

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

DANIELA SIMONI ESPÍNDOLA

**A TRAJETÓRIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO EM
FLORIANÓPOLIS/SC (1973-1991)**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

DANIELA SIMONI ESPÍNDOLA

**A TRAJETÓRIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO EM
FLORIANÓPOLIS/SC (1973-1991)**

Tese apresentada à banca examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: História da Educação e do Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

FLORIANÓPOLIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Espindola, Daniela Simoni

A trajetória da equipe multidisciplinar do Centro
Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/SC (1973-1991)
/ Daniela Simoni Espindola ; orientadora, Dra. Maria
Itayra Padilha - Florianópolis, SC, 2015.
175 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Reabilitação. 3. História. 4. Equipe
multidisciplinar. 5. Pessoas com deficiência. I. Padilha,
Dra. Maria Itayra . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Titulo.

DANIELA SIMONI ESPÍNDOLA

A trajetória da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/sc (1973-1991)

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 02/07/2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

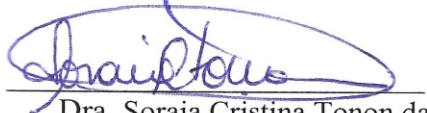


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



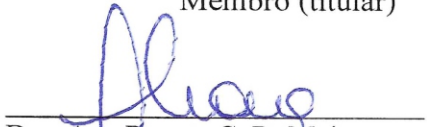
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Presidente



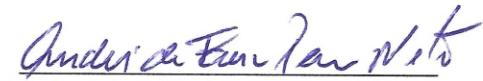
Dra. Soraia Cristina Tonon da Luz
Membro (titular)



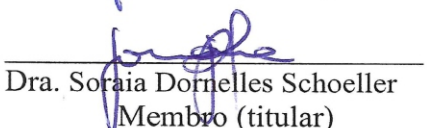
Dra. Patrícia Vieira Martins
Membro (titular)



Dra. Ana Rosete C. R. Maia
Membro (titular)



Dr. André de Faria Pereira Neto
Membro (titular)



Dra. Soraia Dornelles Schoeller
Membro (titular)

Dedico este trabalho em homenagem à minha querida e eterna
Vó Oflia (*In Memoriam*) que sempre esteve ao meu lado, me
incentivando com todo o seu amor, carinho e alegria na busca
de meus sonhos. Hoje és um anjo que continua iluminando
meus caminhos. Te Amo!

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Terezinha, a quem admiro desde criança e me espelho para ser quem eu sou... Minha maior incentivadora, que com todo seu amor me impulsionou para a conquista de mais este desafio... Agradeço a Deus por existires e nos dar a possibilidade de compartilharmos juntas momentos marcantes como este...

Ao meu Amor, Eduardo, por fazer parte da minha vida de um modo muito singular e especial. Agradeço pela paciência e por compreender os meus vários momentos de ausência nesse período. Te Amo!

Aos meus familiares, especialmente meu irmão Fernando, minha avó Otília, meu Tio Nilton, Tia Maria. Agradeço por fazerem parte da minha vida!

À minha querida amiga Daysi, minha confidente nos momentos de dificuldade, mas com quem também compartilhei muitas das alegrias colhidas ao longo de minha jornada. Esta pessoa maravilhosa, com quem sempre pude contar, esteve no cargo de Chefia do Serviço de Fisioterapia do Hospital Regional de São José/SC no período em que cursei o Doutorado e me proporcionou flexibilidade nos dias e horários em que eu mais precisei me dedicar aos estudos. O meu eterno agradecimento pela compreensão da importância deste momento para mim.

Aos meus queridos companheiros do Hospital Regional: Katiúscia, Alini, Pamela, Giseli, Moisés, Osmarina, Sônia, obrigada pela convivência amigável que tornou mais leve o cotidiano da vida profissional dentro das unidades de UTI e Emergência Hospitalar. Este clima gostoso de trabalho colaborou para que eu pudesse chegar em casa e ainda ter forças para estudar, mesmo depois de ter encarado um plantão de 12 horas...

Aos meus amigos que sempre mandam energia positiva onde quer que estejam: a amada Jú Bonetti (que além de muito verdadeira sempre foi uma ótima conselheira...), a Ana Rosete que sempre me acalentou com suas doces palavras de incentivo e otimismo e o meu adorável e querido Jaime (que agora está longe, lá na Costa Rica, mas que continua me apoiando com o seu carisma e entusiasmo – do mesmo

modo de quando estávamos convivendo no dia a dia do grupo de pesquisa).

Ao Grupo de História e Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES), que me acolheu desde 2009 e no qual aprendi junto às professoras e aos colegas a valorizar e a me apaixonar pela pesquisa qualitativa em história. Em especial, agradeço à professora Miriam Borenstein, que me inseriu neste contexto e me fez enxergar a importância de compreender as raízes de minha profissão.

A todos os professores que aceitaram fazer parte desta banca: André Pereira Neto, Soraia Cristina Tonon, Ana Rosete Maia, Patrícia Vieira Martins, Soraia Dornelles, Flávia Ramos e Eliani Costa. Agradeço por aceitarem o convite... vocês são muitos especiais para mim.

À minha querida orientadora, professora Itayra, que me guiou com maestria durante todas as etapas desta tese, se fez presente durante todo o processo e tenho certeza de que conseguimos trilhar um belo caminho juntas. Muito obrigada pela confiança depositada em mim!

À professora Marta Prado, que possibilitou a minha participação como bolsista CAPES Pró-Ensino na Saúde no primeiro semestre de 2012. Foi uma experiência única e que me motiva ainda mais a dar continuidade à carreira docente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina por oportunizar uma capacitação de excelência, não somente para enfermeiros, mas também para fisioterapeutas e para tantos outros profissionais em seu programa.

Ao PRONEX/CAPES, pois esta tese foi fruto do macroprojeto: “O Cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina – realidades e desafios”.

E, finalmente, aos meus queridos entrevistados que compartilharam suas vivências profissionais com muita emoção e paixão em suas falas. Agradeço imensamente pela participação, pois o trabalho de vocês junto às pessoas com deficiência foi a grande inspiração desta tese.

ESPINDOLA, Daniela Simoni. **A trajetória da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/SC (1973-1991)**. 2015. 175p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Itayra Padilha

Linha de Pesquisa: História da Educação e do Trabalho em Saúde e Enfermagem

RESUMO

A cidade de Florianópolis foi sede da primeira instituição pública de referência na área da atenção à saúde da pessoa com deficiência no estado: o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR). Contudo, os registros acerca da história da instituição e seus profissionais são escassos. Esses fatores motivaram a realização desta pesquisa qualitativa com abordagem socio-histórica, que objetivou compreender a trajetória da equipe multidisciplinar entre os anos de 1973 e 1991. Participaram do estudo 13 profissionais que atuaram no CCR nesse período. A análise dos dados se realizou sob o olhar do referencial teórico de Eliot Freidson, empregando a análise temática de conteúdo para categorização dos dados. A partir desta análise, foram construídos três manuscritos que permearam os objetivos específicos da pesquisa. O primeiro manuscrito, intitulado *A história da interdisciplinaridade na reabilitação de pessoas com deficiência física do Centro Catarinense de Reabilitação – Florianópolis/SC, Brasil (1973-1991)*, teve por objetivo analisar a historicidade no campo de conhecimento referente à saúde da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. Os resultados destacaram que a busca do conhecimento científico na área por meio de literatura científica aplicada, cursos de formação e especializações voltadas à reabilitação das pessoas com deficiência física influenciaram no desenvolvimento da interdisciplinaridade. O segundo manuscrito, intitulado *A participação da família na reabilitação das pessoas com deficiência física em Florianópolis/SC (1973-1991)*, teve por objetivo analisar a participação da família no processo de reabilitação da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. Os resultados apontaram que os profissionais da instituição consideravam a participação ativa e efetiva

da família, importante na reabilitação e readaptação da pessoa com deficiência frente aos novos desafios da vida cotidiana. A dedicação e comprometimento dos profissionais na inclusão das famílias na reabilitação exerceram um papel transformador na vida da pessoa com deficiência, contribuindo no retorno à independência funcional. O terceiro manuscrito intitula-se, *A trajetória da equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação – Florianópolis/SC, Brasil (1973-1991)*, teve por objetivo analisar a trajetória assistencial do Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. Destaca-se como resultado o desenvolvimento de novas estratégias em reabilitação para adultos e crianças com deficiência física, além da introdução do trabalho pedagógico em nível pré-escolar. Conclui-se que a trajetória da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis/SC (1973-1991) foi marcada por grandes desafios e por muitas conquistas. Dentre estas destacam-se o avanço no conhecimento científico na área da reabilitação das pessoas com deficiência física, que possibilitou a atualização de conhecimentos, melhora na qualidade do atendimento e o desenvolvimento de estratégias interdisciplinares inovadoras em reabilitação para a época. Além disso, a aproximação da família junto ao profissional no processo de reabilitação foi fundamental para que a pessoa com deficiência continuasse com um suporte adequado em seu domicílio. Também podemos concluir que a trajetória dos profissionais do CCR foi marcada por uma dedicação, comprometimento e amor incondicional à reabilitação das pessoas com deficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação. História. Equipe multidisciplinar. Pessoas com deficiência. Família.

RESUMEN

La ciudad de Florianópolis fue sede de la primera institución pública de referencia en el estado, en el área de atención a la salud de la persona con discapacidad: el Centro Catarinense de Rehabilitación (CCR). Con todo, los registros acerca de la historia de la institución, sus profesionales son escasos. Estos factores motivaron la realización de esta investigación cualitativa con un enfoque socio-histórico, que tiene como objetivo comprender la trayectoria del equipo multidisciplinario entre los años 1973 y 1991. Participaron del estudio 13 profesionales que actuaron en el CCR en este período. El análisis de los datos se realizó bajo la mirada del referencial teórico de Eliot Freidson, empleando el análisis temático de contenido para la categorización de los datos. A partir de este análisis, fueron construidos tres manuscritos que cruzan los objetivos específicos de la investigación. El primer manuscrito, intitulado *La historia de la interdisciplinariedad en la rehabilitación de personas con discapacidad física del Centro Catarinense de Rehabilitación – Florianópolis/SC, Brasil (1973-1991)*, tuvo por objetivo analizar la historicidad en el campo del conocimiento referente a la salud de la persona con discapacidad en el Centro Catarinense de Rehabilitación de Florianópolis en el período comprendido entre 1973 y 1991. Los resultados destacaron que la búsqueda del conocimiento científico en el área por medio de literatura científica aplicada, cursos de formación y especializaciones dirigidas a la rehabilitación de las personas con discapacidad física influenciaron el desarrollo de la interdisciplinariedad. El segundo manuscrito, intitulado *La participación de la familia en la rehabilitación de las personas con discapacidad física en Florianópolis/SC (1973-1991)*, tuvo como objetivo analizar la participación de la familia en el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad en el Centro Catarinense de Rehabilitación de Florianópolis en el período de 1973 a 1991. Los resultados indicaron que los profesionales de la institución consideraban la participación activa y efectiva de la familia, importante en la rehabilitación y readaptación de la persona con discapacidad frente a los nuevos desafíos de la vida cotidiana. La dedicación y comprometimiento de los profesionales en la inclusión de las familias en la rehabilitación ejercieron un papel transformador en la vida de la persona con discapacidad, contribuyendo en el retorno a la independencia funcional. El tercer manuscrito se titula, *La trayectoria del equipo multiprofesional del Centro Catarinense de Rehabilitación – Florianópolis/SC, Brasil (1973-1991)*, tuvo como objetivo analizar la trayectoria asistencial del

Centro Catarinense de Rehabilitación de Florianópolis en el período 1973 a 1991. Se destaca como resultado el desarrollo de nuevas estrategias en rehabilitación para adultos y niños con deficiencia física, además de la introducción del trabajo pedagógico en nivel preescolar. Se concluye que la trayectoria del equipo multidisciplinario del Centro Catarinense de Rehabilitación en Florianópolis/SC (1973-1991) fue marcada por grandes desafíos y por muchas conquistas. Entre estas se destacan el avance en el conocimiento científico en el área de la rehabilitación de las personas con deficiencia física, que permitió, la actualización de conocimientos, mejora en la calidad del atendimento y el desarrollo de estrategias interdisciplinarias innovadoras en rehabilitación, para la época. Además de eso, la aproximación de la familia junto al profesional en el proceso de rehabilitación fue fundamental para que la persona con deficiencia continuase con un soporte adecuado en su domicilio. También podemos concluir que la trayectoria de los profesionales del CCR fue marcada por una dedicación, comprometimiento y amor incondicional a la rehabilitación de las personas con deficiencia.

PALAVRAS CLAVE: Rehabilitación. Historia. Equipo multidisciplinario. Personas con deficiencia. Familia.

ABSTRACT

The city of Florianópolis hosted the first public institution of reference in the area of health care to the disabled person in the state: the “Santa Catarina Rehabilitation Center” (CCR). However, the records about the history of the institution and your professions are scarce. These factors motivated this qualitative research with socio-historical approach, which aimed to understand the trajectory of the multidisciplinary team between the years 1973 to 1991. Study participants were 13 professionals who worked in the CCR in this period. Data analysis was conducted from the perspective of the theoretical framework of Eliot Freidson, using the thematic content analysis for categorizing data. From this analysis, were constructed three manuscripts that permeate the specific objectives of this research. The first manuscript entitled “*The history of interdisciplinarity in the rehabilitation of people with physical disabilities from Santa Catarina Rehabilitation Center - Florianópolis / SC, Brazil (1973-1991)*”, aimed to analyze the historicity in the field of knowledge regarding the health of people with disabilities at Florianópolis Santa Catarina Rehabilitation Center in in the 1973-1991 period. The results highlighted that the pursuit of scientific knowledge in the area through applied scientific literature, training courses and specializations aimed at rehabilitation of people with physical disabilities have influenced the development of interdisciplinarity. The second manuscript, entitled “*Family participation in the rehabilitation of people with physical disabilities in Florianópolis / SC (1973-1991)*”, aimed to analyze the family participation in the person's rehabilitation process with disabilities in Florianópolis Santa Catarina rehabilitation Center in the 1973-1991 period. The results show that the professionals of the institution considered the active and effective participation of the family, important in the rehabilitation and readaptation of people with disabilities face the new challenges of everyday life. The dedication and commitment of the professionals on the inclusion of families in rehabilitation practise a transformative role in the lives of people with disabilities, contributing in return to functional independence. The third manuscript entitled, “*The trajectory of the multidisciplinary team of the Santa Catarina Rehabilitation Center - Florianópolis / SC, Brazil (1973-1991)*”, aimed to analyze the assistance trajectory of Florianópolis Santa Catarina Rehabilitation Center in the 1973 to 1991 period. It stands out as a result the development of new strategies in rehabilitation for adults and children with physical disabilities, and the

introduction of pedagogical work in pre-school level. We conclude that the trajectory of the multidisciplinary team of the Santa Catarina Rehabilitation Center in Florianópolis / SC (1973-1991) was marked by great challenges and many accomplishments. Among these we highlight the advances in scientific knowledge in the field of rehabilitation of people with physical disabilities, which enabled the updating of knowledge, improved quality of care and the development of innovative interdisciplinary strategies in rehabilitation for the time. Moreover, the approach of the family with the professional in the rehabilitation process was essential for the disabled person to continue with adequate support in their homes. We can also conclude that the trajectory of CCR professionals was marked by a dedication, commitment and unconditional love for the rehabilitation of disabled people.

