

Facilitadores e barreiras na organização do trabalho de fisioterapeutas em um centro especializado em reabilitação

Facilitators and barriers in the organization of physiotherapists' work in a specialized rehabilitation center


Natasha Felipe da Silva ^{1*}

José Erivonaldo Ferreira Paiva Júnior ¹

Geraldo Eduardo Guedes de Brito ¹

Dimitri Taurino Guedes ²

Gabriel Nóbrega Vieira ¹

Robson da Fonseca Neves ¹

¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Data da primeira submissão: Janeiro 11, 2024

Última revisão: Março 7, 2024

Aceito: Abril 24, 2024

Editora associada: Ana Paula Cunha Loureiro

*Correspondência: natasha_felipe@hotmail.com

Resumo

Introdução: A fisioterapia integra a equipe multidisciplinar de centros especializados em reabilitação e busca ofertar um cuidado integral na perspectiva biopsicossocial aos usuários. **Objetivo:** Conhecer facilitadores e obstáculos relacionados à organização do trabalho do fisioterapeuta em um centro especializado em reabilitação, presente em suas práticas de cuidado prestadas e preconizadas à pessoa com deficiência. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tomando como modelo condutor o estudo de caso, desenvolvido e analisado a partir de recursos metodológicos da etnografia. Utilizaram-se três estratégias de coleta de dados: pesquisa documental, observação direta e entrevistas com os fisioterapeutas. Os dados foram analisados por meio da reconstrução de cenas, articulando os elementos capturados no processo de produção dos dados. **Resultados:** Os aspectos de demanda e agenda sobrecarregada dificultam a adoção do acolhimento, contudo percebem-se práticas acolhedoras durante a assistência prestada pelo fisioterapeuta. As avaliações e reavaliações precisam ser reformuladas, tomando como referencial uma base de linguagem comum e, para isso, é preciso uma indução da gestão com impacto sobre a organização do trabalho. O projeto terapêutico singular ainda não é realidade na instituição, visto que a adoção do mesmo também remete a mudanças e ao desmonte da cultura estabelecida de assistência por produtividade pressionada pela demanda. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar a contribuição do conhecimento sobre a organização do trabalho no centro especializado para a efetivação ou não de uma abordagem que se aproxime do que se almeja em termos de cuidado na perspectiva biopsicossocial.

Palavras-chave: Modelos biopsicossociais. Integralidade em saúde. Educação interprofissional. Pesquisa qualitativa.

Abstract

Introduction: *Physiotherapy is part of the multidisciplinary team of specialized rehabilitation centers and seeks to offer users comprehensive care from a biopsychosocial perspective.*

Objective: *To get to know facilitators and obstacles related to the physiotherapists' work organization in a specialized rehabilitation center present in their care practices provided and recommended for persons with disabilities.* **Methods:** *We conducted a qualitative, descriptive study, taking the case study as a guiding model, developed and analyzed from methodological resources of ethnography. Three data collection strategies were used: documentary research, direct observation and interviews with physiotherapists. Data were analyzed through the reconstruction of scenes, articulating the elements captured in the data production process.* **Results:** *The findings regarding the reception and welcoming pointed out how the aspects of demand and overloaded agenda make it difficult to adopt the embracement, however, welcoming practices are perceived during the assistance provided by the physiotherapist. Assessments and reassessments need to be reformulated, taking a common language base as a reference and for that it is necessary to induce management with an impact on the organization of work. The singular therapeutic project is not yet a reality in the institution, as its adoption also leads to changes and the dismantling of the established culture of assistance through productivity pressured by demand.* **Conclusion:** *Our study made it possible to identify the contribution of knowledge about the organization of work in the specialized center for the implementation or not of an approach that is closer to what is desired in terms of care in the biopsychosocial perspective.*

Keywords: *Biopsychosocial models. Integrality in health. Inter-professional education. Qualitative research.*

Introdução

Desde a divulgação do Plano Viver sem Limites, em 2011, passando pela criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e do Centro Especializado em Reabilitação (CER), a abordagem interprofissional tem sido almejada. Nesse contexto, a fisioterapia integra as equipes multidisciplinares do CER, composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos, nutricionistas e enfermeiros, e precisa enfrentar o desafio de ofertar um cuidado integral na perspectiva biopsicossocial, articulando ações

intra e intersetoriais e fazendo uso de ferramentas do cuidado em suas práticas para assistir a numerosa parcela de usuários que carecem de cuidado no Brasil.¹

