

PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

WORK PROCESS IN THE REHABILITATION OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITY

PROCESO DE TRABAJO EN LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Tony Ely Oliveira Cunha¹
Maria Tereza Leopardi²
Soraia Dornelles Schoeller³

Propostas terapêuticas estruturalmente biomédicas não alcançam a integralidade do cuidado, traduzindo-se em trabalhos fragmentados na saúde. O objetivo deste estudo foi compreender o processo de trabalho de fisioterapia em reabilitação para propor uma estratégia na produção de trabalho interdisciplinar no cuidado integral às pessoas com deficiência física. Pesquisa qualitativa realizada mediante observação sistemática do processo de trabalho da equipe de atendimento, composta por 21 profissionais, no município de Itajaí (SC). A análise das observações foi norteada pela hermenêutica dialética. Obteve-se como principal resultado a ausência de estratégia para trabalho interdisciplinar em reabilitação, ainda que haja proposta de integralidade das ações, necessária ao cuidado das pessoas com deficiência física. Concluiu-se que há desarticulações no processo de trabalho de fisioterapia em reabilitação que são inviáveis à interdisciplinaridade.

PALAVRAS-CHAVE: Integralidade em saúde. Pessoas com deficiência física. Equipe interdisciplinar de saúde.

Structurally biomedical therapeutic approaches do not achieve complete care, resulting in fragmented work in health. The aim of this study was to understand the physiotherapy work process in rehabilitation, in order to propose a strategy for producing interdisciplinary work in the comprehensive care of people with physical disabilities. A qualitative research, performed through systematic observation of the work process of the healthcare team, comprised of 21 professionals, in the municipality of Itajaí (SC). The analysis of the observations was guided by dialectical hermeneutics. The main result obtained was the lack of strategy for interdisciplinary work in rehabilitation, though there is a proposed integrality of actions for the care of people with physical disabilities. It was concluded that there are disarticulations in the physiotherapy work process in rehabilitation that are unfeasible to interdisciplinarity.

KEY WORDS: *Integrality in health. People with physical disabilities. Interdisciplinary health team.*

¹ Psicólogo. Aluno especial de Doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí. Orientador em Psicologia na Educação Profissional do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - Santa Catarina, nos eixos Saúde e Segurança, Gestão e Comércio. tony.cunha2015@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutora em Ciência da Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Professora efetiva da Universidade do Vale do Itajaí, no Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho. mtl@soldasoft.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Concentração Saúde Pública pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora e coordenadora do curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina. Participante dos Grupos de Pesquisa: Grupo Práxis – Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem e Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica. soraia.dornelles@ufsc.br

Enfoques terapéuticos estructuralmente biomédicas no logran la integralidad de la atención, lo que resulta en trabajos fragmentados en salud. El objetivo de este estudio fue comprender el proceso de trabajo de fisioterapia en la rehabilitación para proponer una estrategia para producir el trabajo interdisciplinario en la atención integral a las personas con discapacidades físicas. Pesquisa cualitativa realizada por medio de observación sistemática del proceso de trabajo del equipo de atención con 21 profesionales, en la municipalidad de Itajaí (SC). El análisis de datos fue por medio de hermenéutica dialéctica. Se obtuvo como resultado principal la falta de estrategia para el trabajo interdisciplinario, aunque haya propuesta de atención integral, necesaria para el cuidado de las personas con discapacidades físicas. Se concluyó que hay inconsistencias en el proceso de trabajo de fisioterapia en rehabilitación que son inviables para la interdisciplinariedad.

PALABRAS-CLAVE: Integridad salud. Personas con discapacidad física. Salud equipo interdisciplinario.

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios da humanidade consiste em perdurar sua existência e minimizar desequilíbrios e sofrimentos, por meio de ações curativas e de reabilitação, além da promoção e prevenção relacionadas à saúde. Os indivíduos, por sua vez, podem apresentar falta de cuidado à sua saúde, em contextos variados de vida, classe social e de acesso às condições necessárias ao “estar bem” propostos pela Organização Mundial de Saúde (2008). O entendimento de determinação social dos agravos à saúde, motivada pelas desigualdades impostas pelo sistema de produção que, no Brasil, corrobora a não inclusão e a inacessibilidade aos bens sociais, fere os princípios de convivência ética.

A expressão “deficiente físico” inclui pessoas com algum tipo de dificuldade de movimento parcial ou total cuja atenção foi regulamentada no Brasil pelo Decreto n. 3.298/1999 (BRASIL, 1999). Dados do censo brasileiro (BRASIL, 2012a) – que trata das necessidades e características específicas das pessoas com deficiência – classificou os graus de severidade de acordo com a auto-percepção de funcionalidade dos entrevistados. Contudo, as pessoas com deficiência devem desfrutar de todas as condições fundamentais ao desenvolvimento biopsicossocial, com espaço para seus talentos e aspirações, sem serem submetidas a qualquer tipo de discriminação.