KEYWORDS: Rehabilitation. History. Multidisciplinary team. People with disabilities. Family.

LISTA DE SIGLAS

ASCR	Associação Santa Catarina de Reabilitação
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde
CIF – CJ	Classificação Internacional de Funcionalidade para Crianças e Jovens
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPDOC/FGV	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas
CRPs	Centros de Reabilitação Profissional
CRS	Reabilitação Comunitária da Austrália
DSP	Departamento de Saúde Pública
EFA	Educação Física Adaptada
EUA	Estados Unidos da América
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
FHSC	Fundação Hospitalar de Santa Catarina
GEHCES	Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LM	Lesão Medular
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NRPs	Núcleos de Reabilitação Profissional do INPS
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRONEX	Programa de Apoio aos Núcleos de Excelência
SES-SC	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Trauma Crânio-Encefálico

TCLE
UFSC
VAH

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital de Administração de Veteranos

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	21
1.1 OBJETIVOS	27
1.2 JUSTIFICATIVA.....	28
2 CONTEXTUALIZANDO A LITERATURA.....	29
2.1 A FORMAÇÃO ACADÊMICA NA ATENÇÃO À SAUDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA	29
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	33
2.3 A DINÂMICA FAMILIAR NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	37
3 APRESENTAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO - FILOSÓFICO.....	41
3.1 CONHECIMENTO CIENTÍFICO.....	41
3.2 AUTONOMIA PROFISSIONAL	43
3.3 ATIVIDADE POLÍTICA.....	45
3.4 CREDENCIALISMO E PROFISSIONALISMO: A ESPECIALIDADE.....	46
4 METODOLOGIA.....	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	49
4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO.....	49
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	50
4.4 COLETA DE DADOS	51
4.4.1 Fontes Oraís	52
4.4.2 Fontes Documentais	53
4.5 REGISTRO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	53
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5 RESULTADOS.....	56
5.1 ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	58
5.2 A HISTÓRIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO – FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL (1973-1991).....	74

5.3 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM FLORIANÓPOLIS-SC (1973-1991).....	96
5.4 A TRAJETORIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO – FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL (1973-1991)	117
REFERÊNCIAS.....	144
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (1973-1991).....	159
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161
APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA.....	162
APÊNDICE D – TABELA ANÁLISE DE ARTIGOS REVISÃO INTEGRATIVA.....	163
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	173

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O desejo de aprofundar meus estudos na área de reabilitação física existe desde o momento em que optei pela fisioterapia como formação profissional. Durante o curso de graduação, especialmente nos primeiros anos do curso, aprendi muito sobre os conhecimentos teóricos que envolvem o processo de reabilitação física e, nos anos seguintes, pude vivenciar essa situação no ensino teórico-prático, por meio da realização de estágios obrigatórios e extracurriculares, prestando atendimento às pessoas com deficiência física nas diversas fases da vida, a infância, a adolescência, a adulta e idosa.

Para compreender a trajetória da atenção à saúde da pessoa com deficiência física em Santa Catarina é necessário conhecer a história da Reabilitação Física. Reabilitação é, antes de qualquer conceito tradicional, um processo educativo e assistencial, multiprofissional e interdisciplinar, que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes das pessoas, prevenção do agravamento de incapacidades e do aparecimento de complicações. Envolvidos neste processo estão as pessoas com deficiência física, o familiar/cuidador e os profissionais especialistas em reabilitação (SOUZA; FARO, 2011). Neste estudo pretendo, a partir do discurso dos profissionais de saúde do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), compreender o processo histórico da trajetória profissional da equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação, no período de 1973 a 1991.

Vivenciei intensamente desde o período universitário os preceitos da reabilitação. Compreendo que a reabilitação é um processo multidisciplinar e transdisciplinar, sendo que a atuação profissional de todos os envolvidos tem a finalidade de melhorar a qualidade de vida de pessoas que, em algum momento, adquiriram desvantagens funcionais e, por este motivo, buscam profissionais em reabilitação para contribuir no processo de desenvolvimento das capacidades remanescentes, com vistas ao retorno às atividades cotidianas e laborais de maneira adaptada.

A reabilitação em uma compreensão abrangente, estrutura-se sobre um conhecimento fundamental das dimensões biológica, psicológica e social, bem como dos determinantes da funcionalidade humana e incapacidade (STUCKI et al., 2008)

Os primeiros três anos de minha atuação profissional como fisioterapeuta foram dedicados exclusivamente às pessoas com deficiência física, na área de reabilitação de pessoas com amputação de

membros superiores e inferiores. Nos anos seguintes e até a atualidade, permaneci trabalhando com as diversas facetas que envolvem a reabilitação de pessoas com deficiência física, porém, passei a atuar principalmente em ambiente hospitalar e domiciliar.

Essa experiência profissional e pessoal foi fundamental para compreender e refletir sobre a complexidade do processo de reabilitação, desde o momento em que ocorre o trauma físico, à percepção da pessoa frente aos novos acontecimentos, a longa fase de readaptação dos familiares à nova situação de seu ente querido, além do convívio intenso com profissionais em reabilitação, até culminar no momento em que a pessoa com deficiência física se reconhece como alguém capaz de experimentar o mundo com um novo olhar – quando esta situação realmente acontece.

A independência na realização das atividades de vida diária é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares (ANDRADE et al., 2010).

Paralelamente às minhas atividades profissionais iniciei, em 2009, uma nova fase acadêmica em minha vida: o ingresso no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nesse momento, passei a integrar o Grupo de Estudos da História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Durante os encontros do grupo, tive contato com professores, mestres, doutores e colegas que contribuíram para que eu me instrumentalizasse para entrar em contato com o “mundo” da pesquisa histórica: fontes orais e iconográficas, pesquisa documental e outros instrumentos que fornecem subsídios para a preservação da memória na área da saúde e, conseqüentemente, das profissões que se constituíram ao longo dos séculos nesta área. O entendimento e a compreensão sobre a profissão requerem necessariamente o estabelecimento de sua relação com os acontecimentos históricos que ocorreram ao longo do tempo em um dado contexto político e social (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Ao buscar o conhecimento de como se deu a inserção dos fisioterapeutas no mercado de trabalho em Santa Catarina, constatee lacunas nessa temática e então iniciei minha investigação científica sobre o assunto.

Durante o processo de construção de minha dissertação de mestrado, obtive o depoimento de alguns fisioterapeutas atuantes no

mercado de trabalho na capital catarinense na década de 1970, que forneceram informações importantes sobre a árdua conquista da autonomia profissional do fisioterapeuta, passando por resistências de algumas categorias profissionais. Em seus relatos, tal autonomia foi alcançada por meio do conhecimento científico obtido durante a formação acadêmica do fisioterapeuta, instigando mudanças no modo como o atendimento fisioterapêutico era prestado, tanto pelos auxiliares em reabilitação e técnicos em fisioterapia, e até mesmo pelos próprios fisioterapeutas, durante as décadas de 1970 e 1980¹.

A partir daí, surgiram algumas inquietações que me motivaram a iniciar esta pesquisa: Além do conhecimento científico, quais foram as estratégias utilizadas pelos fisioterapeutas pioneiros para conquistar o mercado de trabalho catarinense? Para compreender a inserção da fisioterapia em Florianópolis, utilizei o referencial teórico de Eliot Freidson, que destaca os aspectos fundamentais para a inserção e manutenção da profissão no mercado de trabalho, tais como: as características formais da profissão, o conhecimento científico e o desenvolvimento da autonomia profissional.

Este estudo busca contribuir para a produção de conhecimento sobre a história da fisioterapia no contexto regional e ainda para revelar a historiografia dos pioneiros em Florianópolis, valorizando seu papel ao longo do tempo, trazendo o perfil desses personagens e da fisioterapia como profissão na área da saúde (ESPÍNDOLA, 2011). Os resultados do estudo apresentaram as dificuldades, os desafios e as conquistas dos pioneiros da fisioterapia em Florianópolis, trazendo sua história e a importância de cada um deles no processo de construção e reconhecimento da profissão perante a comunidade científica e, principalmente, à população em geral. Trilhar o caminho em busca da compreensão dos fragmentos históricos da fisioterapia em Florianópolis constituiu-se em um grande desafio. Olhar o passado da profissão desde a sua concepção, perceber como ocorre a atuação dos fisioterapeutas no presente e refletir sobre os rumos da profissão foi uma conquista acadêmica e pessoal marcante em minha vida.

No ano seguinte à conclusão do curso de Mestrado, permaneci no GEHCES, estudando os aspectos históricos que permeiam a trajetória da área da saúde e também retornando à minha dissertação em diversos

¹ ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. **A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992)**. 2011. 82p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

momentos para organizar manuscritos com as informações coletadas nas entrevistas que não haviam sido totalmente exploradas. Refletindo sobre os dados coletados, percebi nos relatos dos profissionais que participaram deste estudo, especialmente daqueles que trabalharam no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) entre as décadas de 70 e 80, os desafios enfrentados no cotidiano para assistir a pessoa com deficiência física com um atendimento de qualidade. Recordei também que no período de estudo tive muitas dificuldades para encontrar informações sobre a história da instituição, que, por um longo período, foi chamada de Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR).

Algumas lacunas me inquietaram quando procurei conhecer a história dessa instituição, que se tornou referência estadual na área de reabilitação física, e passei a me questionar sobre os diferentes aspectos que permearam esta trajetória: Quem eram os profissionais que atuaram no CCR? Como ocorreu a inserção destes profissionais na área de reabilitação e, conseqüentemente, na instituição? Como era organizada a atenção à saúde da pessoa com deficiência física? Como eram as condições de trabalho? Que problemas enfrentavam no seu cotidiano profissional? Como eram as relações entre os profissionais de saúde?

Essas inquietações me levaram a participar da seleção para o curso de Doutorado em Enfermagem. A partir deste momento, busquei seguir um caminho ainda mais inexplorado, mas muito instigante, e assim iniciei a elaboração de um projeto de pesquisa com enfoque na trajetória da equipe de fisioterapia da instituição na atenção à saúde da pessoa com deficiência física.

A partir do ingresso no curso, aceitei o desafio de me apropriar da temática da Reabilitação não somente com o enfoque da fisioterapia, mas com a abrangência da equipe multidisciplinar voltada à atenção à saúde da pessoa com deficiência física. Tal oportunidade surgiu quando passei a integrar o Projeto de Pesquisa intitulado como “O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina – realidade e desafios”, que tem por objetivo geral analisar a situação de saúde e o cuidado ao deficiente físico em duas Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina – Grande Florianópolis e Itajaí. Esse projeto está vinculado à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e é financiado pelo Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX) (PADILHA, 2011).

Eliot Freidson é o autor que conduziu a perspectiva teórica que utilizei como base conceitual para desvelar a trajetória profissional da equipe multidisciplinar em reabilitação do CCR e a sua importância para o desenvolvimento da especialidade no contexto estadual.

Para construir a trajetória profissional da equipe multidisciplinar no que se refere à saúde da pessoa com deficiência física, utilizo como referencial metodológico a Nova História. Esta, diferentemente da história tradicional que conta somente as narrativas dos acontecimentos, preocupa-se com a análise das estruturas, apresentando a história das pessoas comuns e da cultura popular. A história é reconstruída não somente com registros baseados em documentos, mas também com as fontes orais. Estas fontes levam em consideração o ponto de vista de quem viveu os acontecimentos de uma determinada época (BURKE, 1991).

Para compreender como ocorreu o desenvolvimento das práticas assistenciais dos profissionais que reabilitam as pessoas com deficiência física no CCR, Freidson discorre sobre as características que permeiam o surgimento e continuidade de uma profissão, dando ênfase ao desenvolvimento científico, que permite à profissão ter acesso a um conhecimento exclusivo, adquirindo, por consequência, poder e *status* profissional. Outro destaque apontado pelo autor é o desenvolvimento da autonomia profissional. Esta conquista permite que os membros da profissão tenham controle sobre seu próprio trabalho, assegurando e possibilitando a conquista do mercado de trabalho (FREIDSON, 1998).

No contexto que abrange a Reabilitação Física, a capital catarinense foi sede da primeira instituição pública de referência nesta área no Estado, contribuindo para o desenvolvimento da atenção à saúde da pessoa com deficiência. No entanto, os registros acerca da história da instituição, seus profissionais e as relações de trabalho entre as distintas profissões existentes no local são escassos. Em decorrência de algumas destas questões, faz-se necessário investigar a história da instituição e das práticas assistenciais dos pioneiros na reabilitação física que atuaram no CCR.

Diante do exposto, o estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: *Como se deu a trajetória profissional da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação, no período de 1973 a 1991?*

A escolha do recorte histórico contemplou o período inicial de 1973, ano em que foi inaugurada a sede própria da Associação Santa Catarina de Reabilitação, já com muitos dos equipamentos necessários para que os profissionais pudessem iniciar suas atividades na área de reabilitação. O período final data do ano de 1991, quando o Centro Catarinense de Reabilitação passou por um momento de transição, de

mudanças estruturais importantes, por meio da reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC), que unificou o Departamento de Saúde Pública (DSP) e a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), sob comando único da SES-SC, passando a rede estadual a atuar com o objetivo de prestar assistência integral à saúde da população catarinense.

Entre os anos de 1973 e 1991, de acordo com a pesquisa documental realizada no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, e das consultas ao histórico do CCR (CD ROM comemorativos do cinquentenário da instituição), cedidos pelos entrevistados desta pesquisa, muitas mudanças ocorreram, as quais acredito que tenham contribuído com o desenvolvimento institucional e de seus envolvidos, dentre elas:

- A criação da Oficina Ortopédica, que passou a oferecer serviços de confecção de próteses, constituindo-se como uma nova área de conhecimento específico: a ortopedia técnica, inserida na área de reabilitação;

- A concepção de três novos setores: Reabilitação Cardíaca, Fonoaudiologia e Pedagogia, o que possibilitou a ampliação dos horizontes sobre a reabilitação, agregando novas áreas de conhecimento e, conseqüentemente, novos profissionais dentro desta especialidade.

- A estruturação do Convênio com a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE), oferecendo suporte técnico-educacional para o atendimento de crianças com necessidades especiais.

- Construção de infraestrutura para áreas específicas da reabilitação, para realização de atendimentos nos setores de Neurologia Infantil e Psicomotricidade (Neurologia Adulto) – apresentando o conhecimento científico cada vez mais avançado e especializado em reabilitação.

- A inclusão no ano de 1989 do atendimento às famílias das pessoas com deficiência no CCR, por meio da organização de Seminários de Integração e de Avaliação e ainda a formação dos grupos de apoio familiar.

- Inovações do CCR no ano de 1991, como o atendimento alternativo na área de informática educativa, além da criação do Centro de Estudos do CCR.

Assim, por meio do levantamento histórico, a tese que pretendi defender neste estudo foi de que **os profissionais do Centro Catarinense de reabilitação conquistaram seu reconhecimento pautados no domínio do conhecimento teórico-prático da atenção à**

saúde da pessoa com deficiência, na busca da autonomia da equipe multidisciplinar e na capacidade de organização política de seus profissionais.

1.1 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo geral:

Compreender a trajetória profissional da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação, no período de 1973 a 1991.