Para orientações de medidas de funcionamento e práticas na rotina de trabalho dos profissionais da RCPD, criou-se o Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (IR), que fornece diretrizes gerais sobre elementos importantes para desenvolver o cuidado integral à pessoa com deficiência. Nesse sentido, traz elementos do trabalho prescrito para os profissionais do CER e, assim, provoca reflexão sobre a organização do trabalho para materializar o cuidado sugerido.²

Conhecer os facilitadores e obstáculos na organização do trabalho dos fisioterapeutas no setor de reabilitação do CER, portanto, pode elucidar como algumas práticas voltadas às pessoas com deficiência prescritas no IR estão sendo, ou não, realizadas pelos fisioterapeutas no local e qual a sua relação com a organização do trabalho. Diante deste cenário, questiona-se: quais são os facilitadores e os obstáculos relacionados à organização do trabalho dos fisioterapeutas do CER, presentes em suas práticas de cuidado à pessoa com deficiência?

O presente estudo tem por objetivo conhecer facilitadores e obstáculos relacionados à organização do trabalho do fisioterapeuta no CER, com base nas práticas de cuidado preconizadas pelo IR, prestadas ou não à pessoa com deficiência. Conhecer os elementos acima permitirá inferir sobre a contribuição da organização do trabalho na distância entre trabalho prescrito e trabalho real no CER.

Métodos

Considerando que a produção dos dados no CER foi centralmente guiada pela observação direta, optou-se pela escrita que busque expressar e aproximar o leitor das experiências e transmitir aquilo que foi visto, ouvido e sentido durante o estudo. O estudo é de caráter qualitativo e descritivo, tomando como modelo condutor o estudo de caso.³

Os dados qualitativos foram produzidos de julho a dezembro de 2022, em um centro especializado em reabilitação IV (quatro modalidades de reabilitação: auditiva, física, intelectual e visual), no estado da Paraíba, observando e dialogando com fisioterapeutas de ambos os gêneros, com vínculo empregatício acima de seis meses, que atuavam no setor de reabilitação.

A produção dos dados deu-se com a associação de três técnicas: pesquisa documental, observação direta com abordagens conversacionais, quando necessário, e entrevistas com os fisioterapeutas, cujos dados socio-demográficos (sexo e idade), acadêmico e profissional também foram levantados (Tabela 1).

Trabalhou-se com a triangulação de dados com o objetivo de possibilitar uma análise em maior profundidade sobre os facilitadores e obstáculos na rotina dos fisioterapeutas que interferem na realização de algumas práticas voltadas à pessoa com deficiência no CER.⁴

A partir dos dados coletados foram reconstruídas algumas cenas articulando os elementos capturados no processo de produção dos dados. Nesse sentido, as cenas seguem a formatação das técnicas que deram origem aos dados, buscando compreender os percalços da organização do trabalho dos fisioterapeutas após conhecer as nuances entre o trabalho vivo e o prescrito no setor de reabilitação do CER, e que correspondessem também a temas importantes para o cuidado da pessoa com deficiência que emergiram durante o período de observação. Os registros descritos no diário de campo

foram parte da textualização gerada pela observação no local da pesquisa. Analisar esses registros com descrições minuciosas das cenas observadas possibilitou perceber detalhes e sutilezas da organização do trabalho dos fisioterapeutas.⁵

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os fisioterapeutas, que tinham mais de seis meses de atuação na assistência à pessoa com deficiência no CER. As entrevistas seguiram um roteiro com questões direcionadas a ações e atividades que são preconizadas pelo IR para os CERs e geraram cerca de doze horas de áudio, posteriormente transcritas.⁶

Os dados foram analisados por meio de técnicas analíticas etnográficas, inicialmente realizando uma exploração dos materiais, percepções e indagações obtidas durante a observação direta, abordagens conversacionais e entrevistas. No processo de análise, buscou-se aproximar as perspectivas *emic* (visão dos participantes) e *etic* (visão do pesquisador) em um movimento de fundir os dois horizontes.⁷ As análises foram realizadas de forma não linear, à medida que os dados foram produzidos, como um espiral de análise.⁸

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais fisioterapeutas (P) entrevistados