A inclusão de pessoas com deficiência física toma expressão no cenário nacional e internacional de saúde como resultado de dedicação e mobilização que intencionam dar visibilidade aos problemas de mobilidade, emprego

e discriminação. Visa também evitar o confinamento dessas pessoas nos lares, condicionadas pela influência do pensamento capitalista e de uma sociedade construída sobre a égide produtivista, cujas políticas de estado direcionadas a esta população foram sendo, abusivamente, esquecidas. No entanto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência surge para responder às suas complexas necessidades, consideradas nas Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2003).

Em 2010, 23,9% da população brasileira apresentava pelo menos um tipo de deficiência severa. Do total de 45.606.048 pessoas com deficiência, 7% apresentam deficiência motora congênita ou adquirida (BRASIL, 2012a). Ainda assim, os serviços de Saúde não têm facilitado o acesso dessas pessoas às suas instalações, o que tem implicado na sua desistência ao cuidado de saúde ou na necessidade de esforços dos familiares na sua locomoção. Além disso, em razão das necessidades que apresentam, desde as mecânicas até as psicossociais, os trabalhadores de saúde precisam focar no desenvolvimento de equipes integradas e no processo de trabalho interdisciplinar para atendê-las.

No processo de trabalho, os trabalhadores em saúde interagem entre si e com a pessoa com deficiência, a fim de alcançar a meta inicialmente proposta, que é a reabilitação. Neste sentido, a reabilitação exige um trabalho integral, visando a pessoa com deficiência em sua globalidade, a fim de que, articuladamente, os diversos trabalhadores possam interagir entre si e com ela,

visando a otimização de suas capacidades. Desse modo, o trabalho é definido por Pires, Lorenzetti e Gelbcke (2010, p. 158) como “[...] uma ação antecipada mentalmente, para atender a uma necessidade percebida pelo ser humano”, utilizando a força de trabalho (os trabalhadores) que, somada aos instrumentos desse trabalho (clínica, espaço físico, conhecimentos), visa transformar o seu objeto (pessoa com deficiência) visando uma determinada finalidade (reabilitar), previamente mentalizada.

Focar no processo de trabalho é fundamental para que sejam produzidas ações orientadas para a finalidade de cuidado integral e acolhimento a esta população, o que traduz a relevância deste estudo, por avaliar o processo de trabalho em uma clínica de fisioterapia que atende a esses grupos. Os achados deste estudo devem servir de objeto de reflexão para as comunidades acadêmicas da área de saúde, assim como para os profissionais e a sociedade.

A questão da deficiência física apresenta contradições e condicionamentos em cada época e sociedade. Na história antiga e medieval, as barbáries, como eliminações, comercialização, exclusão social e humilhações cometidas contra as pessoas com deficiência eram práticas constantes. No Brasil, os hábitos da população nativa assemelhavam-se com os da época medieval: eliminavam-se e excluía-m-se pessoas de tribos indígenas com deficiência ou que adquiriam alguma limitação, o que se observa ainda hoje (ALMEIDA; COSTA, 2013).

O século XX trouxe consigo novos paradigmas em relação às pessoas com deficiência e suas condições de vida. A revolução tecnológica proporcionou um novo ambiente aos movimentos e lutas por direitos e cidadania. A partir da década de 1980, com as influências mundiais da educação e a crescente inquietação contra as barreiras que limitavam a integração de grupos excluídos, aparece, no Brasil, o conceito de sociedade inclusiva (KASSAR, 2011). No mundo, as guerras têm apresentado como uma de suas consequências o crescente aumento do contingente de amputados, cegos e outras deficiências físicas e mentais, de modo que essa discussão

toma grande proporção política de cunho internacional, sendo debatida pela Organização das Nações Unidas (2013).

Em 2008, entrou em vigor o protocolo facultativo de 2006 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013). Estas passam a ser reconhecidas como cidadãs com direitos e não como “objetos de caridade”. Com isso, o foco na doença perde força e a deficiência passa a ser compreendida dentro do contexto socioeconômico, mudando a atenção para a preparação de um ambiente abrangente e que restabeleça déficits de limitações para maior mobilidade.

No Brasil, o plano nacional, lançado em 2011, visou as políticas intersetoriais, com a campanha “Viver sem Limites”. Seu objetivo era estabelecer a equidade proposta pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência entre os anos de 2011 e 2014, com investimento aproximado de R\$ 7,5 bilhões (BRASIL, 2011). O plano incluiu ações integradas no acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade. Deveria, além disso, atingir notoriedade social para elaboração inclusiva.