Os objetivos específicos são:

- Analisar os conhecimentos apreendidos e desenvolvidos pelos profissionais que atuaram no Centro Catarinense de Reabilitação, referentes à saúde da pessoa com deficiência, no período de 1973 a 1991.
- Conhecer como os profissionais do Centro Catarinense de Reabilitação adquiriram sua autonomia e puderam instituir novas práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência.
- Analisar de que modo se desenvolveu a interação da equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação com a família da pessoa com deficiência no processo de reabilitação.
- Analisar de que modo se desenvolveram as relações políticas do Centro Catarinense de Reabilitação com o governo estadual e demais instituições.

1.2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo fundamenta-se na necessidade de construção do conhecimento acerca do processo histórico da atenção à saúde da pessoa com deficiência física em Santa Catarina, especialmente no Centro Catarinense de Reabilitação. O estudo possibilitou a compreensão da trajetória profissional da equipe multidisciplinar no campo das práticas assistenciais em reabilitação e ainda o entendimento das relações estabelecidas entre os diversos membros da equipe de saúde da instituição, bem como a forma de organização política dos mesmos.

A pesquisa histórica propicia reflexões para além da prática assistencial, sendo assim, conhecer a História nos leva a refletir e questionar sobre o contexto atual da Reabilitação voltada para a assistência multidisciplinar e essencialmente holística ao indivíduo e sua família, como uma ciência da inclusão social que luta, por meio de tratamentos especializados e de estabelecimento de políticas de saúde e sociais, para incluir de fato e de direito todas as pessoas que apresentam deficiências e incapacidades (SOUZA; FARO, 2011).

Nessa perspectiva, o Estado de Santa Catarina contava até o ano de 2012 com o Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina. A partir de 2013, o Estado aderiu oficialmente ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (PVSL). Contudo, não existem dados concretos sobre o tipo de atendimento de saúde e reabilitação que os cidadãos recebem e necessitam.

Ainda, é possível justificar a necessidade de se ter realizado o estudo devido à falta de registros sobre a história do CCR, instituição que se tornou referência em SC na atenção à saúde da pessoa com deficiência física.

A realização de estudos históricos sobre Reabilitação proporciona aos pesquisadores da área uma base sólida para a compreensão não somente de suas raízes, mas também para lançar luz aos novos rumos da Reabilitação. Pretendi, com este estudo, contar uma parte da história da atenção à saúde da pessoa com deficiência em Santa Catarina, fortalecendo assim a linha de pesquisa em História em Enfermagem e Saúde e o GEHCES do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC.

2 CONTEXTUALIZANDO A LITERATURA

Este capítulo traz a abordagem da atenção à saúde da pessoa com deficiência a partir da formação acadêmica em reabilitação nas diversas profissões da área da saúde. Traz a estruturação das políticas públicas existentes na área e ainda, a relevância da integração da família junto à equipe multidisciplinar no processo de reabilitação da pessoa com deficiência.

2.1 A FORMAÇÃO ACADÊMICA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

A complexidade do viver humano e dos problemas que afetam a saúde das pessoas que buscam os serviços de saúde na realidade atual coloca aos profissionais da área importantes desafios na realização de seu trabalho. O reconhecimento da multidimensionalidade do ser humano e a necessidade de intervenções cada vez mais complexas no contexto do trabalho em saúde implicam em uma abordagem interdisciplinar, uma vez que um profissional isoladamente não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado humano (MATOS; PIRES, 2009).

Diversas profissões da área da saúde têm, em sua atuação profissional, práticas assistenciais que visam à melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência por meio da reabilitação, que é realizada sob diferentes perspectivas.

Em sua prática assistencial o terapeuta ocupacional se preocupa com a identificação das dificuldades apresentadas pelo paciente, quanto aos aspectos motores, cognitivos, sensoriais e psíquicos envolvidos na utilização de determinado artefato, incluindo todos os mecanismos de acessibilidade (MARINS; EMMEL, 2011). A **Terapia Ocupacional** visa aplicar seus recursos terapêuticos com o objetivo de atribuir competência para as realizações pessoais do paciente, proporcionando melhora no desempenho funcional de atividades cotidianas e laborais, além de contribuir para obterem melhores condições de participação social com qualidade de vida.

A conquista da independência e autonomia são aspectos fundamentais para que as pessoas consigam funcionalidade e bom

desempenho nos diferentes contextos de suas vidas. Compreendendo tais necessidades, a formação do terapeuta ocupacional prevê adaptações (consideradas tecnologias leves) nas atividades da vida diária, realizadas nos diferentes ambientes sociais. Essas considerações englobam desde aspectos psicoemocionais das práticas, até a graduação de atividades e condições de realização da tarefa (MARINS; EMMEL, 2011).

Por meio da inclusão social vislumbra-se a possibilidade de integração da pessoa com necessidades especiais nas práticas corporais e na **Educação Física**. No que se refere à Adaptação do Movimento Humano, a proposta da Educação Física Adaptada (EFA) é o desenvolvimento de programas para a prática de atividades como: dança, ginástica, esportes e jogos para as pessoas com deficiência (FERNANDES; VENDITTI JUNIOR, 2008).

Em 2011, uma revisão de literatura acerca da reabilitação de pessoas com deficiência por meio do desporto adaptado apontou que os benefícios desta prática são facilmente perceptíveis, como melhora no aspecto físico-motor, psicológico e social, contribuindo positivamente na qualidade de vida dessas pessoas. Porém, apesar desses avanços e benefícios, ainda existem muitos espaços a serem conquistados e, dentre estes, destaca-se a formação profissional para atuação com pessoas com deficiência, que ainda necessita de incremento na qualidade (CARDOSO, 2011). Corroborando com o autor, a formação universitária com ênfase na disciplina da EFA foi verificada em um estudo realizado por Fernandes e Veditti Junior (2008) por meio da análise da grade curricular de Instituições de Ensino Superior na cidade de Campinas/São Paulo. Os autores destacam a falta de um acordo sobre a identificação da EFA nas grades curriculares das Instituições de Ensino Superior. Em relação à carga horária desta disciplina, algumas instituições atribuíram carga horária de 40 horas, e a minoria atribuiu a carga horária em dois semestres (80 horas) às mesmas disciplinas (FERNANDES; VENDITTI JUNIOR, 2008).

A **Fisioterapia** é uma das profissões da área da saúde que legitimou a construção de sua identidade profissional permeada pelo objetivo de promover a reabilitação física – principalmente das pessoas com déficits motores e neurológicos, sendo ainda marcante este campo de atuação da profissão (ESPÍNDOLA, 2011).

As perspectivas atuais em reabilitação estão alicerçadas em avaliação e condutas baseadas na funcionalidade, possibilitando aos novos profissionais a atuação e a compreensão das condições biopsicossociais dos indivíduos com a finalidade de ampliar as possibilidades terapêuticas. A abordagem terapêutica baseada na

funcionalidade permite ao acadêmico realizar pesquisas e buscar novas condutas fisioterápicas, contribuindo na obtenção de informações sobre a estrutura em saúde pública, e auxiliando na promoção de instruções para o cliente sobre como adaptar o meio a seu favor e de acordo com o seu estilo de vida (SILVA; NEVES, RIBERTO, 2008).

Nesse contexto, é importante destacar o papel do fisioterapeuta na atenção primária, com uma atuação não somente individualizada às pessoas com doenças crônico-degenerativas ou sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Lesão Medular (LM). A atuação profissional neste nível de atenção à saúde deve ocorrer de modo interdisciplinar e em contato permanente com as redes sociais da pessoa com deficiência. Assim, o fisioterapeuta torna-se um membro ativo na elaboração de estratégias para atender às necessidades da comunidade em termos de prevenção de agravos à saúde e promoção da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida das pessoas envolvidas nesse contexto social (ESPÍNDOLA, 2011; RIBEIRO, 2009).

A assistência de **Enfermagem** na reabilitação tem como principais objetivos auxiliar o usuário a tornar-se o mais independente possível, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treinamento de situações específicas, preparar a pessoa com deficiência para uma vida social e familiar de qualidade (LEITE; FARO, 2005).

Em um estudo realizado em 2011 em Fortaleza/CE sobre a percepção de acadêmicos de enfermagem sobre a disciplina optativa: “Pessoa com deficiência física e sensorial: abordagem e tendências na enfermagem”, os autores atingiram a meta de sensibilizar o graduando para a compreensão das questões inerentes à pessoa com deficiência na sociedade e na saúde. Contudo, apontam que este tema não tem sido trabalhado durante a formação acadêmica no ensino superior (REBOUÇAS et al., 2011).

Uma proposta assertiva no ensino sobre as habilidades de atuação dos enfermeiros no cuidado às pessoas com deficiência, no curso de graduação em enfermagem, poderia fomentar a compreensão de que o processo de cuidado e interação com as pessoas com deficiência tem consequências diretas na eficácia do cuidado de enfermagem. Sendo assim, o ensino destas habilidades deveria ocorrer ao longo do curso de graduação e não se limitar à responsabilidade exclusiva de uma disciplina ou período (REBOUÇAS et al. 2011).

A **Medicina de Reabilitação** constitui-se como especialidade médica que presta cuidados às pessoas com deficiência, desenvolvendo o seu potencial funcional e promovendo a sua reintegração familiar, profissional e social. A especialidade constitui uma visão holística do

indivíduo, valorizando não apenas os aspectos físicos da sua condição, mas também os aspectos psicológicos e sociais que poderiam interferir na sua recuperação (FARIA, 2010).

O período de formação profissional é de extrema importância, pois introduz desde o início da vida acadêmica a ideia do trabalho interdisciplinar, considerando-se para isso a colaboração entre as diferentes áreas do conhecimento (MARINS; EMMEL, 2011).

As práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar aproximam-se das novas formas de organização do trabalho, constituindo-se em um caminho promissor para profissionais e usuários dos serviços de saúde (MATOS; PIRES, 2009). O apoio governamental às pesquisas que busquem o diagnóstico da situação atual dos serviços de reabilitação de modo regional é fundamental, bem como o incentivo para uma formação mais abrangente dos profissionais da área de saúde, que os habilitem a compreender o indivíduo em todas as suas necessidades (RIBEIRO et al., 2010).

Um estudo documental publicado em 2013, investigou a formação de **Psicólogos** para atuação junto a pessoas com deficiência baseada nos currículos dos cursos existentes no Brasil. Foram analisadas as matrizes curriculares e ementas das disciplinas dos cursos de graduação em psicologia de universidades federais e estaduais buscando a presença dos temas: deficiência, necessidade especial, inclusão social e excepcional de psicologia. A partir dos achados do estudo, os autores ressaltam a importância do reconhecimento da subjetividade do sujeito, de atitudes e valores positivos em relação às pessoas com deficiência nos alunos de psicologia, como indivíduos e profissionais (VELDEN; LEITE, 2013),

A **Pedagogia** assume um papel de suma importância, pois traz no contexto da educação inclusiva, conceitos arraigados de que a pessoa com deficiência física deve receber atenção e acompanhamento necessários ao pleno desenvolvimento de suas habilidades e capacidades. É uma proposta desafiadora que a escola abraça, lutando não somente pela igualdade de condições, mas promovendo ações que contemplem a diversidade e a diferença (OLIVEIRA, 2011).

A **Fonoaudiologia** é muito atuante na área de reabilitação em disfagia orofaríngea, ou seja, na reabilitação da deglutição, por meio de técnicas próprias como estimulação térmica, manobras de deglutição e exercícios miofuncionais. Outra grande área de atuação é a reabilitação de pacientes com distúrbios de comunicação (INAOKA, ALBUQUERQUE, 2014; NASCIMENTO, MUNIZ, COSTA, 2014).

O **Serviço Social** é uma profissão inserida na realidade social e integra as profissões que fazem parte da área de saúde. Historicamente, atua nas expressões da questão social e possui uma visão crítica sobre os fenômenos sociais, os determinantes sociais da saúde e o processo saúde/doença (SCHMALLER et al. 2012). Um estudo realizado em 2013 no Estado do Rio Grande do Norte traz a importância da Assistente Social na coordenação e gerenciamento de todo o processo burocrático do serviço de concessão de cadeira de rodas do SUS. Ou seja, tecnologia assistiva que auxilia a locomoção de pessoas com mobilidade reduzida (GALVÃO; BARROSO; GRUT, 2013).

Em um estudo qualitativo realizado em 2008, o papel do **Protesista/Ortesista** pode ser considerado como o de “esculpir os corpos”, pois suas mãos modelam a prótese que assumirá as características pessoais de cada paciente, tornando-se única e intransferível, cujo modelo depende tanto da disponibilidade econômica do usuário quanto dos seus desejos e intencionalidades (PAIVA; GOELLNER, 2008).

Em pessoas com deficiência física, o estado nutricional pode estar alterado por consequências metabólicas e da própria deficiência, além da predisposição para doenças crônicas não transmissíveis e associação com comorbidades. O conhecimento dessas alterações por parte do profissional de saúde é importante para melhorar a qualidade do atendimento em saúde desta população (ABREU; FRIEDMAN; FAYH, 2011). Nesse contexto, o **Nutricionista** desempenha um papel fundamental na readaptação das necessidades alimentares das pessoas com deficiência.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De acordo com dados epidemiológicos, 10% da população mundial, aproximadamente 650 milhões de pessoas, vivem com algum tipo de deficiência e cerca de 80% dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento, e 20% das pessoas em situação de vulnerabilidade social apresentam algum tipo de deficiência (ONU BRASIL, 2012). Nesse contexto, é fundamental conhecer as estratégias desenvolvidas ao longo do tempo para prestar assistência às pessoas com deficiência.

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a assistência às pessoas com deficiência, na saúde pública, limitava-se à área de prevenção de doenças infectocontagiosas. A

reabilitação ocorria somente em nível terciário da atenção à saúde, sob a responsabilidade de instituições filantrópicas e de associações beneficentes. As políticas públicas apenas articulavam o repasse de recursos para a filantropia e, assim, a assistência prestada às pessoas com deficiência era muito precária, com recursos insuficientes e com serviços concentrados em regiões de maior relevância econômica. Desse modo, apresentava-se como um modelo assistencial com baixa cobertura, pouca resolutividade e inadequação à realidade sociocultural da população (OTHERO; DALMASO, 2009).

A partir da Constituição Federal de 1988, importantes avanços aconteceram no que concerne à garantia de direitos, como o reconhecimento de se constituir dever do Estado a disponibilização de serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência (SOUZA; PIMENTEL, 2012). A partir desta perspectiva, considera-se que as necessidades estão para além da saúde: direitos, cidadania, educação, transporte e lazer. Assim, as ações intersetoriais, consideram as especificidades que a vivência da deficiência impõe, as necessidades gerais de qualquer cidadão em seu contexto sociocultural, bem como o sentido de cada uma das proposições dentro da história de vida de cada sujeito (OTHERO; AYRES, 2012).

O contexto de vida das pessoas com deficiência agrega variadas situações de arranjos rotineiros quanto à acessibilidade nas cidades, ao investimento precário e insuficiente na formação e qualificação das pessoas, levando à falta de inserção econômica com prejuízo da qualidade de vida e longevidade.

A reabilitação físico-motora é reconhecida como um importante componente no processo de aquisição de novas habilidades, além do cuidado social das pessoas com deficiência. Essa ênfase ocorre devido ao aumento significativo no número de pessoas com doenças crônico-degenerativas e àquelas sobreviventes de lesões neurológicas, como AVE (Acidente Vascular encefálico), LM (Lesão Medular) e TCE (Traumatismo Craneo Encefálico). Tal processo de reabilitação ocorre principalmente em unidades especializadas em reabilitação, as quais possuem uma equipe interdisciplinar atuando no atendimento global ao paciente (ANDRADE et al., 2010).