	Gênero	Tempo de formação	Pós-graduação ou especialização	Tempo de trabalho no CER	Perfil de assistência
P1	F	29 anos	Pós-graduação em respiratória e em ensino e aprendizagem; Mestrado em curso	15 anos	Prescrição de órtese e prótese
P2	M	19 anos	Mestrado em saúde pública	14 anos	Reabilitação adulto + Reabilitação infantil
P3	F	5 anos	Pós-graduação em fisioterapia neurofuncional	3 anos	Reabilitação infantil
P4	F	20 anos	Pós-graduação em recursos cinesioterapêuticos	17 anos	Prescrição de órtese e prótese
P5	F	18 anos	Mestrado em curso	14 anos	Reabilitação infantil
P6	M	5 anos	Pós-graduação em traumatologia-ortopedia	1 ano e 4 meses	Reabilitação adulto e Hidroterapia
P7	M	19 anos	Mestrado em saúde pública	14 anos	Reabilitação adulto + Reabilitação infantil
P8	M	26 anos	Pós-graduação em gerontologia e em traumatologia-ortopedia	6 anos	Reabilitação infantil
P9	M	32 anos	Pós-graduação em neurofuncional	30 anos	Reabilitação adulto + Reabilitação infantil
P10	F	19 anos	Pós-graduação em cardiopulmonar	6 anos	Reabilitação infantil
P11	F	15 anos	Sem pós-graduação	10 anos	Reabilitação infantil
P12	F	8 anos	Pós-graduação em curso em fisioterapia em UTI	4 anos	Reabilitação infantil
P13	F	2 anos	Sem pós-graduação	1 ano	Reabilitação infantil

Nota: F = feminino; M = masculino; CER = Centro Especializado em Reabilitação; UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CAAE: 37347020.3.0000.5188). A presença no ato dos atendimentos e as entrevistas foram autorizadas pelos usuários e profissionais do serviço e todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e discussão

Foram realizadas 28 visitas, em diferentes turnos e dias da semana, distribuição necessária para que pudessem ser vivenciadas diferenças na rotina, fluxos e demandas do setor durante a observação direta guiada pelo IR.¹ Com o complemento das abordagens conversacionais e entrevistas (Tabela 1), estruturou-se o corpus deste estudo.

A aproximação etnográfica possibilitou fazer uma imersão e, sobretudo, viver o objeto de investigação, ampliando a visão por meio de um olhar de perto e de dentro do CER, buscando dosar a intensidade de modo a não desfavorecer a compreensão.

Após conhecer a abordagem biopsicossocial e os aspectos do trabalho prescrito e real nas práticas de cuidado à pessoa com deficiência prestadas pelos fisioterapeutas, redirecionou-se o olhar para identificar os elementos da organização do trabalho desses profissionais no CER, que dificultavam ou favoreciam a realização do trabalho prescrito na normativa. Para isso, a análise crítica do objeto estudado foi realizada a partir das três categorias emergentes: i) recepção e acolhimento; ii) avaliação e reavaliação; e iii) projeto terapêutico singular.

Recepção e acolhimento ao usuário: um processo em construção

Adentrando o setor de reabilitação, observou-se o ambiente da recepção, fluxos de usuários, movimentos dos familiares, troca de informações com a recepcionista, e analisaram-se todos os aspectos sugeridos pelo IR sobre o acolhimento ao usuário. Observou-se que durante a chegada os usuários e acompanhantes/cuidadores se direcionam para a recepção, sinalizam sua presença no local e acomodam-se nas cadeiras dispostas para eles no setor.

Refletindo sobre essa cena e colocando-a em relevo, observou-se uma acompanhante com sua filha (usuária do serviço) e iniciou-se uma conversa informal sobre

aquele momento vivenciado, acolhimento ao usuário, local de espera e horários, buscando compreender melhor aquele momento.

Nós sempre somos bem acolhidas aqui, fazemos parte da [nome da instituição] há muitos anos, e fomos bem atendidas desde o primeiro contato, que é onde ela foi avaliada, perto da entrada tem uma salinha de acolhimento, lá as mães que vêm de longe têm cadeiras e bancos para sentar, tem uma mesa que elas trazem café da manhã, cama para a criança, é bem aconchegante, eu hoje não vou mais para lá, porque venho em carro próprio no horário do atendimento dela, mas antes eu ia, e era um apoio muito bom (Mãe/cuidadora, Diário de campo, 04/08/2022).

É importante ressaltar que o acolhimento não é considerado um espaço ou local físico, e sim uma postura ética dos profissionais, assim como da instituição, e que não é necessário profissional específico ou horário para realizá-lo, mas implica em dividir saberes, demandas e, principalmente, em realizar uma escuta qualificada do sujeito, com responsabilidade e resolutividade de acordo com a individualidade do outro.⁹ Ele pode ser entendido como uma ferramenta capaz de promover o vínculo entre usuários e profissionais, possibilitando melhor compreensão da doença e corresponsabilização no tratamento proposto, estimulando também o autocuidado.¹⁰ Além disso, também é uma prática de reorganização do processo de trabalho e uma ação que os profissionais de saúde devem procurar acrescentar em sua organização do trabalho; sendo assim, as instituições devem garantir condições para desenvolvê-lo, permitindo maior resolutividade, vínculo e acesso aos serviços de saúde.^{11,12}