Este artigo resulta de pesquisa integrante de um projeto interinstitucional entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Universidade do Vale de Itajaí (UNIVALI) com o objetivo de compreender a situação de pessoas com deficiência física e a atenção de saúde oferecida em reabilitação, para estabelecer diretrizes de um processo de trabalho interdisciplinar, considerando os atributos necessários ao cuidado dessas pessoas.

Esta pesquisa foi norteada pelo seguinte questionamento: Quais diretrizes são necessárias à produção do trabalho interdisciplinar direcionado para a reabilitação no cuidado a pessoas com deficiência física? Estabeleceu-se o objetivo geral de compreender o processo de trabalho em reabilitação de fisioterapia para propor uma estratégia na produção de trabalho interdisciplinar no cuidado integral às pessoas com deficiência física.

A proposição é justificada pela necessidade de serem consideradas novas formas de atenção que incluam perspectivas humanizadoras e integradas e possibilitem inclusão efetiva de pessoas com deficiência em seus grupos de convívio, à medida que desenvolvam maior consciência de suas possibilidades físicas e sociais.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo é exploratório, de natureza qualitativa, e foi delineado para a compreensão de situações em que o evento do cuidado ocorre, explorando as (des)conexões na interação entre os cuidadores, cujo trabalho pretende a satisfação de necessidades das pessoas com deficiência física. O Município de Itajaí (SC), com população de 183.373 habitantes, até 2010 apresentava 10.310 pessoas com deficiência motora (BRASIL, 2012a). A ausência de um Centro Especializado de Reabilitação (CER) do Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se um dos critérios utilizados para a escolha do local de estudo, uma Clínica de Fisioterapia. Participaram da pesquisa, docentes e estagiários que prestavam cuidados a pessoas com deficiência física.

Para a coleta dos dados, consideraram-se aspectos necessários ao trabalho interdisciplinar encontrados na literatura, que envolvem condicionantes ambientais, dinâmica espacial e composição da equipe assistencial.

No primeiro momento, foi realizada a observação do processo de trabalho da equipe de assistência a pessoas com deficiência física, independente da etiologia, formada por 21 pessoas, entre fisioterapeutas, estagiários ou pessoal de apoio, com base em um roteiro flexível, que visou nortear o pesquisador em direção aos achados, de forma a apontar esse caminho ao coletar os dados. Estabeleceu-se um cronograma com 40 horas de observação, considerando-se a exaustão dos dados para o encerramento da coleta. Esse procedimento possibilitou a investigação das relações que se estabeleceram no processo de trabalho dessa equipe de assistência. As observações foram anotadas em diário de campo, sendo posteriormente validadas pelos envolvidos, por meio de leitura e confirmação

dos fatos descritos do contexto assistencial. Um segundo momento incluiu a validação, visando confirmar, na perspectiva dos estagiários e docentes, as necessidades das pessoas com deficiência no contexto do cuidado integral, coletados também na observação, as quais embasaram a proposição de Diretrizes para um Processo de Trabalho Interdisciplinar (DPTI).

Após a leitura de todos os dados recolhidos no diário de campo e validação, para apreensão de diálogos, eventos, atividades e comportamentos que ocorreram, além da avaliação das condições ambientais, optou-se por selecionar também situações que demonstrassem a qualidade da interação entre os participantes da equipe, para estabelecer um perfil dos vínculos no trabalho. Em seguida, à luz da literatura e de reflexões sobre a temática, procedeu-se a interpretação dos dados e argumentos para a proposição da estratégia no processo de trabalho interdisciplinar. Assim, nos momentos da análise, utilizou-se hermenêutica dialética, como forma de apreender, mediante as observações, o contexto social proposto, apresentado de forma sintética e expressado, na narrativa, como elucidações da realidade estudada. Esses procedimentos foram orientados pelas recomendações de Minayo (2013).

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALI, para atender à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), uma vez que envolve seres humanos e o manejo de informações. Foi aprovada pelo Parecer n. 422.579, de 14.10.2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A clínica de fisioterapia estudada mantém um atendimento ao público de segunda a sexta-feira, no horário de 7 h às 18 h. As atividades clínicas são apoiadas por uma equipe constituída de uma coordenadora e um supervisor geral, cinco técnicos fisioterapeutas docentes da instituição, oito estagiários, dois recepcionistas e quatro pessoas no serviço geral. São recebidas cerca de 50 pessoas por dia.

O Trabalho na Clínica de Fisioterapia Estudada

A estrutura da clínica segue o padrão das orientações do Ministério da Saúde sobre diferentes dispositivos: arquitetônicos (controle da insolação, superfícies planas e espaçosas); técnicos (ar condicionado, ventilação mecânica, equipamentos calibrados); urbanos (acessibilidade, orientação). Os ambientes internos são acolhedores, adequados termicamente ao conforto humano, não se observando queixas e, mesmo com ar condicionado, há janelas e basculantes que possibilitam trocas térmicas, ventilação e renovação de ar. Os ambientes são adequados, com boa acústica e iluminação.