Para contribuir na melhoria dos mecanismos de compensação da deficiência, vem à tona um complexo processo de reabilitação e adaptação que o portador de deficiência física vivencia. Atualmente, a Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Física no país compreende, além da assistência específica à sua condição, assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência Física destaca que a busca da eficiência deve ser uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

Os avanços na consolidação das Políticas Públicas vêm se conformando de modo gradativo e marcante. Em 2011 a Portaria nº2672 instituiu o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência. Dentre as ações propostas pelo Comitê, constam o estabelecimento de padrões de qualidade dos serviços de reabilitação e o apoio aos processos de formação e qualificação dos profissionais da rede de reabilitação (BRASIL, 2011).

Em Santa Catarina a estruturação da atenção à saúde da pessoa com deficiência física iniciou a partir da publicação da Portaria GM/MS n.º 818, de 5 de junho de 2001, ela discorre sobre a necessidade de organizar a assistência à pessoa com deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados, com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Essa Portaria determinou que as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam organizar suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (BRASIL, 2001)

A Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC), em 2004, através da sua Diretoria de Ações de Saúde, estabeleceu diretrizes para organização dos Serviços de Reabilitação no Estado. Dentre os objetivos da SES-SC, destaca-se a organização da assistência à Saúde da Pessoa com Deficiência, na busca da reabilitação clínico-funcional, contribuindo para a sua integração social, ampliação de potencialidades laborais, e independência nas atividades da vida diária (SES-SC, 2004).

A última atualização do Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina foi realizada em 2008, em consonância com as normas federais, constituindo-se em uma possibilidade de ampliar o espectro das ações e áreas envolvidas, numa perspectiva de busca progressiva da integralidade e universalidade das ações de saúde para os cidadãos com deficiência (SANTA CATARINA, 2008).

No ano de 2013, o Estado de Santa Catarina aderiu oficialmente ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (PVSL). Este plano foi instituído pelo decreto 7.612/2011 e

ressalta o compromisso do Brasil com a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) para os Direitos das Pessoas com Deficiência, contando com a participação de 15 ministérios e da sociedade civil organizada para a promoção de políticas e execuções de projetos nos eixos: Educação, Saúde, Inclusão social e Acessibilidade (BRASIL, 2011; SNPD, 2013).

Cada ação presente nesses eixos é interdependente e articulada com as demais, construindo redes de serviços e políticas públicas capazes de assegurar um contexto de garantia de direitos para as pessoas com deficiência, considerando suas múltiplas necessidades nos diferentes momentos de suas vidas (BRASIL, 2011, SNPD, 2013).

No acesso à Educação, são promovidas ações para garantir às pessoas com deficiência o direito ao acesso à educação com igualdade de oportunidades. No eixo inclusão social, são desenvolvidas ações que têm como objetivo promover a participação social e combater a desigualdade, exclusão ou restrição que impedem o exercício de direitos, em igualdade de condições. No que se refere à acessibilidade, as ações envolvem a construção de casas adaptáveis no Programa Minha Casa, Minha Vida; implantação de centros de formação de instrutores de cães-guia, além da instituição do Programa Nacional de inovação. Já a atenção à saúde, agrega ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011; SNPD 2013).

Nesse contexto, o Centro Catarinense de Reabilitação, situado na capital, Florianópolis, é uma instituição pública pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e habilitado pelo Ministério da Saúde em Centro Especializado em Reabilitação Física e intelectual (CER II), desde o ano de 2013 (SES, 2015).

O processo de formação profissional reconstituído pelas transformações sociais implica em uma abordagem que esteja em consonância com a evolução do mundo, das fronteiras, da tecnologia, dos estilos de vida que atualmente requerem flexibilidade e criatividade dos profissionais. Essa necessidade de mudança decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e das exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento (SILVA et al., 2010).

Essa realidade exige das instituições formadoras a implementação de ações inovadoras buscando a reorientação do processo de formação, voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades, para o exercício de práticas e saberes capazes de atender aos princípios

propostos pela Reforma Sanitária e do SUS. Para além de um projeto pedagógico elaborado e um currículo desenhado, é necessário assegurar espaços para essa nova prática pedagógica, de políticas nacionais e locais de educação e saúde voltados para os interesses da população brasileira (SILVA et al., 2010).

2.3 A DINÂMICA FAMILIAR NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Todas as pessoas estão suscetíveis a intercorrências que podem alterar o processo natural de vida. Tais intercorrências podem se apresentar desde o nascimento ou ainda serem adquiridas, como sequelas de doenças, acidentes e outros, de cunho temporário ou permanente. Para a continuidade do processo de vida, são necessárias adequações que irão se estender para além dos aspectos que envolvem a reorganização de papéis pessoais e sociais (MARINS; EMMEL, 2011).

A readaptação do grupo familiar se faz necessária, assim como dos espaços físicos. De acordo com a necessidade ou fase da vida, determinados tipos de adaptações precisam ser feitas, tanto em termos de acessibilidade (adequação do espaço físico), como de objetos pessoais e utensílios domésticos, além de brinquedos e equipamentos que envolvem a utilização de baixa, média e alta tecnologia. A partir do ambiente domiciliar, são realizadas adaptações que se estendem para os ambientes sociais: escola, trabalho e lazer, considerando-se inclusive o planejamento e inovações tecnológicas para atender às necessidades presentes visando à funcionalidade das pessoas com deficiência (MARINS; EMMEL, 2011).

Nessa perspectiva, uma sociedade inclusiva é uma sociedade que sofre adaptações, as quais vão desde sua arquitetura até mudanças na estruturação de um programa de trabalho e a atuação do profissional, envolvendo métodos, adaptabilidades, estruturas e novas tecnologias para atender estes indivíduos (FERNANDES, VENDITTI JUNIOR, 2008).

Falar sobre inclusão é discorrer sobre o respeito ao indivíduo e às diferenças, e considerar estas diferenças e suas peculiaridades individuais. Dessa maneira, é possível aprender, compreender e lidar com a diversidade humana, pois o objetivo da inclusão é criar, ou adaptar situações, onde todos os envolvidos se ajudam, aprendem e se desenvolvem, através do apoio mútuo e cooperação dos colegas, professores e familiares (FERNANDES, VENDITTI JUNIOR, 2008).

A situação de perda de capacidades é complexa, na medida em que suscita múltiplas perdas. A formação técnico-científica aliada à humanização dos profissionais de saúde pode favorecer o atendimento e a comunicação de um diagnóstico. Em contrapartida, a ausência desse vínculo estabelecido entre profissional da saúde e familiares, no caso do diagnóstico das deficiências, influenciará as atitudes familiares posteriores diante do indivíduo com deficiência, sua interação com a família e adaptações (GALHORDAS, LIMA, 2004; BAZON, CAMPANELLI, BLASCOVI-ASSIS, 2004).

A reabilitação deve ser precoce no que tange à prevenção de incapacidades e à promoção à saúde. Quanto ao tratamento, a precocidade também se faz fundamental, ao se delimitar as incapacidades como um estado temporário, permanente ou progressivo, busca-se compensá-las para a melhor independência possível (FARO, 2006).

No que se refere ao processo da elaboração da perda, vários são os aspectos que contribuem para a reorganização por parte da pessoa. Um aspecto essencial é a tomada de consciência da lesão ou da doença por parte da pessoa, sendo importante informá-la desde o princípio sobre as possibilidades de reabilitação. Contudo, somente quando a pessoa com deficiência tem consciência de suas limitações se torna claro o que é capaz de realizar e o que lhe pode dar prazer (GALHORDAS; LIMA, 2004).

Outro aspecto relevante para a readaptação à lesão é a capacidade da pessoa de investir em si própria, sem desistir de seus projetos de vida, desde que estes sejam coerentes com as suas capacidades. Além disso, o suporte emocional das pessoas mais próximas é fundamental, para que a pessoa possa se sentir amada e apoiada (GALHORDAS; LIMA, 2004). Um estudo realizado por Borges et al. (2012) sobre a percepção de pessoas com lesão medular sobre sua própria condição concluiu que a adaptação à nova condição passa por diversas fases, o que não impede a pessoa de continuar a desenvolver suas metas, seus planos e trabalhar para melhorar sua qualidade de vida, continuar a estabelecer perspectivas e manter suas expectativas de vida, inclusive ampliando as possibilidades de superação.

Nesse contexto, a família é o principal agente de socialização primária e onde se produzem relações de cuidado entre os seus membros através da proteção, do acolhimento, respeito à individualidade e potencialização do outro. Em cada família, existem valores transmitidos de geração em geração, envolvendo afeto e identidade (SÁ; RABINOVICH, 2006).

Os momentos iniciais do processo são os mais difíceis de enfrentar, tanto para o binômio paciente-família quanto para os profissionais. É quando nos deparamos com as incapacidades decorrentes da deficiência. Trata-se de uma fase de ajustes, adaptações, quando reações emocionais podem emergir diante das alterações físicas ou mentais sofridas (FARO, 2006).

A atenção da equipe multiprofissional deve focar no suporte aos familiares. Compreendendo o fato de que, para que a pessoa com deficiência venha a ser integrada na sociedade, ela necessariamente deve estar integrada à sua própria família. Nesse cenário, a intervenção psicoeducacional precoce na dinâmica familiar é imprescindível, talvez tão fundamental quanto o atendimento direto à pessoa com deficiência (GLAT, 1997).

A independência na realização das atividades de vida diária também é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares (ANDRADE et al., 2010).

A reabilitação, sendo um processo complexo, engloba uma rede que abrange tanto os profissionais da área quanto as pessoas do círculo de convivência da pessoa com deficiência. Dentre estas últimas, os familiares exercem um papel fundamental na reabilitação, desde o apoio emocional para lidar com a nova condição, passando pela readaptação ao ambiente residencial, laboral, o incentivo às antigas e novas possibilidades de atividades cotidianas e de lazer. Nesse contexto, as orientações dos profissionais em reabilitação não são direcionadas apenas às pessoas com deficiência, mas também aos familiares sobre a realização dos exercícios terapêuticos, das rotinas de autocuidado, das possibilidades de enfrentamento de situações psicologicamente desgastantes, dentre outras.

3 APRESENTAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

O referencial teórico Eliot Freidson foi escolhido para ser utilizado nesta tese devido à aderência ao objetivo do estudo em compreender o processo histórico da trajetória profissional da equipe multidisciplinar do Centro Catarinense de Reabilitação. Os estudos de Freidson (1998; 2009) acerca da sociologia das profissões permitem a análise e compreensão de como uma determinada especialidade profissional tem seu desenvolvimento e evolução, além de sua relação com as demais profissões congruentes na área, e, ainda, aborda questões relacionadas ao estabelecimento das profissões (com suas devidas especialidades) no mercado de trabalho, conquista da autonomia profissional, áreas de competência técnica, dentre outras.

3.1 CONHECIMENTO CIENTÍFICO

A reabilitação acontece junto à família, aos cuidadores, à pessoa com deficiência física, por profissionais qualificados e especializados plenamente integrados como equipe, usufruindo do corpo de conhecimentos que lhe é próprio e aplicado (FARO, 2006).

Existem duas características fundamentais que definem as profissões, uma delas é a necessidade do treinamento prolongado e especializado de um corpo de conhecimentos especiais e a outra é a oferta de um serviço que seja voltado para a coletividade (FREIDSON, 2009).

As profissões conquistam e permanecem com o poder de um segmento importante denominado “conhecimento formal”. Este é um monopólio das profissões que não é substituível com o tempo, mesmo com a existência de competidores e níveis crescentes de informação do leigo ao seu redor, pois, na medida em que se adquire o conhecimento, é possível perceber a existência constante de suas lacunas (FREIDSON, 1998).

Quanto às lacunas de conhecimento no campo da Medicina Física e de Reabilitação, estas foram sendo preenchidas de acordo com as mudanças da sociedade e, atualmente, seu campo de atuação não mais se restringe aos grandes traumatizados da guerra, mas estende-se a áreas mais específicas, como a reabilitação neurológica, cardíaca,

reumatológica, pneumológica e pediátrica, entre outras (AMORIM, 2010).

O desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e ideias é característica marcante do profissionalismo que estimula a inovação intelectual. Assim, as profissões controlam a inovação, por meio de uma classe especial de membros, em escolas profissionais dedicadas à pesquisa, à prática experimental e à teorização. A elite do conhecimento das profissões e seus membros ensinam aos profissionais em treinamento os conhecimentos e técnicas mais avançadas e investigam novas áreas. Os padrões desta elite baseiam-se no mundo abstrato da lógica, nos princípios científicos, e nas probabilidades estatísticas (FREIDSON, 1998).

No interior das profissões, algumas pessoas se dedicam a contribuir para a criação do corpo de conhecimentos – os pesquisadores, enquanto que outras se empenham em aplicar esse corpo de conhecimentos aos problemas humanos, como os profissionais que prestam a assistência direta aos usuários (FREIDSON, 2009). Em Tese defendida em 2010 que utilizou Eliot Freidson como referencial teórico, Kletemberg (2010) concluiu que o desenvolvimento do conhecimento especializado da enfermagem em gerontologia no Brasil foi experienciado tanto por enfermeiras docentes como por enfermeiras assistenciais que, por meio do autodidatismo e de referências bibliográficas internacionais, construíram a base do conhecimento específico, impulsionando assim o grande avanço das pesquisas sobre o processo de envelhecimento, na virada do século XXI.

Reiterando os ditos de Freidson (1998), algumas atividades fundamentais realmente são incentivadas pelo profissionalismo e fornecem meios para estimular a inovação intelectual: desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e ideias. Essa inovação não se restringe ao mero desenvolvimento de novas formas de satisfazer as necessidades ou demandas percebidas de consumidores no mercado, nem dos que controlam as organizações. Muito mais importante, por não precisar ser diretamente responsiva às demandas de outros, ela pode ir além da situação vigente, afastando-se assim das opiniões herdadas para tornar-se revolucionária (FREIDSON, 1998).

Transpondo ao campo da especialidade da Reabilitação, principalmente entre as décadas de 1970 e 1990, este foi um período muito fértil para o desenvolvimento de novos conceitos teóricos e práticos sobre reabilitar, tanto do ponto de vista de cada uma das profissões da área da saúde, em seu modo particular, e enxergar a reabilitação, como, essencialmente, de ter a percepção da necessidade de

união entre as profissões para melhorar a qualidade da reabilitação do paciente. E, assim, de modo gradual, informal e formalmente o campo da reabilitação física foi tomando corpo e forma, se constituindo no que é no Brasil atualmente.

Embora a extensão das ideias antigas e a concepção de novas ideias possam levar à criação de novas demandas que aumentem o número e o valor dos empregos profissionais, somente o ponto de vista mais vulgar implicaria uma intenção deliberada nesse sentido. A capacidade das profissões em perseguir novos valores, técnicas, ideias e conhecimento de um ponto de vista relativamente independente é uma virtude valiosa, que pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de uma sociedade mais humana, rica e atuante (FREIDSON, 1998).

3.2 AUTONOMIA PROFISSIONAL

A Reabilitação, quando vista como especialidade multidisciplinar, abrange um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia as pessoas com doenças agudas e crônicas a maximizar seu potencial funcional e independência física, emocional, social. Esta especialidade enfatiza tanto a prevenção como o tratamento das incapacidades, mediante metas previamente estabelecidas, priorizadas e compartilhadas entre os reabilitadores, paciente e família, valorizando a autonomia dos especialistas atrelada à autonomia do paciente. É uma atuação pautada na abordagem holística e não na disfunção orgânica ou estrutural-anatômica, implementada no hospital, nos centros de reabilitação e no domicílio (FARO, 2006).