Por meio da observação e do relato do familiar, pode-se concluir que o acolhimento ao usuário no setor de trabalho dos fisioterapeutas do CER é feito com ações, como acesso direto para dialogar e tirar dúvidas com a recepcionista, e com um espaço físico que promove conforto para aguardar os horários e demandas do setor. Observa-se, porém, que essa prática não é sistematicamente realizada pelos fisioterapeutas, então surge a reflexão: o fisioterapeuta percebe o acolhimento na recepção como parte integrante da sua organização do trabalho? Seria interessante para este profissional uma aproximação com essa prática? A instituição oferece condições objetivas para que o fisioterapeuta realize esta ação?

Refletir sobre essas questões permite repensar sobre a forma de produzir cuidado dos fisioterapeutas com a inclusão da ferramenta “acolhimento” na organização do trabalho desses profissionais. Considera-se que para incluí-la é importante ampliar o olhar para a maneira como o serviço está organizando suas práticas de cuidado e como essas podem interferir no acolhimento. Constatou-se que o fisioterapeuta não participava ou não atuava com frequência em ações de acolhimento em ambientes como a recepção, além de não possuir em sua agenda horários destinados a essa prática. Ainda assim, uma questão se mantém: o que poderia justificar essa ausência de envolvimento dos fisioterapeutas com a prática do acolhimento?

É possível considerar algumas hipóteses, como a ampla demanda de usuários para cada profissional, sendo os horários de atendimentos preenchidos e com um curto espaço de tempo entre um atendimento e outro, o que pode configurar-se como uma barreira para realizar uma outra ação que não a de assistência. Observou-se, contudo, que durante alguns atendimentos os fisioterapeutas criam vínculo com o usuário e que, neste momento, abre-se espaço dentro da assistência, realizando ações na perspectiva do conceito de acolhimento.

Cena 1: Atendimento fisioterapêutico com ações de acolhimento

- *O senhor está realizando algum exercício em casa?*
- *Tô começando a fazer depois que comecei a aprender com o senhor, doutor!*
- *Como vem sendo esse processo de adaptação?*
- *Tem dias que são mais fáceis, outros mais difíceis, tô me acostumando ainda, um dia de cada vez.*
- *Sua família está auxiliando em casa nessa adaptação, ou para fazer os exercícios?*
- *Sim doutor, eles me ajudam sempre que podem (...)* eita que esse exercício foi difícil, tô pesado (risos).
- *É muito importante que você comece um acompanhamento nutricional para ajudar a perder peso e facilitar a reabilitação senhor* [Nome do usuário, que passou pelo processo de amputação unilateral à nível transfemoral, e estava com sobrepeso].
- *É verdade, doutor, vai me ajudar muito, não é? Vou procurar para facilitar para mim.*

(Fisioterapeuta1 e usuário, Diário de campo, 01/08/2022).

Ao observar e analisar a cena, reconhece-se que o profissional em questão realizava ações como escuta qualificada sobre questões de adaptação, orientações quanto aos exercícios no ambiente domiciliar para continuidade do cuidado, interesse em saber sobre o contexto familiar, além de orientações quanto à ajuda de outro profissional para auxiliar no processo de recuperação, mostrando uma visão ampliada do usuário durante o atendimento. É importante ressaltar, porém, que não são todos os profissionais que realizam essas ações durante seus atendimentos e alguns conduzem de forma mais tecnicista e mecanizada, ou seja, com foco direcionado apenas à reabilitação física dos usuários. Além do já exposto acima, há a reflexão sobre essa escuta, que é pautada nos aspectos clínicos voltados à facilitação da assistência prestada pelo fisioterapeuta, que é de fato o que se espera em termos de acolhimento.

A reabilitação engloba aspectos além de condutas assistenciais, envolvendo a identificação de obstáculos e necessidades do indivíduo, ligações entre fatores relevantes do indivíduo com o meio ambiente, planejamento, definição de metas, implantação de medidas e seus efeitos sobre a rotina destes indivíduos.¹³ O processo de reabilitação no serviço de saúde é um desafio, pois compete a habilitar o indivíduo a uma nova realidade biopsicossocial.¹⁴

Segundo Solla,¹⁵ o acolhimento significa humanização do atendimento, garantindo acesso à saúde e escuta qualificada de problemas de saúde do usuário, responsabilizando-se pela resolução do seu problema e assumindo uma postura capaz de acolher o usuário. Neste sentido, produzir uma escuta que atenda apenas aos interesses da reabilitação fisioterapêutica parece insuficiente frente à complexidade inerente ao cuidado da pessoa com deficiência.