A Clínica possui diversos ambientes, incluindo ginásio para reabilitação cardíaca ou de pessoas com próteses, salas de reabilitação de pessoas mastectomizadas, piscina para hidroterapia e salas de atendimento de fisioterapia e enfermagem. Em relação à acessibilidade, atende às exigências da edição de 2015 da ABNT NBR 9050 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2015). Não foram observados corrimões e/ou barras nos corredores e salas ou mobiliários adaptados, conforme as exigências. Há informações textuais, com desenhos universais, sem disponibilização de informações sonoras; o estacionamento possui reserva de vagas com sinalização universal; os corredores de uso comum possuem mais de 0,90 m de largura. O sanitário reservado para pessoas com deficiência está localizado em uma rota acessível, possui a sinalização internacional de acessibilidade e barras de apoio nas áreas de transferência; a entrada está localizada em via sem tráfego de veículos.

O trabalho de fisioterapia é realizado por uma equipe fixa de estagiários do último período do curso de fisioterapia, supervisionados por docentes do curso. Como forma de treinamento, são compartilhados momentos entre os técnicos em formação, com um cronograma de assuntos diversos, orientados pelos supervisores, em forma de mesa redonda. São discutidos temas da prática, objetivando desenvolver habilidades e competências no processo de trabalho.

Há necessidade de novas formas de organização dos serviços, de modo a estabelecer a integralidade como elemento fundamental que inclua, além dos cuidados de reabilitação motora e sensorial, disposição para avaliar processos que se destinem a conferir dignidade à pessoa com deficiência física e produzir impacto em sua vida de forma global (BONFADA et al., 2012).

No trabalho em saúde, conceitos influenciam modos de vida em sociedade e a representação cultural é traduzida em objetos (COSTA; BERNARDES, 2012), de modo que termos e conhecimentos retratam determinadas formas de condutas que podem facilitar ou mesmo dificultar o processo de trabalho. Entende-se que isto tem relação com a incapacidade dos serviços de reabilitação, centrados somente no recondição físico e sensorial, de se constituírem em suporte para promover a saúde e o exercício da cidadania das pessoas com deficiência física. De acordo com a matriz do bem-estar social associada ao conceito de integralidade, pode-se dizer que a compreensão da lesão como elemento biológico, e da deficiência como elemento relacional, passa a condicionar novas formas de reabilitação, de modo a possibilitar a participação plena na vida social.

Assume-se, neste estudo, que a reabilitação de pessoas com deficiência física seja um processo “[...] de duração limitada e objetivo definido, com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar sua própria vida” (BRASIL, 2003, p. 38). Isto inclui compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e outras medidas para facilitar ajustes e reajustes sociais.

Ressalta-se que, após a virada do século, com o foco da saúde direcionado para a pessoa e sua funcionalidade em sociedade, a Organização Mundial de Saúde lançou a versão oficial em língua portuguesa da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para simplificar e padronizar conceitos e terminologias relacionadas a esta condição (CASTANEDA; CASTRO, 2013).

Processo de Trabalho da Equipe de Fisioterapeutas da Clínica de Fisioterapia Estudada

O fluxo do trabalho é determinado pela demanda iniciada com o encaminhamento feito por unidades básicas de saúde do município ou mesmo por outros serviços da região do Vale do Itajaí, conforme aponta relato da coordenadora da clínica: “As pessoas procuram a recepção com o encaminhamento e aguardam vaga para início do tratamento.” Efetivada a avaliação inicial, as atividades são voltadas à reabilitação física prescrita no prontuário, sofrendo alterações de acordo com a evolução clínica. As atividades são distribuídas entre os fisioterapeutas estagiários, com horário marcado, tendo, cada sessão, a duração de 50 minutos.

O fluxo de informações entre os membros da equipe de fisioterapeutas acontece em encontros casuais, não havendo reuniões formais para discussão dos casos. Produz-se, assim, uma das fragmentações mais comuns que impedem a interdisciplinaridade e, de fato, opõe-se a ela, inviabilizando o cuidado integral, por manter aspectos da pessoa com deficiência física não avaliados e não atendidos. Alguns componentes da equipe admitem que o encaminhamento do paciente a outras especialidades da saúde disponíveis no mesmo centro de atendimento assumiria o caráter interdisciplinar. Para outros, isto não poderia constituir um atendimento interdisciplinar.