Para aprender a ter competência e conhecimento exclusivo de determinada profissão, os indivíduos precisam passar pelo treinamento e pela prática necessária para um desempenho adequado. Desse modo, as profissões conquistam a autonomia e o autocontrole com base no conhecimento exclusivo, aprendido em instituições formais de educação superior e expresso em termos abstratos (FREIDSON, 1998).

A autonomia profissional permite aos trabalhadores expressar sua liberdade de escolha em seu trabalho, tecendo seu próprio julgamento e responsabilidade como árbitros de suas atividades. Na autonomia profissional, existe autoridade sobre o trabalho suficiente para ter liberdade de empreender uma ação arbitrária como se fosse algo natural; situação que pressupõe uma importante proteção econômica e política da profissão (FREIDSON, 1998).

As fronteiras formais entre as profissões são estabelecidas por uma legislação, e configuradas no curso de um processo de luta política e negociação durante o qual os representantes das profissões buscam defender ou melhorar sua posição na divisão de trabalho. A divisão do trabalho é considerada um processo de interação social entre trabalhadores, que determina o modo de conceber as tarefas, quem deve realizá-las e como devem ser realizadas (FREIDSON, 1998).

No campo da especialidade da Reabilitação, especialmente entre as décadas de 1970 e 1990, poucas profissões da área da saúde possuíam autonomia sobre seu próprio trabalho além da tradicional medicina. Esse período foi marcado por uma luta pela conquista deste espaço dentro da especialidade e algumas profissões estão no campo de batalha até hoje por seu espaço no mercado de trabalho.

Novos conhecimentos e técnicas também são produzidos quando as profissões praticantes convencionais exploram seus próprios conceitos e teorias, e não apenas satisfazem passivamente as demandas dos outros. Por sua vez, as profissões tradicionais individuais fizeram novas descobertas ou levantaram suas vozes contra as práticas estabelecidas de seu tempo, e algumas continuam a fazê-lo ainda hoje. (FREIDSON, 1998). Essas atividades cognitivas inovadoras, características do profissionalismo, proporcionam uma fonte de crescimento e enriquecimento em matéria de conhecimento, de valores e de técnica que não poderiam ser geradas por trabalhadores que dependem totalmente da satisfação das demandas formuladas por outros, e por aqueles que se ocupam sobretudo do atendimento de seus próprios interesses materiais (FREIDSON, 1998).

Freidson (1998) afirma que a autonomia profissional é uma posição privilegiada, sustentada por um monopólio ocupacional que compreende três dimensões: econômica, política, administrativa. Com a autonomia econômica: a profissão controla o recrutamento, o treinamento e o credencialismo para regular diretamente o número de praticantes disponíveis para satisfazer a demanda.

Com a autonomia política a profissão é aceita como a porta-voz representativa para assuntos relacionados com seu corpo de conhecimentos e competências, com ela seus representantes atuam como orientadores especializados da legislação e das normas administrativas relacionadas ao seu trabalho. Com a autonomia administrativa: seus membros ocupam as classes organizacionais relacionadas com o estabelecimento de padrões de trabalho, com o direcionamento e avaliação do trabalho (FREIDSON, 1998).

3.3 ATIVIDADE POLÍTICA

As profissões obtêm o poder político para controlar e organizar seu trabalho, conquistando o direito exclusivo de usar o conhecimento, permanecendo intimamente ligadas aos processos políticos formais. A manutenção e o aprimoramento da posição da profissão no mercado, e na divisão de trabalho, exige contínua atividade política. A profissão deve tornar-se um grupo de interesse para conseguir, ao mesmo tempo, promover seus objetivos e proteger-se daqueles que têm objetivos concorrentes. Desse modo, é possível inferir que há um contrato implícito entre uma profissão e o Estado e entre a profissão e a sociedade que permite e exige que o público confie nestes profissionais. (FREIDSON, 1998).

A mudança na percepção da incapacidade implica em novas abordagens e modelos de intervenção em reabilitação, inspirados na interação de fatores clínicos, sociais e econômicos. A sensibilização dos políticos para o investimento em reabilitação é crucial. Nesse sentido, é fundamental apresentar os argumentos financeiros, ou seja, apresentar-lhes que atualmente é menos oneroso reabilitar do que pagar a dependência, considerando que os custos não são só econômicos, mas também sociais e humanos (FARIA, 2010).

A profissão alcança e mantém seu *status* profissional quando consegue persuadir a elite dominante, ou seja, os poderes políticos e econômicos influentes, de que seu trabalho possui um valor especial, que merece ser protegido e assegurado no contexto no qual está inserida. Para a conquista de uma posição estável no mercado de trabalho é necessário que as classes políticas e econômicas estejam convencidas a respeito da fundamental relevância do trabalho exercido pela profissão (FREIDSON, 1998).

No que se refere à relevância do trabalho e conjuntura socioeconômica e política, a Medicina Física e de Reabilitação exemplifica a situação mencionada acima por Freidson, pois foi reconhecida como especialidade médica a partir da década de 1940. Seu crescimento foi impulsionado durante a II Guerra Mundial, devido ao elevado número de jovens mutilados que necessitavam de cuidados específicos. Tal especialidade aborda uma visão holística do indivíduo, tendo como objetivo o desenvolvimento do seu potencial funcional e a sua reintegração familiar, profissional e social, considerando a sua deficiência e as limitações ambientais (AMORIM, 2010).

O modo como o capital econômico está concentrado e organizado influencia o poder que as profissões possuem como organização

corporativa e a autonomia que os profissionais individuais têm em seu local de trabalho. Portanto, o conhecimento e competência peculiar de determinada profissão desempenha também um papel no estabelecimento da posição desta profissão na atividade política (FREIDSON, 1998).

3.4 CREDENCIALISMO E PROFISSIONALISMO: A ESPECIALIDADE

É a partir da criação de associações formais, ou seja, do credencialismo, que as profissões conquistam o poder de influenciar a política do Estado sobre o modo como seus membros são escolhidos e treinados, sobre sua posição na divisão e na força de trabalho. Além desses aspectos, influenciam o Estado no que se refere à sua renda e prestígio, sobre suas condições de trabalho e suas relações com os clientes em particular, e com o público em geral (FREIDSON, 1998).

O registro profissional permite que seus associados defendam o direito exclusivo a um título, ocupando uma posição segura e única no mercado de trabalho. Este direito é conquistado devido ao fato de que o conhecimento e a competência inerentes às profissões são considerados valiosos, complexos e até mesmo potencialmente perigosos. Ou seja, sem a ajuda de atestados formais de competência e confiabilidade, os consumidores são incapazes de escolher praticantes competentes (FREIDSON, 1998).

Um exemplo que podemos citar no que se refere a profissionalismo e credencialismo é a psicologia, que, na década de 1970, alcançou todos os requisitos necessários para ser considerada uma profissão, por meio do conhecimento exclusivo e institucionalizado, mercado de trabalho formalmente assegurado e autorregulação, instituída em conselhos e códigos de ética (PEREIRA; NETO, 2003).

Já os privilégios profissionais são padronizados, legislados e justificados devido à natureza do trabalho profissional, características dos consumidores desse trabalho e pela ação de instituições profissionais. Com estes pilares, as profissões obtêm do mercado uma posição legal privilegiada que praticamente neutraliza seus concorrentes (FREIDSON, 1998).

O profissionalismo baseia-se na noção democrática de que as pessoas são capazes de controlar-se a si próprias por meios coletivos, cooperativos, e, no caso de um trabalho complexo, aqueles que o realizam estão em melhores condições de garantir que seja bem feito.

Ele contém em si o pressuposto de que as pessoas, quando podem controlar seu próprio trabalho, e quando seu trabalho, na medida em que é especializado, é complexo e desafiador, têm maior probabilidade de comprometer-se com ele do que de alienar-se dele. Assim, as pessoas encontram valor e interesse intrínsecos no trabalho em si, o que as faz querer desenvolvê-lo bem (FREIDSON, 1998).

O trabalho especializado deve ter autonomia suficiente para estimular mais o compromisso do que a alienação, conceber arbítrio suficiente para permitir a produção de bens e serviços e não forçar os consumidores a cumprir suas necessidades de forma mecanicamente padronizadas. O trabalho especializado que transcende o mero interesse próprio, ter um valor genuíno para o enriquecimento e a melhoria de vida de seus consumidores (FREIDSON, 1998).

A especialização não representa uma desigualdade, mas sim uma diferença funcional. A especialização coloca problemas para a sociedade humana que não podem ser tratados com êxito pelo recurso do igualitarismo. Conhecimento e competência não podem promover os necessários e desejáveis objetivos de manter e enriquecer a vida sem serem institucionalizados de alguma maneira. Devemos discriminar aquelas alegações de conhecimento e competência que são genuinamente valiosas daquelas que não o são e criar e manter formas de institucionalização que permitam que o conhecimento e a competência sejam usados para mútuo benefício e impeçam ao mesmo tempo que se tornem uma fonte de exploração e injustiça. (FREIDSON, 1998).

As citações de Freidson (1998) sobre a importância da institucionalização das especialidades nos remetem ao fato de lidar com as inovações nas políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, instituições com equipes de saúde e suporte técnico especializados para reabilitar as pessoas com deficiência em centros de tratamento complexos, mas também na comunidade, oportunizando acesso ao maior número de pessoas.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa com abordagem socio-histórica, pois teve o intuito de compreender um determinado grupo social, discutindo seus aspectos cotidianos relevantes à pesquisa das distintas classes e grupos sociais. O conhecimento necessário à investigação histórica depende da informação obtida com aqueles que viveram o evento que se investiga, no lugar e tempo apropriado (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Esta pesquisa foi fundamentada na Nova História, abordagem resultante de um movimento que surgiu na França em 1929, a partir da criação da revista *Annales: économies, sociétés, civilisations*. Os líderes desta chamada “Revolução Francesa da Historiografia” foram Lucien Febvre e March Bloch. O Movimento de Annales foi idealizado com o intuito de promover uma substituição da tradicional narrativa de acontecimentos por uma história-problema, possibilitando a abrangência de áreas inesperadas do comportamento humano e grupos sociais até então negligenciados pelos historiadores tradicionais (BURKE, 1991).

A base filosófica da Nova História tem como princípio que a realidade é social ou culturalmente constituída, em detrimento da simples narrativa dos acontecimentos. Preocupa-se com a análise das estruturas, apresentando a história das pessoas comuns e da cultura popular. Neste novo paradigma, a história é reconstruída não somente com registros baseados em documentos, mas também pelas fontes orais. Estas apresentam a história dos acontecimentos e consideram o ponto de vista daqueles que vivenciaram os acontecimentos de uma determinada época (BURKE, 1991).

4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro Catarinense de Reabilitação, localizado no Município de Florianópolis, sede da primeira instituição pública de referência na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Atualmente o CCR é habilitado pelo Ministério da Saúde em Centro Especializado em Reabilitação Física e intelectual (CER II), e está estruturado em duas grandes áreas Deficiência Física e

Deficiência Intelectual/Espectro do Autismo. A área da deficiência física envolve o Programa de Neurorabilitação Adulto, Programa de Reabilitação Pediátrica e Atenção às Pessoas Ostomizadas. Já a área da Deficiência Intelectual/ Espectro do Autismo envolve a Habilitação e Reabilitação Intelectual e a Reabilitação do Espectro do Autismo.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os 13 sujeitos foram incluídos como participantes da pesquisa pois foram profissionais do CCR que atuaram no Município de Florianópolis no período de 1973 a 1991 que manifestaram interesse em participar da pesquisa. A seleção dos entrevistados foi realizada a partir das informações obtidas, além das sugestões dos próprios participantes envolvidos na pesquisa.

Os 13 sujeitos selecionados para este estudo atuaram desde os primeiros anos de existência e da inauguração da sede própria do Centro Catarinense de Reabilitação, sendo médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, protesistas/ortésistas, dentre outros (Quadro 1).

A escolha dos entrevistados foi realizada em consonância com os objetivos da pesquisa, orientada pelos depoimentos significativos acerca das participações e vivências profissionais experienciadas no período histórico correspondente à linha do tempo do presente estudo (ALBERTI, 2004).

Quadro 1: Sujeitos da Associação Santa Catarina de Reabilitação

SUJEITOS	PROFISSÃO	PERÍODO HISTÓRICO CCR
1. Valter Pedro Lisboa	Protesista/Ortesista	1969-1999
2. Márcia Soncini	Pedagoga	1980-2000
3. Nilda Destri	Fonoaudióloga	1980-2005
4. Luiz Fernando De Vicenzi	Médico	1971-2005
5. Maria da Graça Machado Vagner	Assistente Social	1979 – 1999
6. Thaísa Curcio Muzzi	Fonoaudióloga	1988-2008
7. Ulla Vestergaard Lisboa	Fisioterapeuta	1978-1984/1989-2001
8. Eliana Trevisan	Fisioterapeuta	1984-2013
9. Maria Helena da Silva	Técnica em	1975-1998

Pamplona	Fisioterapia	
10. Stela Franzoni	Técnica em Fisioterapia	1975-2009
11. Mara Inês Baptistella Ferão	Fisioterapeuta	1985 - 2008
12. Leonice Alzira da Silva	Auxiliar de Fisioterapia	1974-1988
13. Marilene Machado Lemos	Pedagoga	1973 -1992

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados consistiu na pesquisa de fontes orais, documentais e bibliográficas. Consideram-se fontes históricas todos os tipos de informações e materiais encontrados relativos ao período de tempo estudado, como objetos, monumentos, fotos, filmes, livros, revistas, jornais, diários, entrevistas, atas de reuniões e documentos diversos. Dependendo de sua natureza, as fontes são caracterizadas como fontes primárias ou secundárias (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

As **fontes primárias** são informações de primeira mão e contato mais estreito com os acontecimentos ou situações históricas, a exemplo de documentos originais, relíquias e objetos, autobiografias, leis, atas, constituições e relatos orais. Já as **fontes secundárias** apresentam informações de segunda ou terceira mão, já contendo a interpretação de quem as escreveu anteriormente, tendo, portanto, um valor limitado pelas distorções que possa ter sofrido por interpretações anteriores. De modo geral, estas fontes são constituídas por periódicos, crônicas, coletâneas, revisões de literatura, entre outros (PADILHA; BORENSTEIN, 2011).

4.4.1 Fontes Orais

As fontes orais têm fundamental relevância na pesquisa, pois são subsídios de análise ao processamento dos dados, garantindo tanto a objetividade quanto a intersubjetividade das informações. Para obtenção das fontes orais primárias, foi utilizada a técnica da História Oral Temática como recurso, visando complementar dados e impressões não totalmente claras nos documentos conhecidos. É um método de pesquisa que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, sendo esta uma forma de aproximação do objeto de estudo. Além disso, é possível estudar acontecimentos históricos, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos e conjunturas (ALBERTI, 2004).

No Brasil, a História Oral foi introduzida na década de 1970, a partir de um programa pioneiro promovido pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV), do Rio de Janeiro, mas sua expansão ocorreu na década de 90, tendo como ponto crucial a criação da Associação Brasileira de História Oral em 1994 (MEIHY, 2002; ALBERTI, 2004).