Refletir sobre as cenas acima permite compreender a importância dos fisioterapeutas serem incluídos e se incluírem em espaços de acolhimento, e o quanto podem contribuir com o processo de cuidado dos usuários nesses espaços. Visualizar a assistência e suas interfaces com o acolhimento impele a advogar pela inserção da ferramenta de acolhimento no processo de trabalho deste profissional.

Além disso, reivindica-se também a importância de inserir outros profissionais nessa tarefa, pois percebe-se que há fragilidade na forma em que o acolhimento se dá no setor pesquisado. Melhorias na organização do trabalho podem ser implementadas, como distribuir a

equipe multiprofissional em microequipes e definir dias e locais de acolhimento aos usuários no setor e realizar ajustes nas demandas e horários para incluir essa prática na rotina dos profissionais, visto que fortalece o cuidado integral ao usuário.

Inserir essa estratégia no processo de cuidado no trabalho dos fisioterapeutas possibilita ir além do cuidado físico, englobando uma comunicação mais efetiva e criando um vínculo adequado entre o usuário e o profissional, assegurando que suas preocupações sejam compreendidas por quem está oferecendo o cuidado. Isto fortalece a adesão ao tratamento e cuidado por parte dos usuários e reduz iniquidades em saúde.¹⁶

Avaliação e reavaliação como estratégia de abordagem integral e organização do trabalho

Durante o estudo, observou-se que a avaliação inicial era realizada no setor de triagem e diagnóstico, com o objetivo de determinar o código da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) dos usuários, e que os fisioterapeutas realizavam uma nova avaliação baseada em uma ficha de avaliação disponibilizada pelo serviço (Pesquisa documental, 01/08/2022). Contudo essa avaliação ainda não acontecia de forma interprofissional, com diferentes membros da equipe de reabilitação, para obter outros olhares sobre as possíveis condutas que seriam adotadas no setor, além das prioridades que deveriam ser estabelecidas naquele momento.

Cena 2: Avaliação com ações de cuidado integral

A avaliação foi iniciada pela fisioterapeuta, que seguiu realizando anamnese, palpação, e avaliando fases do desenvolvimento. Logo a profissional notou que a criança estava chorosa e teve dificuldades para avaliar no momento, iniciando a inclusão da mãe no processo avaliativo: “mãe, ele em casa tem conseguido rolar sozinho? [mudança de decúbito], ele tenta e se interessa para pegar os objetos?”. Logo segue com outros momentos da avaliação, entre eles a palpação. Ela percebe algo diferente no tórax da criança e logo relata “mãe, vou aqui só pegar um estetoscópio e volto”; retorna para a sala de avaliação, realiza a ausculta pulmonar da criança e destaca: “o pulmão dele está com muita secreção, vou chamar a fisioterapeuta respiratória para avaliá-lo”, saindo da sala durante alguns minutos. A

mãe observa a movimentação e aguarda o retorno da profissional, que desta vez chega com uma colega de profissão, que realiza a ausculta pulmonar da criança e relata “mãe, ele está bem secreto mesmo, ele está tomando alguma medicação em casa?” “Ele gripou há alguns dias e ficou com o ‘pulmão cheio’, mas não está tomando medicação não”, responde a mãe. A fisioterapeuta respiratória sinaliza para mãe e para a colega: “Vamos fazer assim, hoje tenho uma vaga às 10h20 porque o paciente não vai poder vir, passe lá na sala com ele que avalio e tento atender ou dar algumas orientações hoje, já que ele está muito secreto”. A mãe agradece, cumprimentam-se e em seguida a especialista deixa a sala (Fisioterapeutas 2 e 4, mãe/usuária, Diário de campo, 21/07/2022).

Observou-se que vários aspectos da conduta realizada pela fisioterapeuta foram positivos e demonstraram que a mesma amplia a visão da clínica do usuário, como incluir o familiar no processo de cuidado, além de visualizar a necessidade de um olhar especializado sobre um aspecto clínico, o que permite perceber que as práticas da profissional em questão estão alinhadas com um cuidado integral, visto que as práticas apreendidas no processo de produção de cuidado devem ultrapassar os conhecimentos técnicos.¹⁷

Ao ampliar o horizonte para aspectos da organização do trabalho, que está presente de forma implícita na cena, refletimos sobre questões como: por que essa articulação da avaliação com diferentes olhares, seja de um profissional especialista em uma área ou de profissionais da equipe multiprofissional, não ocorre com frequência ou como rotina no setor? Quais quesitos da organização do trabalho impedem que essa estratégia seja realizada, buscando, assim, uma avaliação integral do usuário, analisando seu contexto e necessidades? Seria a alta demanda e fluxo dos usuários no setor? A cultura arraigada de reabilitação estabelecida no local? Ou seria a necessidade de um maior investimento de estratégias que induzissem a gestão do serviço a ampliar e implantar essa estratégia de cuidado?