Não foi observada a ocorrência de reuniões formais para trocas e conexão de saberes. Entende-se que a falta desses momentos e a ausência de outros profissionais inibem o diálogo entre os diferentes atores do processo e a construção dos vínculos necessários para o trabalho integrado e interdisciplinar. Embora voltados para um mesmo objeto, dada a complexidade da experiência que impõe a ação interdisciplinar, convidar, esporadicamente, profissionais de outras disciplinas ou mesmo encaminhar a outras especialidades não define o cuidado integral, pois o elemento básico para que esta condição se realize é justamente a reunião entre

participantes do processo, para considerar outros elementos do universo biopsicossocial necessários à reabilitação efetiva.

Presenciou-se apenas trocas de conhecimentos técnicos ou mesmo anotações das evoluções na composição do prontuário, na sala de anotações, como recortes de uma especialidade, perpetuando o conceito biomédico de reabilitação, pelo fato de não haver busca de soluções integradas mais abrangentes. Enfatiza-se aqui o uso do conceito de reabilitação, que “[...] envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p. 100). De acordo com essa instituição, essas ações exigem planejamento e um projeto que conecte saberes e inclua a família do indivíduo em questão.

Houve aproximação entre o cliente e os fisioterapeutas, os quais se apoiavam mutuamente. Era visível a harmonia num processo de interação ocasional entre dois componentes da equipe e nas relações de instruções ao cliente em processo de reabilitação. Notaram-se intervenções de supervisores para instrução dos fisioterapeutas estagiários, assim como a reciprocidade na conclusão de uma tarefa, denotando um movimento de trabalho em equipe, o que não conduz necessariamente à integralidade das ações e de saberes.

A finalidade do trabalho, de acordo com o observado, dirige-se para as ações de reabilitação motora e sensorial, por meio da atenção especializada, para desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes que envolvem aspectos funcionais. No entanto, os esforços sofrem uma descontinuidade dentro da própria clínica, dada a ausência de integração com outros profissionais, como, por exemplo, dos serviços de psicologia, jurídicos e mesmo os sociais, além de outros profissionais de saúde. Observou-se a reprodução do modelo médico vigente no país, não sendo, contudo, suficiente ao cuidado integral. A distância entre o discurso educacional,

as trocas de experiências, o apregoado na literatura e o que se vê na prática é bem comum em centros de saúde.

Para promover práticas de cuidado em saúde, por meio da integração das ações e da equipe de trabalho, é necessário intervir nesse processo. Assim, a necessidade de participação efetiva do trabalhador nas decisões inerentes às suas atividades é fundamental (FARIAS et al., 2015). Esta ideia é particularmente importante quando se observa a fragmentação no processo de trabalho (CARDOSO; HENNINGTON, 2011) como um obstáculo à integralidade.

Assim, a próxima seção aponta elementos que podem nortear novas formas de pensar e fazer saúde, por meio de tecnologias leves e da clínica ampliada.

Processos de Integração das Equipes de Trabalho na Clínica

A interação na clínica, nas relações de trabalho, é orientada para um objetivo específico: o de reabilitar o cliente, ao melhorar o funcionamento do órgão desabilitado, e todos se movimentam em torno de tarefas, exercendo sua força de trabalho sobre a exclusiva necessidade de reabilitação funcional. O compartilhamento de espaço e instrumentos de trabalho acontece de forma natural e sem impasses e a clínica possui estrutura facilitadora da atuação dos envolvidos no processo de trabalho previsto. A utilização dos instrumentos disponíveis é planejada para auxiliar no foco terapêutico de suprir necessidades parcialmente satisfeitas geradas pela incapacidade física, pois continuam sendo “esquecidos” outros aspectos da vida diária da pessoa.

Embora haja planejamento, execução e avaliação do trabalho, não ficou evidente a participação de todos os envolvidos nesse processo. O grupo não estabelece interação de característica multiprofissional, e a conexão entre áreas afins é feita via documentos de avaliação e encaminhamentos, o que leva a pessoa com deficiência física a peregrinar por outros itinerários terapêuticos, para ter suas necessidades

atendidas em outras especialidades, mas sempre de forma fragmentadora.

Além de um novo paradigma científico, a interdisciplinaridade representa uma nova filosofia de trabalho, requerida na atenção integral, apontada como eixo da organização tecnológica nos serviços em saúde (BONFADA et al., 2012). Desse modo, o cuidado de pessoas com deficiência física abrange o sentido de integralidade, que não poderá ser cumprido por um único profissional. Para Leopardi e Thofehrn (2009, p. 116), a *Teoria dos Vínculos Profissionais* torna-se um marco conceitual que tem por meta “[...] estabelecer e orientar um grupo para uma ação de caráter específico [...]”, mas exige conexão de saberes de várias disciplinas.