Nesse contexto, a História Oral Temática foi utilizada no contexto da atenção à saúde das pessoas com deficiência física no CCR e sua articulação com os princípios e diretrizes do SUS, buscando, a partir da experiência e impressão dos sujeitos participantes, perceber como a atenção à saúde da pessoa com deficiência física se efetivou ao longo dos anos, considerando-se as políticas federais e estaduais implantadas nas esferas governamentais durante o período estudado.

O roteiro de entrevista para a coleta de dados foi constituído por onze questões, envolvendo temas relacionados ao conhecimento formal superior, às relações multiprofissionais e interdisciplinares no CCR, segundo o referencial teórico de Eliot Freidson adotado neste estudo (APÊNDICE A).

A coleta de dados se realizou no período entre janeiro e maio de 2014, com as entrevistas agendadas previamente conforme a disponibilidade dos participantes, em suas residências ou no local atual de trabalho. Foi utilizado um gravador digital para a realização das entrevistas, que posteriormente foram transcritas, transcriadas e arquivadas. Para delimitar a amostra deste estudo, optou-se pela técnica de saturação dos dados, ou seja, quando ocorre a repetição contínua de discursos dos sujeitos pesquisados.

4.4.2 Fontes Documentais

Na pesquisa histórica, além da história oral, outros documentos originais podem ser utilizados, como fotografias, cartas, memorandos, processos judiciais, entre outros (BORENSTEIN, 2004). Neste estudo, as fontes documentais foram constituídas pelas políticas públicas e leis que abordam os aspectos que tangem à deficiência física. Também contribuíram para o estudo documentos oriundos dos arquivos pessoais dos entrevistados, como certificados de cursos de aperfeiçoamento na área de deficiência física, grade curricular do curso de formação profissional, além de fotografias da instituição e do trabalho realizado na época. O estudo utilizou a pesquisa documental como veículo para analisar a atenção à saúde das pessoas com deficiência física. As fontes secundárias que deram suporte ao estudo foram uma dissertação de mestrado com informações relevantes acerca da história dos fisioterapeutas de Florianópolis, um CD comemorativo referente de 40 anos da instituição, que agregou conteúdo histórico importante sobre a história das pessoas que idealizaram e trabalharam desde os primeiros anos da fundação do CCR até o ano de 2002, além de documentos oficiais sobre a instituição de domínio público, arquivados no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, localizado no Município de Florianópolis.

4.5 REGISTRO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada sob o olhar do referencial teórico de Eliot Freidson, empregando a análise de conteúdo para categorização dos dados. Esta estratégia caracteriza-se como um conjunto de técnicas sistematizadas para a descrição e análise do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009; MINAYO, 2004). A análise documental foi utilizada para captar as informações acerca da atenção à saúde das pessoas com deficiência física.

A análise temática de conteúdo se constitui das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2004). Na etapa de pré-análise foram realizadas leituras e releituras exaustivas, que permitiram a identificação dos temas mais significativos nas falas dos participantes do estudo, com enfoque nas vivências dos profissionais em reabilitação das pessoas com deficiência. Na etapa exploração do material, os estudos em profundidade do referencial teórico e metodológico forneceram subsídios para o agrupamento de

palavras, expressões e temas de acordo com suas semelhanças. A partir de então, foi possível identificar as categorias (temáticas principais e mais abrangentes) e subcategorias (especificidades temáticas das categorias). Na análise dos dados, foi realizada uma busca pelo significado do conteúdo das mensagens, baseada no referencial de Eliot Freidson. Desse modo, foi possível fazer uma conexão entre as falas dos entrevistados e os pilares da obra de Freidson no que se refere às bases do profissionalismo voltadas à área da reabilitação (conhecimento científico, autonomia profissional, credencialismo e atividade política).

As falas dos entrevistados utilizadas na pesquisa passaram pelas etapas de transcrição e transcrição. A transcrição trata-se de um processo rigoroso, longo e exaustivo de passagem do conteúdo oral ao escrito. Já a transcrição incorpora elementos extra-textos na composição das narrativas dos sujeitos, recriando o contexto da entrevista no documento escrito (SILVA; BARROS, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi pautado na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normativas que regem as pesquisas envolvendo os seres humanos. A coleta de dados se iniciou somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC sob o protocolo nº.216.396 (ANEXO A).

No início de cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo pelo qual haviam sido convidados a participar do mesmo. Antes da gravação das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Este documento assegura a confidencialidade e o anonimato dos participantes e ainda informa que não receberiam qualquer retribuição financeira por sua contribuição no estudo, esclarecendo-os de que poderiam abandonar o estudo no momento em que desejassem.

Além disso, após o término de cada entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do Conteúdo do Depoimento Oral (APÊNDICE C). Este documento consiste em uma carta que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista (data de realização, local, etc.) e tem por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004). Ainda foi solicitada autorização para utilizar o próprio nome do sujeito nas falas das entrevistas,

identificando-o no intuito de valorizá-lo no que se refere à construção histórica da abordagem multidisciplinar no CCR.

5. RESULTADOS

Os resultados preliminares desta Tese foram apresentados no formato de artigo científico, conforme Instrução Normativa 10/PEN/2011, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.

5.1 ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA¹

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni,
PADILHA, Maria Itayra,
PEREIRA NETO, André
BORENSTEIN, Miriam Susskind
LUZ, Soraia Cristina Tonon

RESUMO: A presente revisão integrativa tem o objetivo de analisar as estratégias de reabilitação implementadas para pessoas com deficiência, publicadas em periódicos acadêmicos entre 1990 e 2012. Os dados foram coletados na base eletrônica MEDLINE e registrados em instrumento específico. Foram analisadas 15 publicações, das quais emergiram os seguintes temas: reabilitação interdisciplinar, reabilitação neurológica, reabilitação baseada na comunidade e reabilitação pediátrica. As evidências apresentadas pelos autores mostraram que a reabilitação se faz por meio da comunicação e interação entre os mais diversos profissionais que cuidam da pessoa com deficiência. Além disso, esses estudos revelam que a mensuração dos resultados obtidos com o desenvolvimento de habilidades em pessoas com deficiência se faz por meio da utilização de escalas de funcionalidade. O trabalho sugere que a interdisciplinaridade é um caminho que pode contribuir não somente com a readaptação dos aspectos físicos, mas também nas questões relacionadas aos aspectos emocionais, sociais e profissionais.

DESCRITORES: Reabilitação; Pessoas com Deficiência; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

INTRODUÇÃO

Há aproximadamente sessenta anos, a sociedade foi confrontada com a necessidade de cuidar dos jovens mutilados na II Guerra Mundial. Essa situação fez emergir uma nova especialidade na área da saúde: a “Medicina Física e Reabilitação”. Nesse período, os serviços de reabilitação foram idealizados com o objetivo de desenvolver o

¹ Manuscrito em avaliação para publicação na Revista RENE.

potencial das pessoas com deficiência, possibilitando-lhes viver suas vidas da melhor maneira possível (FARIA, 2010).

Ao longo do tempo, a “Medicina Física e Reabilitação” tornou-se uma área de conhecimento ampliada, abrangendo novos conceitos e diversos profissionais para lidar com o complexo processo de reabilitação das pessoas com deficiência: um grupo heterogêneo que reúne indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Sendo assim, as ações de saúde voltadas para esse segmento tiveram que considerar um mosaico de diferentes necessidades (BERNARDES et al., 2009).

Atualmente, a reabilitação apresenta-se como o conjunto de atividades pedagógicas, sociais e terapêuticas que tem por objetivo auxiliar a pessoa a resgatar ou criar recursos de modo a suplantar, da melhor forma possível, o impacto causado pela deficiência (DE MARTINI, 2011).

Para a realização desta revisão integrativa da literatura elegemos a seguinte questão norteadora: Que estratégias foram adotadas nos Centros de Reabilitação para a reabilitação de pessoas com deficiência entre 1990 e 2012? Assim sendo, o objetivo do estudo foi analisar a contribuição das pesquisas produzidas na área da reabilitação das pessoas com deficiência física.

MÉTODOS

A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis na literatura científica, sobre um determinado tema. Ela apresenta como produto final o estado atual do conhecimento sobre o assunto investigado. Ela integra os propósitos da “Prática Baseada em Evidências”.

O levantamento bibliográfico se desenvolveu na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados denominada como *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *rehabilitation center*, *disability* e *rehabilitation team*.

Foram adotados critérios de inclusão e exclusão para recuperação dos trabalhos. Como critérios de inclusão: artigos publicados no período compreendido entre janeiro de 1990 e dezembro de 2012, em periódicos nacionais e internacionais, indexados no banco de dados selecionado, que abordassem a reabilitação de pessoas com deficiência. Foram

excluídos trabalhos como teses, dissertações, livros e capítulos de livros, de modo a selecionar apenas publicações em periódicos indexados.

Na operacionalização desta revisão, cumpriram-se as seguintes etapas: seleção da questão temática, estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra, análise e interpretação dos resultados.

O primeiro resultado desta busca foi capaz de identificar 81 estudos. Em seguida foi feito um refinamento dos resultados desta busca. Este trabalho ocorreu entre os meses de abril e junho de 2013. No primeiro momento realizamos uma análise preliminar, identificando os artigos segundo o idioma e a abordagem adotada. Esta seleção se deu a partir da leitura do título dos artigos, resultando em 26 textos. Foram excluídos nesse momento os artigos em idioma alemão e francês e aqueles que abordavam aspectos da reabilitação psiquiátrica, sem aprofundar nas questões relacionadas às estratégias de reabilitação de pessoas com deficiência. A partir desta etapa, realizou-se um segundo refinamento da busca. Desta vez foram lidos os resumos dos 26 títulos a fim de identificar os estudos que apresentassem um texto original na íntegra e abordassem estratégias de reabilitação de pessoas com deficiência. Deste processo, foram identificados 15 artigos.

As informações coletadas foram extraídas desta amostra. Para tanto construiu-se uma tabela como instrumento de trabalho (APÊNDICE D). Nela as principais informações sobre os artigos analisados foram sintetizadas. O instrumento foi composto por: número fornecido ao estudo, título do artigo; nome do periódico; ano de publicação; objetivo do estudo; tipo de estudo; resultados e conclusões – com foco nas estratégias de reabilitação de pessoas com deficiência.

Para a análise dos dados utilizou-se a sistematização das informações, estruturada a partir de dois momentos: no primeiro momento identificamos os dados relacionados ao perfil das publicações e, no segundo momento, o processo de análise se fundamentou na leitura interpretativa dos artigos, destacando as similaridades dos conteúdos e relacionando o que os autores apresentam sobre as estratégias utilizadas para a reabilitação de pessoas com deficiência. A partir das informações obtidas, focalizamos a compreensão dos seus resultados, com base em estudos relacionados à temática da reabilitação. Esta estratégia possibilitou o entendimento das fortalezas e fragilidades na reabilitação de pessoas com deficiência. Ela permitiu ainda que fosse estabelecido um paralelo com a realidade da reabilitação no Brasil.

A análise dos estudos possibilitou o agrupamento dos dados em unidades temáticas relacionadas à reabilitação de pessoas com deficiência denominadas da seguinte forma: Reabilitação

Interdisciplinar, Reabilitação Neurológica, Reabilitação Baseada na Comunidade e Reabilitação Pediátrica.

RESULTADOS

Ao analisarmos os 15 artigos selecionados, verificamos que os autores estavam integrados a departamentos ou centros de reabilitação de distintas subespecialidades de áreas como a reabilitação baseada na comunidade, pediátrica e neurológica. Quanto ao ano de publicação, houve certa homogeneidade na distribuição dos artigos, pois foram encontradas sete publicações na década de 90 e oito a partir do ano 2000. Em relação aos países onde se desenvolveram as pesquisas, a Inglaterra e os Estados Unidos da América lideraram o número de publicações. Foram identificados ainda estudos realizados na Índia, Austrália, Dinamarca, Suécia e Holanda. Quanto às características metodológicas dos estudos, cabe enfatizar que nove utilizaram a abordagem metodológica qualitativa e cinco optaram pela perspectiva quantitativa e somente um deles utilizou método misto.

A análise das publicações selecionadas permitiu a identificação de quatro temáticas centrais: reabilitação interdisciplinar, reabilitação neurológica, reabilitação pediátrica e reabilitação baseada na comunidade.

Com relação à reabilitação interdisciplinar, dois estudos apresentaram estratégias de gestão organizacional para melhorar a reabilitação de pessoas com deficiência (STRASSER et al., 2002; STEAD; LEONARD, 1995). Este último apresenta as estratégias empregadas pela equipe interdisciplinar, como a utilização de formulário de avaliação multidisciplinar, a pesquisa de satisfação dos clientes e o formulário pré-avaliação. Estas ferramentas permitiram o acompanhamento domiciliar pós-período clínico de reabilitação. Nas questões relacionadas à gestão dos serviços de reabilitação, além da inovação realizada graças à utilização de instrumentos que possibilitam identificar aspectos que individualizam o atendimento à pessoa com deficiência, os autores consideram necessário, em um contexto mais abrangente sobre a gestão dos serviços, a criação de uma rede de reabilitação articulada, com atribuições específicas para cada serviço, público e/ou privado. Também destacam a importância da formalização de um sistema de informação acessível à sociedade e à comunidade médica sobre os locais disponíveis de atendimento, bem como o tipo de

assistência oferecida. Assim, o sistema de referência e contrarreferência se torna mais eficiente.

Outros dois estudos trazem os aspectos fundamentais para aperfeiçoar as metas e estratégias da reabilitação de pessoas com deficiência com o estabelecimento de uma equipe interdisciplinar. Estes autores enfatizam a importância da coesão no trabalho da equipe de reabilitação. Com isso, pode ser estabelecida uma melhor comunicação interprofissional e estimulado o esforço coletivo para melhorar a qualidade da reabilitação prestada à pessoa com deficiência (PLAYFORD et al., 2000; SMITS et al., 2003).

Alguns estudos propõem o desenvolvimento de instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade. Uma pesquisa realizada em 2010 utilizou a CIF para desenvolver um instrumento interdisciplinar, constituído por um conjunto central de códigos da CIF, com o objetivo de descrever o estado geral de saúde dos refugiados com deficiência física (JORGENSEN et al., 2010). Em outro estudo, os pesquisadores criaram uma Escala simplificada de Avaliação das Incapacidades baseada em quatro domínios: independência física, mobilidade, orientação e integração social em pacientes com lesão neurológica após alta da reabilitação (GEDDES; TENNANT; CHAMBERLAIN, 2000). A Classificação Internacional de Funcionalidade foi proposta pela Organização Mundial de Saúde como referencial interdisciplinar em saúde, abrangendo: (a) estrutura e funções do corpo, (b) atividades e participação e (c) fatores contextuais. O uso da CIF permite a superação do modelo biomédico tradicional de atenção à saúde que valoriza a mensuração dos comprometimentos nas estruturas e funções do corpo, a medicalização do corpo e a prescrição de procedimentos técnicos (ANDRADE et al., 2011).

No decorrer do estudo identificamos quatro artigos científicos que enfocam as principais estratégias em reabilitação neurológica de pessoas com lesão cerebral, lesão medular e déficit cognitivo (MANN; SVORAI, 1994; APPLE; STANTON, 1998). Os três primeiros foram publicados na década de 90. O texto de 2011 atesta que as estratégias, ainda assim, continuam sendo consideradas atuais na abordagem à pessoa com deficiência. Elas continuam a levar em consideração aspectos fundamentais como o tratamento multiprofissional e interdisciplinar, além de escalas específicas de funcionalidade para os pacientes neurológicos.

