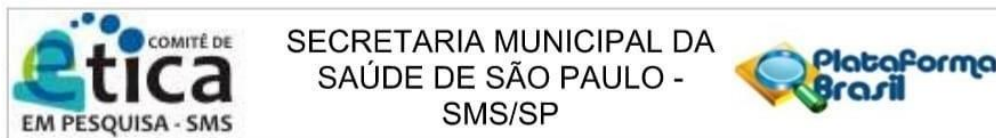
Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de

<b>Endereço:</b> Rua General Jardim, 36 - 8º andar	<b>CEP:</b> 01.223-010
<b>Bairro:</b> Vila Buarque	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)3397-2464	<b>E-mail:</b> smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.347.353

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1353286.pdf	23/05/2019 16:44:41		Aceito
Outros	Respostas_as_pendencias_apontadas_no_parcer_CEP_SMS.docx	23/05/2019 15:38:28	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_revisado.pdf	23/05/2019 15:33:01	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Brochura_revisado.pdf	23/05/2019 15:31:51	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado.pdf	23/05/2019 15:30:19	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_v2.docx	30/04/2019 20:30:34	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v2.docx	30/04/2019 20:29:12	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PESQUISA_SMS.pdf	31/01/2019 19:44:55	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	FormularioComitedeEticaFMUSP.docx	17/12/2018 16:56:34	Rosé Colom Toldrá	Aceito

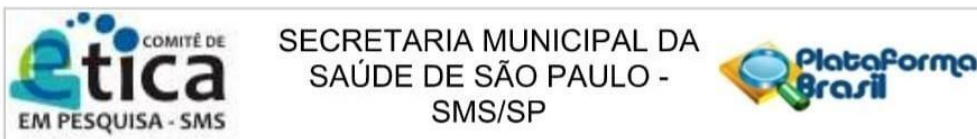
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque **CEP:** 01.223-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.347.353

SAO PAULO, 25 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 8º andar  
**Bairro:** Vila Buarque  
**UF:** SP                      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com