Ressignificação Existencial da Pessoa com Deficiência Física iniciada na Reabilitação

A trajetória do ser humano consiste em crescer, prosperando como indivíduo e ser social (ROGERS, 2009), mesmo que a sociedade conturbe esse crescimento com a imposição de valores pré-estabelecidos, que, no caso dos deficientes físicos, apontam mais para sua “incapacidade” do que para oportunidades de conquistarem seu lugar de direito na sociedade. Limitações sugerem impossibilidades de autonomia (SCHOELLER et al., 2012), sendo necessária a criação de ambientes favoráveis para reabilitar ou mesmo habilitar pessoas com deficiência física para sua reinserção na “mesma” sociedade em que vivem os não deficientes.

Nas relações em equipe, na clínica, foram observadas manifestações afetivas entre pessoas, traduzidas em percepções como dor, alegria, tristeza, ansiedade e angústia, interpretadas com base em conceitos próprios e de vivências pessoais. O processo perceptivo entre terapeuta e pessoa que necessita de cuidados foi delineado pela sensibilidade em relação às necessidades, ao serem avaliados funcionalidade, conforto ou desconforto, perdas, desejos, expectativas e assim por diante, embora não tenha sido dada consequência às informações.

Sentimentos do outro, quando percebidos, devem traduzir um sentido de aceitação, confiança, interesse e compreensão. Sendo assim, tais atitudes vivenciadas na relação de ajuda muitas vezes chegam a ser mais importantes do que orientações teóricas (ROGERS, 2009).

Notou-se ausência de planejamento terapêutico, sendo os diálogos apreendidos em torno de questões pessoais e na informalidade. Nos Seminários realizados, a comunicação ocorreu na exposição dialogada, mas não em atenção a um plano terapêutico interdisciplinar. No trabalho de reabilitação, admite-se a fundamental importância do processo de comunicação formal para discussão de planejamento terapêutico, com a presença multiprofissional, o que se entende ser fator indispensável à assistência integral, assim como para práticas interdisciplinares.

PROPOSTA DE CUIDADO INTEGRAL NO PROCESSO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR (DPTI)

Diante do exposto, traduz-se o objetivo de estabelecer as Diretrizes para o Processo de Trabalho Interdisciplinar (DPTI) como criação tecnológica leve, com a perspectiva de tornar-se método para oferecer o cuidado integral às pessoas com deficiência física. Entende-se que as diretrizes utilizadas na composição do Processo de Trabalho Interdisciplinar (PTI) podem ser aplicadas em outros campos da saúde.

A Comissão de Facilitação Interdisciplinar em Pesquisa (COMMITTEE ON FACILITATING INTERDISCIPLINARY RESEARCH, 2006), de Washington, afirma que resolver problemas sociais e definir a potencialidade de novas tecnologias é competência da interdisciplinaridade, requerendo líderes com visão clara, comunicação eficaz e habilidades de formação da equipe, de catalisar e integrar informações.

Essa opinião é corroborada por autores brasileiros, ao afirmarem a necessidade de vinculação entre líder e equipe para um compromisso com a mesma finalidade de trabalho, por meio da organização de ações integradas de cuidado, o que requer pleno contato presencial,

planejamento coletivo e divisão de responsabilidades (LEOPARDI; THOFEHRN, 2009). É uma questão que implica em reestruturação do processo de trabalho, para que o resultado das ações atenda às necessidades expressas pelas pessoas atendidas. A deficiência física exige um processo de trabalho que integre um universo bastante amplo da vida sócio-histórica do sujeito e inclua aspectos mobilizados pelas inúmeras perdas com as quais terá que lidar no decorrer da vida.

As DPTI envolvem desde a reorganização do processo de trabalho ao desenvolvimento de competências da equipe, voltadas para esse contexto, que convergem no planejamento terapêutico particularizado dos cuidados necessários. A principal característica desse processo é que sua finalidade só será alcançada pelo cuidado do ser integral, dada a amplitude das demandas que podem aparecer, que se manifesta como “o estar bem” da pessoa, trazendo-lhe conforto e segurança. Para atender esses requisitos, é preciso utilizar mecanismos organizacionais e administrativos que sustentem intervenção nos moldes interdisciplinares, que, de acordo com a Comissão de Pesquisa (COMMITTEE ON FACILITATING INTERDISCIPLINARY RESEARCH, 2006), devem ser pluralistas no método e no foco, e podem ser conduzidos por indivíduos ou grupos movidos pela intenção coletiva de compreender a complexidade inerente à natureza e à sociedade, e explorar problemas e soluções que não podem ser apreendidos por uma única disciplina.