Outro estudo ainda traz os desafios da padronização das escalas que avaliam o desenvolvimento da funcionalidade da pessoa com deficiência durante o processo de reabilitação (GREENHALGH et al.,

2008). As discussões sobre como mensurar a funcionalidade perspassam pelo reconhecimento e o alcance institucional da Organização Mundial da Saúde, incentivando o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade na clínica e na pesquisa em diferentes países e principalmente o fato de essa classificação servir para nortear políticas públicas relacionadas a pessoas com deficiência. Além disso, os modelos conceituais influenciam o modo como os profissionais abordam seus pacientes com seus problemas (SAMPAIO; LUZ, 2009). Estes modelos também têm relação com a forma como o conhecimento e a experiência estão organizados.

Vários estudos trouxeram à tona o assunto da reabilitação baseada na comunidade, por exemplo, em um estudo realizado na Austrália, outro tipo de estratégia governamental foi utilizada para a implementação da reabilitação comunitária (ADOLFSSON et al., 2010). Neste caso foi estruturado um serviço gratuito na década de 90, com o objetivo de reinserir a pessoa com deficiência ao mercado de trabalho com as atividades laborais adaptadas.

Na temática da reabilitação pediátrica foram selecionados dois estudos. O primeiro destaca a necessidade de formação específica da equipe interdisciplinar para atuar nesse nicho da especialidade (ADOLFSSON et al., 2010; MOOR et al., 1999). Após o estabelecimento do diagnóstico clínico, a criança com deficiência deve ser encaminhada para programas de reabilitação que contam com uma equipe multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, neuropediatra, nutricionista, entre outros), buscando proporcionar e estimular o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças. Além do acompanhamento multiprofissional, a criança com deficiência necessita dos cuidados da família e/ou cuidadores. Estes devem ser esclarecidos acerca das condições de saúde da criança, as possíveis sequelas e as possibilidades que a intervenção terapêutica proporcionará, bem como colaborar com a reabilitação em domicílio, contribuindo na progressão neurofuncional desta criança (LUCENA et al., 2012).

DISCUSSÃO

A interdisciplinaridade é apresentada pelos autores como uma necessidade concreta para a efetivação e resolutividade dos serviços em reabilitação física. Ela é considerada um recurso para uma melhor comunicação interprofissional e estimula o senso de coletividade para o

alcance das metas junto aos pacientes e familiares. Neste cenário, os autores consideram fundamental a construção de pontes que possibilitem a conexão de todos os envolvidos no processo de adaptação dos sujeitos frente aos novos desafios do cotidiano.

A perspectiva integradora da área de funcionalidade humana e reabilitação proporciona uma nova opção para que os pesquisadores biomédicos e profissionais de saúde consigam olhar além de suas respectivas áreas e especialidade. Ela também constitui uma oportunidade particular para que pesquisadores de áreas de estudo relacionadas, como a psicologia e a sociologia, embarquem numa área de pesquisa que é de alta relevância tanto para a vida dos indivíduos como para a prática social (STUCKI et al., 2008).

A reabilitação, quando considerada como uma especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxiliam pacientes com doenças agudas e crônicas a desenvolver, dentro de suas possibilidades, sua independência física, emocional e social.

Nesse contexto, o apoio das pessoas que cercam esses sujeitos no nível da família e da sociedade torna-se de grande relevância no sentido de ajudá-los a enfrentar as dificuldades e proporcionar condições de vida mais favoráveis. Esse suporte proporcionado pela família, vizinhos, lideranças comunitárias e religiosas constitui uma rede de apoio em torno das pessoas com deficiência e evidenciam a importância do apoio social na vida delas, amenizando as limitações que enfrentam, possibilitando o tratamento de que necessitam, mantendo os laços sociais (RIBEIRO, 2009).

A reabilitação neurológica, permeada pela perspectiva da integração multiprofissional, envolve, para além da melhora gradativa do potencial funcional do paciente, possibilidades diversas para a aquisição de novas habilidades frente às desvantagens funcionais advindas da lesão.

No que se refere às estratégias de reabilitação, algumas pesquisas descreveram e analisaram o impacto de um programa de tratamento interdisciplinar na independência funcional e qualidade de vida de pacientes com sequelas neurológicas. Concluíram afirmando que o trabalho multiprofissional, com atuação interdisciplinar, possibilitou aos pacientes estratégias terapêuticas que não se concentravam na ideia de isolar habilidades. Esta perspectiva está fundamentada na separação cartesiana entre mente e corpo, que limita o indivíduo e minimiza suas potencialidades. A atuação conjunta de todos os profissionais envolvidos permitiu que os pacientes se tornassem mais independentes,

adquirindo um maior nível de qualidade de vida, diminuindo suas limitações a partir dos ganhos psicossociais e funcionais. Além disso, eles aderiram a um modelo comunitário, promotor da saúde, preventivo e configurado com a participação ativa das pessoas tratadas (ANDRADE et al., 2009).

Outros pesquisadores entendem que a reabilitação neurológica é um processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance o objetivo principal, que é a reintegração familiar e comunitária dentro das melhores possibilidades físicas e funcionais possíveis (SARTORI et al., 2009).

Assim, as ações em reabilitação neurológica devem propiciar um ambiente profissional interdisciplinar, capaz de promover novos horizontes para além da independência funcional à pessoa com deficiência. Elas devem conter possibilidades inovadoras em termos de comunicação, reinserção profissional e adaptação às atividades esportivas e de lazer.

A reabilitação comunitária ou reabilitação baseada na comunidade vai além da busca pela funcionalidade da pessoa com deficiência. Ela tem por objetivo mobilizar a comunidade para que esteja envolvida ativamente no processo de reabilitação. Neste modelo de reabilitação, ações multisetoriais são desenvolvidas em diversas áreas, como saúde, trabalho e educação, por meio da participação comunitária a partir da gestão de recursos locais.

A reabilitação baseada na comunidade surgiu da necessidade da inclusão da reabilitação em políticas públicas e da responsabilização do Estado no atendimento integral em saúde, através de ações de prevenção, promoção e reabilitação. Tal estratégia apresenta o território comunitário como o espaço privilegiado para a atenção em reabilitação (MOREIRA, 2008). Assim, o profissional de saúde que atua na atenção básica deve conscientizar-se de que o cuidado ao paciente é baseado na utilização de tecnologias leves, nas relações interprofissionais, no acolhimento e produção de vínculos que conduzem a ação profissional ao encontro dos usuários e suas necessidades de saúde, exigindo domínio de tais dispositivos assistenciais (LIMA; FALCÃO, 2014).

A justificativa para implantar a reabilitação da pessoa com deficiência na própria comunidade na Índia foi que 70% das pessoas com deficiência poderiam ser reabilitadas e reintegradas inclusive profissionalmente em sua própria comunidade, desde que tivessem acesso à equipe interdisciplinar adequada (THOMAS, 1992).

No Brasil, a reabilitação comunitária pode ser observada na Estratégia Saúde da Família, na medida em que um de seus pressupostos

é a formação de vínculos entre as equipes de saúde e a comunidade. Outro pesquisador destaca, neste contexto, a centralidade que a participação dos profissionais de saúde assume na rede social das pessoas com deficiência das classes populares. Ela pode ser percebida não somente nos aspectos técnicos e instrumentais, mas nos aspectos emocionais, por meio do apoio moral e afetivo (RIBEIRO, 2009). A reabilitação comunitária entende que a intervenção dos profissionais envolvidos na rede destas pessoas, atuando juntamente com os membros que a compõem, pode reativar os laços sociais das pessoas com deficiência, estimulando a formação de novas redes, que podem, inclusive, envolver outras pessoas com deficiência. Contudo, é necessário, para tanto, conhecer a rede pessoal, buscar formas de estabelecimento de novos contatos, contribuindo para que essas pessoas saiam do isolamento e restabeleçam os vínculos sociais (RIBEIRO, 2009).

Nessa perspectiva, fizemos um paralelo com a reabilitação profissional no Brasil, que teve seu surgimento no início da década de 40, durante o Governo Getúlio Vargas. A reabilitação profissional brasileira caracteriza-se como uma política integrante do sistema de benefícios previdenciários, desenvolvida com exclusividade no âmbito do Estado. Ela traduz uma resposta pública à questão da incapacidade associada aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais. O modelo de atenção convencional desses serviços passou a ser desenvolvido por equipes multiprofissionais formadas por médicos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos e sociólogos. As atividades de profissionalização eram desenvolvidas através de um quadro especializado de professores de ofício e de programas de alfabetização com classes de ensino básico (RIBEIRO, 2009).

A implantação dos “Centros de Reabilitação Profissional” do “Instituto Nacional de Previdência Social” foi organizada de acordo com uma concepção hospitalocêntrica de assistência médica vigente na época. Seguindo este princípio, todos os recursos terapêuticos necessários eram disponibilizados no interior dos próprios serviços, com grandes estruturas físicas, equipamentos de fisioterapia e terapia ocupacional de alto custo e um grande contingente de profissionais. Também foram construídos os “Núcleos de Reabilitação Profissional” do Instituto Nacional de Previdência Social. Estas eram unidades menores, com uma ou duas equipes que referenciavam para os Centros de Reabilitação Profissional os casos de maior complexidade (RIBEIRO, 2009).

A reabilitação comunitária trouxe à tona a possibilidade de incorporação do saber e da iniciativa das pessoas da comunidade no processo de reabilitação. Por seu intermédio, os moradores se tornaram sujeitos do processo de reabilitação. São eles que promovem a integração social das pessoas com deficiência. Nesse sentido, com a reabilitação comunitária, é possível difundir os conhecimentos relativos às causas das deficiências, sua prevenção e tratamento, como também a adaptação dos recursos terapêuticos à realidade socioeconômica local. Este procedimento permite uma democratização do conhecimento relativo à reabilitação e constrói uma alternativa para viabilizar esse processo envolvendo as pessoas das classes populares em países com recursos limitados pela política de saúde. Essa perspectiva de trabalho resulta em um aprendizado também para os profissionais que costumam trabalhar dissociados da realidade onde atuam (RIBEIRO, 2009).

A reabilitação pediátrica tem como principais objetivos a habilitação/reabilitação da criança com deficiência. Ela é realizada por uma equipe multidisciplinar que integra diversos profissionais. Todo o trabalho dessa equipe é centrado na criança e na família. Ele deve considerar as características e especificidades próprias da criança e do seu desenvolvimento (AMORIM, 2010).

Os profissionais da reabilitação, desde o período de formação, devem ser conscientizados e instigados a pensar em seus pacientes como um todo, e não apenas como um ser humano cuja característica única a ser observada é o déficit a ser tratado. Um olhar mais atento à pessoa com deficiência, inserida num contexto familiar e social, promove uma maior conscientização de que terapeutas e pacientes caminhem juntos no processo de reabilitação (LUCENA et al., 2012).

Um dos estudos desta revisão propõe uma adaptação da Classificação Internacional de Funcionalidade como estratégia para atender às necessidades das crianças e jovens com deficiência⁽¹⁸⁾. Esta iniciativa resultou em uma maior conscientização, do ponto de vista dos familiares, sobre a participação das crianças durante o processo de reabilitação. O uso de escalas específicas no atendimento pediátrico contribuiu para o avanço na avaliação da funcionalidade de crianças com diagnóstico de distúrbios neurológicos para além dos aspectos motores, atendendo à perspectiva biopsicossocial. A aplicação do modelo multidimensional de funcionalidade e incapacidade da Classificação Internacional de Funcionalidade durante a prática clínica pode auxiliar o processo de avaliação e intervenção em neuropsiquiatria (ANDRADE et al., 2011).

Diante de um quadro clínico heterogêneo, com um conjunto de deficiências e limitações, os fatores ambientais precisam atuar como facilitadores para a melhora da funcionalidade das crianças com diagnóstico de disfunções neurológicas. Assim, a família, os profissionais de saúde, os amigos, os professores e a comunidade em geral podem contribuir para a inserção social da criança. Por outro lado, é necessário identificar as barreiras que essas crianças encontram em casa, na escola e na comunidade para poderem desenvolver plenamente suas tarefas de reabilitação, orientadas pelos profissionais da saúde, e suas atividades de recreação e lazer com a família e amigos (ANDRADE et al., 2011).

Na abordagem terapêutica em reabilitação pediátrica, é necessário um complexo trabalho multiprofissional e interdisciplinar a ser realizado com a criança ao longo de toda a infância, além do envolvimento contínuo dos pais. No Brasil, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência traz orientações normativas que visam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, o que garante aos familiares cuidadores o acesso aos serviços necessários à manutenção dos cuidados das crianças.

A reabilitação pediátrica tem como principais objetivos a habilitação/reabilitação da criança com deficiência, sendo realizada por uma equipe multidisciplinar que integra diversos profissionais. Todo o trabalho dessa equipe é centrado na criança e na família. Ele deve considerar as características e especificidades próprias da criança e do seu desenvolvimento (AMORIM, 2010).

CONCLUSÃO

A reabilitação interdisciplinar vem sendo discutida ao longo de décadas. Ela, ainda hoje, se apresenta como uma temática a ser discutida, principalmente no que se refere às estratégias para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. De maneira geral, a atuação interdisciplinar é considerada o caminho para contribuir não somente com a readaptação dos aspectos físicos, mas também nas questões relacionadas aos aspectos emocionais, sociais e profissionais.

Além de a interdisciplinaridade ter se constituído como uma peça-chave no processo de reabilitação outro aspecto nos chamou a atenção. Trata-se do incentivo e preocupações de diversos autores quanto a uma formação mais abrangente dos profissionais da área de

saúde. Alguns estudos insistiram em defender a necessidade de os profissionais serem qualificados para compreender o indivíduo frente às diversas necessidades que extrapolam a reabilitação física. Nesse contexto, muitos instrumentos têm sido produzidos e aplicados na avaliação da funcionalidade das pessoas com deficiência. A proposta mais recorrente nos estudos indica a adoção de estratégias de abordagem integral do ser humano. Estratégias a serem desenvolvidas, mas que indiscutivelmente contribuirão para a evolução histórica do cuidado prestado na área de reabilitação. As categorias encontradas neste estudo corroboram com os achados científicos mais atuais que enfatizam a necessidade da abordagem interdisciplinar no cuidado a pessoas com deficiência.

Observamos, por exemplo, que a reabilitação neurológica é muito discutida nos estudos devido à sua complexidade. Muitos autores preocupam-se com as estratégias para minimizar as desvantagens advindas das deficiências e também para superar as barreiras sociais. Em relação à reabilitação pediátrica, autores apontam a importância da formação direcionada para cuidar das crianças com deficiências, assim como a necessidade da construção de escalas de funcionalidade que considerem as especificidades desta faixa etária. A reabilitação baseada na comunidade, ou comunitária, comporta um desafio, existente desde a década de oitenta, mas que ainda hoje está atual: aperfeiçoar a participação dos atores sociais da própria comunidade, com vistas ao desenvolvimento de habilidades não somente físicas das pessoas com deficiência, mas principalmente os aspectos emocionais e sociais.

REFERÊNCIAS

ADOLFSSON, Margareta; GRANLUND, Mats.; BJÖRCK-AKESSON Eva.; IBRAGIMOVA, Nina.; PLESS, Mia. Exploring changes over time in habilitation professionals perceptions and applications of the international classification of functioning, disability and health, version for children and youth (ICF-cy). **Journal Rehabil. Med.**, v.42, p.670-678, 2010.

AMORIM, Rosa. Reabilitação. **Nascer e Crescer.**, v.19, n.03, p.169-173, 2010.