Refletindo sobre como o trabalho vivo é executado, permite-se analisar aspectos de como este trabalho está organizado que implicam na realização de práticas do trabalho proposto e esperado pelas diretrizes de implantação e funcionamento do CER. Entre estes, é possível observar que há uma alta demanda de usuários para a fisioterapia; em consequência, uma agenda que possibilita pouca flexibilidade para inserir outras

atividades, visto que os profissionais devem prestar assistência para em média cinco ou seis usuários por turno (Pesquisa documental, Agenda de atendimentos - 04/08/2022).

Dentro da equipe interprofissional, cada especialidade possui seus horários de atendimento individual e não possui dentro da agenda um horário destinado a momentos de articulação multidisciplinar, como avaliação, atendimentos e discussões de casos com a equipe.

Nós atendemos em média cinco usuários por turno, eu sou uma funcionária de 30 horas, então fica em média 45-50 minutos por atendimento, né? (Fisioterapeuta 3, Abordagem conversacional, 11/08/2022).

Aqui tem profissionais que trabalham há anos nesse setor, e eles já seguem uma rotina na assistência, sabe? E muitas vezes eles não querem fazer nada diferente (Fisioterapeuta 6, Diário de campo, 11/08/2022).

Por meio do relato e da observação, inferiu-se que há um modelo de prestação da assistência enraizado por alguns fisioterapeutas, o que pode implicar em obstáculo para alcançar o modelo biopsicossocial na oferta da assistência. Para minimizar isso, é fundamental que os profissionais e as práticas no trabalho estejam alinhados com o modelo biopsicossocial, para que se produzam melhores desfechos e para que a pessoa com deficiência esteja de fato no centro da produção do cuidado, e não os aspectos periféricos, como a maneira particular que cada fisioterapeuta quer gerir seu trabalho em detrimento da necessidade do usuário e da força da produtividade no mundo contemporâneo, que impõe sua esteira de produção ao trabalho vivo.¹⁸

Em contraste, há também profissionais que se dispõem a tornar possível as mudanças. Esses se fazem presentes em formações de educação permanente e buscam aderir a novas rotinas na realização do trabalho quando sugeridas e inseridas pela gestão. Uma estratégia possível para facilitar os encontros multiprofissionais na avaliação ampliada no CER seria o uso da CIF como sistema indutor e de avaliação no plano terapêutico, não só do fisioterapeuta, mas também da equipe interprofissional. Sendo assim, inserir a CIF no planejamento terapêutico, como forma de avaliações periódicas para acompanhar a evolução do quadro clínico e contexto do indivíduo e como uma estratégia também de reavaliação, permitiria aos profissionais uma produção de dados universais e padronizados sobre os fatores

relacionados a todo o contexto de saúde do indivíduo, e facilitaria e ampliaria o acesso de diferentes profissionais e intervenções necessárias para cada caso.^{19,20}

Estratégias de educação em saúde devem ser consideradas junto com outras medidas de reestruturação do cotidiano das práticas. Destaca-se a organização de grupos de trabalho para experimentar e avaliar novas abordagens, fluxos e procedimentos e, no futuro, ampliar esses investimentos para os demais trabalhadores, incorporando aquilo que se mostrou útil e ajustado aos princípios que regem a prestação de cuidado no CER.²¹

Com o aprofundamento e observação da rotina dos profissionais, nota-se também a lacuna no quesito reavaliação, sendo um tema que não emergiu nas conversas entre os profissionais, não sendo percebidas ações ou instrumentos de reavaliação durante a rotina, tendo sido necessário abordar o tema com um profissional.

Aqui no setor não temos o costume de reavaliar os pacientes, só se for necessário para receber alta ou para outro motivo, mas não é de rotina (Fisioterapeuta 8, Abordagem conversacional, 24/11/2022).

Com o relato do profissional, pode-se constatar que a reavaliação dos usuários não é realizada com frequência pelos fisioterapeutas no setor. Ao refletir sobre o tema, surge o questionamento: quais questões da organização do trabalho no serviço justificam a ausência dessa prática na rotina dos fisioterapeutas?