As DPTI aqui apontadas sugerem um método de trabalho multiprofissional, por indivíduos que integrem informações, dados, técnicas, ferramentas, perspectivas, conceitos e teorias de duas ou mais disciplinas ou conhecimentos especializados, que produzam compreensão fundamental ou que auxiliem na resolução de problemas, o que estabelece a necessidade de uma equipe.

A possibilidade de discussão e resolução dos elementos percebidos em relação às necessidades das pessoas nos serviços de saúde, neste universo de pessoas com deficiência física, somente podem ser possíveis em Reunião de Equipe Interdisciplinar (REID), como parte fundamental do PTI, dada sua complexidade.

A comunicação, as conversas, as conexões e as combinações que trazem novas perspectivas para as práticas exigem a conexão de saberes em cada universo de aplicação. A assistência deve focar nas necessidades da pessoa que são percebidas pela equipe prestadora do cuidado e, para este fim, recomenda-se a investigação natural, que ocorre com uma escuta apurada, seguida de reflexão para conexão de dados fragmentados discutidos na REID.

A comunicação é o principal instrumento nesse processo de trabalho. Portanto, é primordial que a equipe tenha desenvolvido vínculos profissionais (LEOPARDI; THOFEHRN, 2009), que são implicados com a finalidade consolidada pelo grupo interagente. Para tanto, são necessárias boas relações interpessoais de modo cooperativo, utilizando-se diferentes conhecimentos, habilidades e atitudes na resolução dos complexos problemas da condição humana.

Uma vez detectados os obstáculos à reabilitação e funcionalidade no cuidado da pessoa, discute-se o planejamento terapêutico particular, ou seja, individual, que reabilite e resigneifique o contexto de vida desse cliente e auxilie em sua autonomia e independência, na continuidade de sua marcha diária. Feito isto, cada integrante do PTI chega ao final da REID sabendo e tendo redefinido seu papel na composição das ações necessárias ao cuidado dispensado ao cliente.

O plano terapêutico prevê respostas que dirijam as ações na resolução de obstáculos, isto é, aqueles impeditivos à continuidade da adaptação à vida diária, pelas avaliações dos componentes de funcionalidades global e incapacidades que, de acordo com a CIF (CASTANEDA; CASTRO, 2013), abrangem as funções do corpo, atividades, participação, fatores ambientais e pessoais, assim como as incapacidades, que englobam deficiências, limitações das atividades, participação e inclusão social de acordo com as possibilidades do indivíduo. Não é demais enfatizar que, se o foco da pessoa for a "reabilitação", se houver escuta qualificada, chegar-se-á a outros aspectos que requerem atenção e cuidado.

O processo interdisciplinar obedece a ciclos até a alta ou a possível melhora do estado da

pessoa submetida a cuidados. Já a periodicidade de encontros deve ser discutida pela equipe, mas é importante, sobretudo, que se abra espaço ao processo de comunicação e diálogo entre os saberes, ao fundamento da interdisciplinaridade.

Nos estágios iniciais da construção do trabalho interdisciplinar, há uma série de premissas a serem consideradas, tais como: existência de problema comum a resolver; liderança agregadora; ambiente que incentive a colaboração da equipe de trabalho; estabelecimento de uma filosofia dessa equipe; fomento de pontes entre estudantes e docentes, por se tratar de clínica escola na mesma instituição; fomento de pontes entre diferentes instituições; reuniões frequentes entre os membros da equipe; e pensamento focado na finalidade logo no início.

Além disto, ainda é necessário um suporte que inclua pessoas com formação de equipes, formas flexíveis de financiamento, disposição para assumir riscos e reconhecimento do potencial de impacto. A estrutura organizacional deve proporcionar co-localização física de pesquisadores, instrumentalização compartilhada e encontros informais fora do ambiente de trabalho. A Organização Matricial é a mais indicada para a promoção do trabalho interdisciplinar, considerando-se que, se as bases forem assentadas de forma coletiva, sempre haverá maior adesão ao processo de experimentação e consolidação de equipes interdisciplinares (COMMITTEE ON FACILITATING INTERDISCIPLINARY RESEARCH, 2006).

Para tanto, considerou-se como fundamental ao processo de trabalho interdisciplinar as seguintes diretrizes: processo de percepção e comunicação entre os integrantes da equipe; conexões de saberes direcionados ao atendimento de necessidades que se constituem em sua multidimensionalidade; discussão e confirmação das necessidades da pessoa de modo a propiciar a coparticipação nas ações de cuidado; planejamento em equipe das estratégias direcionadas ao cuidado integral; planejamento terapêutico singular, isto é, para cada pessoa particular, envolvendo a totalidade de sua existência; reorganização do trabalho para possibilitar a troca de saberes e fazeres na equipe multiprofissional;

espaço e tempo definidos para a realização das reuniões de equipe interdisciplinar (REID); e permanente desenvolvimento de competências interdisciplinares.

CONCLUSÃO

A inserção gradativa do pesquisador no processo de trabalho da equipe assistencial contribuiu para a eliminação de dificuldades durante a coleta de dados. Também concorreu, o fato de o processo realizar-se numa clínica escola, permitindo, com mais facilidade, a atuação de pesquisadores e estudantes.

Em resposta à proposta e objetivos da pesquisa, pôde-se obter uma compreensão do processo de trabalho da equipe de atendimento às pessoas com deficiência física, quanto à instrumentalidade, objeto e finalidade do trabalho de reabilitação em fisioterapia.

A clínica lócus da pesquisa oferece boas condições de trabalho, por ser bem estruturada e ter grande potencial para ampliação do sistema de atendimento e composição de equipe interdisciplinar de saúde, especialmente por se tratar de uma clínica escola.

No que diz respeito à análise da relação estabelecida na equipe de trabalho para a produção de ações voltadas ao cuidado integral, não foram encontradas as características necessárias ao trabalho interdisciplinar nas práticas diárias. Entretanto, verificou-se a reprodução do modelo biomédico, cabendo a sugestão intencional em relação às DPTI, que visa envolver a reorganização do processo de trabalho e culminar no planejamento terapêutico do cuidado à pessoa.

Considera-se fundamental atender aos elementos integradores do processo de trabalho interdisciplinar citados, desde os estágios iniciais aqui propostos, para contextualizar o cuidado integral na reabilitação de pessoas com deficiência física e/ou da saúde, o que responde aos objetivos da pesquisa e confirma a proposição levantada.

Entende-se, ainda, que as (des)conexões dependem de um fator intrínseco, isto é, da autoafirmação de cada pessoa que funciona em

equipe, e está ligada à sua existência associada à consciência de si mesma, ao sentimento de quem é, das características pessoais que identificam um ser com o outro; entretanto, o senso corporativo muito forte torna-se fator que desencoraja a interdisciplinaridade. Nota-se dificuldade dos profissionais da saúde em ceder lugar a novos saberes, pela desconstrução desses conhecimentos corporativos e reconstrução, em evolução dialética, que leva a novos paradigmas e visões de mundo, sendo este um universo passível de ser explorado futuramente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ezelaide V.C.; COSTA, Sabrina L. A lei de cotas e o direito de acesso ao trabalho da pessoa com deficiência. *Hiléia*, Manaus, n. 19, p. 103-130, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 9050*: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 3. ed. Rio de Janeiro, 2015.
- BONFADA, Diego et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Viver sem limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010 – pessoas com deficiência*. Brasília, 2012a.
- CARDOSO, Cintia G.; HENNINGTON, Élide A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 85-112, 2011.
- CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamy S. Publicações brasileiras referentes à classificação internacional de funcionalidade. *Acta fisiátr.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.
- COMMITTEE ON FACILITATING INTERDISCIPLINARY RESEARCH. National Academy of Sciences, National Academy of Engineering, Institute of Medicine. *Facilitating interdisciplinary research*. Washington, 2006. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/11153.html>>. Acesso em: 21 maio 2013.
- COSTA, Márcio Luís; BERNARDES, Anita G. Produção de saúde como afirmação de vida. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 822-835, 2012.
- FARIAS, Bruna H. et al. O fazer dos trabalhadores de enfermagem e as repercussões no cuidado aos usuários. *J. nurs. health*, Pelotas, RS, v. 5, n. 1, p. 14-26, 2015.
- KASSAR, Mônica C. M. Percursos da constituição de uma política brasileira de educação especial inclusiva. *Rev. bras. educ. espec.* [online]. Marília, SP, v. 17, n. spe. 1, p. 41-58, 2011.
- LEOPARDI, Maria T.; THOFEHRN, Maria B. *Teoria dos vínculos profissionais: formação de grupo de trabalho*. Pelotas: UFPEL – Uni Pelotas, 2009.
- MINAYO, Maria Cristina S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca*. Brasília, 2008.
- _____. *Relatório mundial sobre a deficiência*. Tradução Léxicos Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPCD, 2012. Título original: World report on disability 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *A ONU e as pessoas com deficiência*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 13 jul. 2013.
- PIRES, Denise E.; LORENZETTI, Jorge; GELBCKE, Francine L. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62, Florianópolis, 2010. *Anais...* Florianópolis: CBEEn, 2010.
- ROGERS, Carl R. *Tornar-se pessoa*. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- SCHOELLER, Soraia D. et al. Conhecer para cuidar: características de pessoas com lesão medular atendidas em Centro de Reabilitação. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 2598-2604, 2012.
- Artigo apresentado em: 30/6/2015
Aprovação em: 14/10/2015
Versão final apresentada: 27/10/2015