Observou-se, também, que há uma ausência de sistematização de práticas e protocolos clínicos que mantenham a padronização das atividades dos fisioterapeutas, como manter hábitos de reavaliação como rotina no setor. Essa fragilidade pode refletir na assistência prestada aos usuários, pois sistematizar as atividades em um centro de saúde permite o alinhamento das práticas realizadas pelos profissionais, e inserir protocolos de direcionamento favorece a implantação de ações de cunho educacional, promocional e preventivo. Tudo isso está em conformidade com o trabalho prescrito e normatizado no instrutivo que serve de guia para os profissionais.^{22,23}

Projeto terapêutico singular

Na tentativa de compreender a importância da interação da equipe para uma melhor assistência e eficácia na organização do serviço, observou-se e ampliou-se o olhar para ocasiões e situações que favorecessem a troca

de conhecimento e cooperação de toda equipe. Percebeu-se que alguns profissionais discutiam casos entre si, compartilhavam informações sobre o cuidado e tratamento de determinado usuário e trocavam conhecimento sobre diferentes temas. Sendo assim, foi possível considerar a relevância da situação e como a troca de saberes favorece e beneficia o usuário no processo de cuidado em saúde e na estratégia terapêutica adotada pelo profissional.

Diante do exposto, é possível refletir sobre a importância do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para a organização do trabalho no serviço, visto que é uma fragilidade presente neste setor, pois não é sistematicamente feito, podendo prejudicar a resolutividade de demandas e a qualidade da assistência prestada. Neste contexto, é possível refletir: quais barreiras ocorrem na organização do trabalho que limitam o alinhamento dos fisioterapeutas com outros profissionais para produzir o PTS?

Nunca tivemos projeto terapêutico singular aqui, muitos anos atrás tínhamos discussão de casos clínicos, mas, nunca foi uma discussão pra coisa funcionar do jeito que era pra ser, sabe, pra gente discutir, terminava que as reuniões de PTS eram só informes e os casos clínicos iam ficando pra depois, então há muitos anos teve uma época de casos clínicos, mas projeto terapêutico singular não (Fisioterapeuta 3, Entrevista, 2022).

Diante do relato acima, constata-se que não realizar o PTS é uma fragilidade do serviço e que esta lacuna na organização do trabalho distancia as práticas de trabalho dos profissionais no CER com o trabalho prescrito pelo IR. É importante destacar que o PTS é um instrumento de grande relevância para o cuidado da pessoa com deficiência que auxilia ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove autonomia e protagonismo dos sujeitos e contribui com a percepção de corresponsabilidade dos usuários.²⁴

Uma das barreiras analisadas foi a ausência de discussão entre a gestão e os profissionais sobre a viabilidade da adoção do PTS na organização do trabalho. Como relatado, percebe-se que a atuação dos fisioterapeutas era fortemente fundamentada na reabilitação e dentro dos seus espaços particulares de atendimento. Advoga-se, portanto, que é necessária uma indução vinda inicialmente dos gestores para coordenar, implantar e discutir ações que favoreçam

a abordagem dessas estratégias dentro do setor, fortalecendo a qualificação do cuidado prestado aos usuários e a integração da equipe.

Reivindica-se que é necessário que o CER enfrente o desafio de adotar o PTS como prática e, com ele, as mudanças na organização e no processo de trabalho pré-existentes, a fim de moldar rotinas para melhorar a assistência e o cuidado em saúde para os usuários.²⁵ Sendo assim, é importante mencionar que a elaboração do PTS é uma proposta de trabalho para os profissionais que compõem o CER e sua produção deve ser realizada pela equipe multiprofissional do serviço, pelo indivíduo com deficiência e pelos cuidadores/familiares, permitindo o protagonismo no cuidado em saúde.²⁶

Diante do exposto, é possível refletir que introduzir o PTS na organização do trabalho dos fisioterapeutas do CER pode trazer impactos em suas práticas de trabalho, favorecendo sua forma de assistência e de cuidado em saúde. O PTS possibilita a troca de saberes entre os fisioterapeutas do setor, equipe multiprofissional e usuários, favorecendo, assim, uma assistência focada na integralidade do sujeito, proporcionando estreitamento do vínculo entre usuários, familiares e profissionais e racionalizando o trabalho da equipe.²⁷

Conclusão

Ao analisar a prática de recepção e acolhimento do usuário no CER, constatou-se que não há um envolvimento sistemático do fisioterapeuta nesses processos e que a demanda de atendimentos e a falta de flexibilidade nas agendas podem dificultar o envolvimento nessas práticas. Observou-se, contudo, que durante os atendimentos dos usuários os fisioterapeutas exercem em alguma medida ações que se aproximam do conceito mais amplo de acolhimento, que podem ser potencializadas enquanto não há indução de espaços de acolhimento de caráter multidisciplinar no CER.

As avaliações dos usuários no CER são orientadas por fichas próprias de cada setor, e na fisioterapia não é diferente. Percebe-se que adotar uma ficha de avaliação que não produz informações capazes de dialogar com os demais profissionais cria entraves para que a abordagem biopsicossocial seja implementada. Neste sentido, propõe-se o uso da CIF para produzir instrumentos de avaliação que possam dialogar entre si e advoga-se que a gestão tem papel fundamental nesse processo,

incentivando a discussão e a educação permanente sobre esse tema, bem como estabelecendo grupos de trabalho para sua implantação.

No que tange ao PTS, percebe-se que ainda não é realidade dentro do CER, mesmo reconhecido como um importante dispositivo de comunicação entre os membros da equipe assistencial e usuários, e como ferramenta para organizar o processo de trabalho com vistas à resolatividade e acompanhamento longitudinal dos casos. Para isso, é preciso enfrentar o desafio da cultura de reabilitação centrada na conduta de cada profissional e na sua produção de cuidado isolada e orientada por metas do capitalismo moderno de produtividade em detrimento da centralidade nas demandas do usuário.

Contribuição dos autores

NFS elaborou o projeto de pesquisa e, junto a JEFPJ e RFN, trabalhou na escrita do projeto de pesquisa e na proposta metodológica e realizou a produção e análise dos dados. GEGB e DTG participaram da elaboração metodológica e, junto a NFS, GNV e RFN, da correção e escrita do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Ribeiro KSQS, Medeiros AA, Silva SLA. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. Porto Alegre: Editora Rede Unidade; 2022. [DOI](#)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. 2020 [acesso 3 jan 2021]. Disponível em: <https://tinyurl.com/bdd4kbtu>
3. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman; 2014.
4. Freitas WRS, Jabbour CJC. Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. Estudo Debate. 2011;18(2):7-22. [Link](#)
5. Laplantine F. A descrição etnográfica. São Paulo: Terceira Imagem; 2004.
6. Andrade AGM. Atenção primária à saúde: tecendo a rede de cuidado do usuário- trabalhador no território [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019. [Link](#)
7. Angrosino MV. Etnografia e observação participante. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Creswell JW. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso; 2014.
9. Trindade CS. A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família [monografia de especialização]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. [Link](#)
10. Moraes RCF, Corvino MPF, Moraes AS. Importância da ESF em termos de saúde pública e o acolhimento humanizado: relato de experiência. Rev Pró-UniverSUS. 2023;14(2):59-66. [DOI](#)
11. Ferreira GM. Acolhimento: um processo em construção [monografia de especialização]. Corinto: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. [Link](#)
12. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Saude Debate. 2015;39(105):514-24. [DOI](#)
13. World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD; 2012. [Link](#)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010. [Link](#)
15. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev Bras Saude Matern Infant. 2005;5(4):493-503. [DOI](#)
16. Almeida PJR, Caldeira FID, Gomes C. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. Rev Bras Educ Fis Saude Des. 2022;3(2):e-017. [DOI](#)
17. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2017;70(3):529-36. [DOI](#)

-
18. Cetnarovski FG. A influência do ambiente físico empresarial sobre a produtividade [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2013. [Link](#)
19. Ferreira JB, Vianna NG, Lima MCMP. Aplicação clínica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em crianças e adolescentes de um serviço público de reabilitação auditiva. *Rev CEFAC*. 2022;24(2):e5621. [DOI](#)
20. Dantas DS, Correa AP, Buchalla CM, Castro SS, Castaneda L. Biopsychosocial model in health care: reflections in the production of functioning and disability data. *Fisioter Mov*. 2020;33:e003321. [DOI](#)
21. Habowski AC, Conte E, Trevisan AL. Por uma cultura reconstitutiva dos sentidos das tecnologias na educação. *Educ Soc*. 2019;40:e0218349. [DOI](#)
22. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009. [Link](#)
23. Degasperi A, Lohmann PM, Costa AEK, Lavall E. The use of protocols in emergency and emergency units: an integrative review. *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e64691110140. [DOI](#)
24. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Vol. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [Link](#)
25. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trab Educ Saude*. 2018;16(3):1135-56. [DOI](#)
26. Silva BC, Souza NGM. Projeto terapêutico singular (PTS): estratégia norteadora do cuidado em saúde da pessoa com deficiência. Anais do 1º Encontro de Saúde Mental CEJAM; 22 ago 2023; São Paulo: CEJAM; 2023. [Link](#)
27. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Righi LB. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. *Rev Cont Saude*. 2011;11(20):425-34. [Link](#)