ANDRADE, Peterson Marco O.; FERREIRA, Fernanda de Oliveira.; VASCONCELOS, Alina Gomide.; LIMA, Eduardo de Paula.; HAASE,

Vitor Geraldi. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.29, n.03, p.320-327, 2011.

ANDRADE, Suellen Marinho; MOREIRA, Karen Lúcia de Araújo Freitas; OLIVEIRA, Eliane Araújo de. SANTOS, João Batista Oliveira dos; QUIRINO, Maria Aparecida Bezerra. Independência funcional e qualidade de vida em pacientes com sequelas neurológicas: a contribuição de um grupo terapêutico interdisciplinar. **Cienc. e Cog.**, v.15, n.02, p.155-164, 2010.

APPLE, D.; STANTON, J. Shepherd Center. **Spinal Cord.**, v.36, n.05, p.357-362, 1998.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro Carlos; SPEZIA, Humberto; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.14, n.01, p.31-38, 2009.

DALTON, Catherine; FARRELL, Rachel; DE SOUZA, Annette; WUJANTO, Evelyn; MCKENNA-SLADE, Ann; THOMPSON, Clarence Liu; GREENWOOD, Richard. Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. **Clinic Rehab.**, v.26, n.02, p.165-173, 2011.

DE MARTINI, Andre. Reabilitação, ética e técnica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.04, p. 2263-2269, 2011.

FARIA, Filipa. A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. **Acta Fisiatr.**, v.17, n.01,p.44-48, 2010.

GEDDES, Joanna M.L.; TENNANT, Alan.; CHAMBERLAIN, M.A. The Leeds assessment scale of handicap: its operationalization, reliability, validity and responsiveness in-patient rehabilitation. **Disab & Rehab.**, v.22, n.12, p.529-538, 2000.

GREENHALGH, J.; LONG, A.F.; FLYNN, R.; TYSON, S. "It's hard to tell": The challenges of scoring patients on standardized outcome measures by multidisciplinary teams: a case study of

neurorehabilitation. **BMC Health Serv. Res.**, v.08, n.217, p.1-15, 2008.16.

JORGENSEN, Ulrik.; MELCHIORSEN, Hanne.; GOTTLIEB, Annemarie Graae.; HALLAS, Vibeke.; NIELSEN, Claus Vinther. Using the international classification of functioning, disability and health (ICF) to describe the functioning of traumatized refugees. **Torture**, v.20, n.02, p.57-75, 2010.

LIMA, Andréia Carolina Santos de; FALCÃO, Ilka Veras. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup.**, v.22, n.01, p.3-14, 2014.

LUCENA, Maria Oliveira Vieira de.; CARVALHO, Sandra Maria Cordeiro Rocha de.; GERMANO, Cristina de Fátima Martins.; LEMOS, Moema Teixeira Maia. Abordagem Fisioterapêutica na Visão do “Cuidar” de uma Criança com Paralisia Cerebral Associada a Deficiência Intelectual: Relato de Caso. **Rev Bras. Cien. Med. Saúde.**, v.16, n.04, p.567-572, 2012.

MANN, William C.; SVORAI, Susan Braun. Compete: a model for vocational evaluation, training, employment, and community for integration for persons with cognitive impairments. **Am. J. Occup. Ther.**, v.48, n.05, p.446-451, 1994.

MCLELLAN, D.L. Neurology or Rehabilitation? **J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.**, v.55, p.47-50, 1992.

MOOR, J.D.; DIDDEN, R.; NUIS, M.; VAN DE VEN, G. Assessing needs for interdisciplinary team training in children’s rehabilitation: a pilot study. **International J Rehab Res.**, v.22, p.93-100, 1999.

MOREIRA, Adriana Belmonte. Terapia Ocupacional: História Crítica E Abordagens Territoriais/Comunitárias. **Vita et Sanit.**, v.02, n.02, p.80-91, 2008.

PLAYFORD, E.D.; DAWSON, L.; LIMBERT, V.; SMITH, M.; WARD, C.D.; WELLS, R. Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals’ perceptions of goal-setting. **Clin. Rehab.**, v.14, p.491-496, 2000.

RIBEIRO, Katia Suely Queiroz Silva. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. **R Bras. Cienc. Saúde.**, v.13, n.02, p.69-78, 2009.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v.25, n.03, p. 475-483, 2009.

SARTORI, Juliano; NEUWALD, Marla Finkler; BASTOS, Victor Hugo; SILVA, Júlio Guilherme; MELLO, Mariana P.; FREITAS, Marcos R.G. de.; NASCIMENTO, Osvaldo J.M.; REIS, Carlos Henrique Melo.; EIGENHEER, Júlia Fernandes.; PORTO, Fábio.; ORSINI, Marco. Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal: relato de caso **Rev Neurocienc.**, v.17, n.04, p. 364-370, 2009.

SMITS, S.J.; FALCONER, J.A.; HERRIN, J.; BOWEN, S.E.; STRASSER, D.C. Patient-focused rehabilitation team cohesiveness in Veterans Administration hospitals. **Arch Phys Med Rehabil.**, v.84, p.1332-1338, 2003.

STEAD, A.; LEONARD, M.C. Changing to a client-focused quality service through more effective team work. **Health Manpow Management.**, v.21, n.04, p. 23–27, 1995.

STRASSER, Dale C.; SMITS, Stanley J.; FALCONER, Judith A.; HERRIN, Jeph S.; BOWEN, Susan E. The influence of hospital culture on rehabilitation team functioning in VA hospitals. **J. Rehabil Res. Dev.**, v.39, n.01, p.115-125, 2002.

STUCKI, Gerold; REINHARDT, Jan Dietrich; GRIMBY, Gunnar; MELVIN, John. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. **Acta Fisiatr.**, v.15, n.01, p.63-69, 2008.

THOMAS, Maya. Community based rehabilitation in India – An emerging trend. **Indian J. Pediatr.**, v.59, p.401-406, 1992.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social

no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cad. Saúde Pública.**,v.24, n.11, p.2661-2670, 2008.

5.2 A HISTÓRIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO – FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL (1973-1991)

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni,
PADILHA, Maria Itayra.

RESUMO: Este estudo objetiva analisar a historicidade no campo de conhecimento referente à saúde da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. É um estudo descritivo, qualitativo, com abordagem socio-histórica, que utiliza a história oral temática, e foi realizado com 13 profissionais de saúde. As três categorias encontradas foram: Acolhimento da pessoa com deficiência física pela equipe interdisciplinar: elaboração de um plano terapêutico individualizado; Criatividade, conhecimento científico e interdisciplinaridade e A busca pelo conhecimento especializado: um aprendizado individual e coletivo. Os resultados demonstram que os profissionais da instituição aprenderam a trabalhar em conjunto, criando estratégias inovadoras de reabilitação multidisciplinar. No que se refere à busca do conhecimento científico na área, os profissionais se utilizavam da literatura científica aplicada, cursos de formação e especializações voltadas à reabilitação das pessoas com deficiência física. Conclui-se que a reabilitação realizada de modo integrado na instituição referida foi uma conquista dos profissionais em reabilitação, que uniram esforços para inovar e melhorar a qualidade do atendimento prestado à pessoa com deficiência física.

DESCRITORES: Reabilitação; Pessoas com deficiência, História; Equipe interdisciplinar de saúde.

INTRODUÇÃO

O conceito de deficiência vem adquirindo novos sentidos e abrangência, e, na análise da deficiência, consideram-se, além das disfunções nas estruturas e funções do corpo, as características relativas aos contextos ambientais – físicos e sociais, que, juntos, interagem e influenciam a capacidade funcional e a participação social do sujeito (BALEOTTI; OMOTE, 2014).

A reabilitação das pessoas com deficiência, quando vista de maneira integral, parte do pressuposto de que não existe um único profissional que seja suficiente para as necessidades da pessoa com deficiência. Considerando os aspectos relacionados à educação, de saúde (orgânica e psíquica), emocionais, ocupacionais, socioeconômicos, são requeridos os trabalhos de mais de um campo profissional. Assim, na reabilitação pautada no trabalho interdisciplinar, haverá, em maior ou menor grau, uma diversidade de técnicas e condutas em diálogo e, neste cenário, cada profissional terá que compreender os trabalhos realizados por colegas de outras áreas (DE MARTINI, 2011).

Para que a reabilitação integral seja realmente estruturada e consolidada, faz-se necessária a instrumentalização das equipes dos Centros de Referência em Reabilitação no sentido de promover ações inovadoras por meio da Educação Continuada e pela criação de espaços para a reflexão e debate das equipes. O diálogo e o aprofundamento das equipes diante dos impasses e limitações do serviço e/ou daqueles relativos à práxis profissional podem auxiliar na superação do modelo hegemônico à luz do princípio da integralidade na produção do cuidado em reabilitação (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013).

O Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) foi fundado em 1961, localizado no Município de Florianópolis/SC, é a primeira instituição pública de referência na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Santa Catarina. Atualmente, está estruturado em seis áreas de atendimento à saúde das pessoas com deficiência: Neuroreabilitação Adulto, Reabilitação Pediátrica, Reabilitação Músculo-Esquelética, Reabilitação Cardiopulmonar, Programa de Confecção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, Programa de Tratamento de Espasticidade e Distonia. Ainda possui outras atividades integradas aos programas citados, como a Hidroterapia e o Programa de Atividades Domiciliares e Comunitárias.

Neste estudo, a escolha do recorte temporal contemplou o período inicial de 1973, ano em que foi inaugurada a sede própria da Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR), já com a infraestrutura mínima para que os profissionais pudessem iniciar suas atividades na área de reabilitação. O período final data do ano de 1991, quando a ASCR passou por um momento de transição, por meio da reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC), que unificou o Departamento de Saúde Pública (DSP) e a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), sob comando único da SES-SC, passando à rede estadual a assistência integral à saúde da população catarinense.

Diante das transformações ocorridas no Centro Catarinense de Reabilitação no que tange às inovações na área da Reabilitação Física, tanto na práxis profissional como nos modos de desenvolvimento do conhecimento especializado na área, o presente estudo tem como objetivo analisar a historicidade no campo de conhecimento referente à saúde da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação no período de 1973 a 1991.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com abordagem socio-histórica, pois tem o intuito de compreender um determinado grupo social, discutindo seus aspectos cotidianos relevantes à pesquisa (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). Esta pesquisa é fundamentada na Nova História, paradigma no qual a história é reconstruída não somente com registros baseados em documentos e em fontes orais. Estas apresentam a história dos acontecimentos e consideram o ponto de vista daqueles que vivenciaram os acontecimentos de uma determinada época (BURKE, 1991).

O estudo foi realizado com a participação de 13 profissionais que atuaram no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) no período de 1973 a 1991 e a coleta de dados constituiu-se de fontes orais, documentais e bibliográficas. Os profissionais selecionados foram de diversas áreas: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia, técnicos e auxiliares em fisioterapia, protesista/ortésista.

A coleta de dados se realizou no local atual de trabalho ou na residência dos participantes, visando facilitar o acesso do sujeito à pesquisa. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados constituído por onze questões, envolvendo temas relacionados ao conhecimento formal superior, às relações multiprofissionais e interdisciplinares no CCR, com embasamento científico no referencial teórico de Eliot Freidson.

A análise dos dados aconteceu sob o olhar do referencial teórico de Freidson, empregando a análise de conteúdo para categorização dos dados. Esta estratégia caracteriza-se como um conjunto de técnicas sistematizadas para a descrição e análise do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009; MINAYO, 2004). Foram identificadas três categorias: a) Organização científica da equipe interdisciplinar no CCR: avaliações de ingresso e estudos de caso; b) Criatividade, conhecimento científico e interdisciplinaridade no CCR; c) A busca pelo conhecimento

especializado: um aprendizado individual e coletivo. A análise documental foi utilizada para captar as informações acerca da atenção à saúde das pessoas com deficiência física.

O estudo se pautou na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normativas que regem as pesquisas envolvendo os seres humanos. A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC.

No início de cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo pelo qual foram convidados a participar do mesmo. Antes da gravação das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento assegura a confidencialidade e o anonimato dos participantes e ainda informa que não receberiam qualquer retribuição financeira por sua contribuição no estudo, esclarecendo-os de que poderiam abandonar o estudo no momento em que desejassem. Além disso, após o término de cada entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do conteúdo do Depoimento Oral, documento que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista, tendo por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

RESULTADOS

Acolhimento da pessoa com deficiência física pela equipe interdisciplinar do CCR: elaboração de um plano terapêutico individualizado

O desenvolvimento da reabilitação e da atenção à saúde da pessoa com deficiência física em Santa Catarina nas décadas de 1970 e 1980 ainda estava se estruturando e os profissionais do CCR buscavam exercer ações colaborativas, ações interdisciplinares para melhor compreensão da complexidade da área. Em diversos momentos, estes compartilhavam o conhecimento científico específico e exclusivo na área de Reabilitação Física, como na Avaliação de Ingresso Multiprofissional e nos Estudos de Caso, realizados com a participação do maior número possível de profissionais da instituição.

E não somente aqueles de nível superior participavam das avaliações e estudos de caso, que serviam como base para o planejamento terapêutico individualizado dos profissionais. Os técnicos em fisioterapia também expressavam suas considerações acerca das

possíveis potencialidades dos pacientes e percebiam a complexidade e a importância deste momento:

“Era avaliar o paciente e ver o que mais precisava fazer ou buscar, ou o que tu percebias (um exemplo): a criança eu acho que não está escutando: tem que ser encaminhada para um médico fazer o exame e aí nessa equipe elas encaminhavam no final da reunião esse paciente para o tal médico que precisasse ou (outro exemplo) se precisa de uma órtese mais eficiente. Nós como técnicos participávamos falando sobre o rendimento do paciente, o que achava que precisava melhorar, o que não, o apoio familiar como é que estava, né?” (Maria Helena Pamplona, técnica em fisioterapia, 1975-1998).

Para os profissionais entrevistados, a avaliação de ingresso realizada pela equipe multiprofissional era fundamental para que todos pudessem ter uma visão holística do caso clínico de cada paciente que seria atendido no CCR:

“Eu adorava fazer isso, era marcado nas sextas-feiras de manhã as avaliações de ingresso...então quando a criança vinha o serviço social pegava a mãe e ia fazer uma entrevista e nós ficávamos com a criança. O fisioterapeuta ia vendo se tinha deformidade se não tinha, o pedagogo já brincava para ver se a criança já pegava objetos, se trocava de mão, se levava na boca, né? Já era tudo feito ao mesmo tempo, o fonoaudiólogo prestava a atenção na parte de linguagem, se atendia ordem se não atendia, se prestava atenção em ruídos, em barulhos, quando eram menorzinhos, e daí já fazia barulho de um lado e do outro para ver se buscava fonte sonora, era feito assim. O terapeuta ocupacional já via também se pegava, se conseguia pegar, se não conseguia, a gente já via os reflexos neurológicos patológicos, se tinha no caso, o fisioterapeuta já olhava os dele, o fonoaudiólogo também já testava sucção, deglutição, os reflexos orais, de procura, de vômito, enfim...O psicólogo nos acompanhava durante a sessão para ver como a criança se

movimentava. E aí quando tudo ocorria bem, o serviço social voltava, a assistente social voltava e nos contava a história daquela criança.” (Thaísa Curcio Muzzi, fonoaudióloga, 1988-2008).

Corroborando o cenário das experiências da equipe multiprofissional do CCR nas décadas de 1970 e 1980, num estudo realizado entre os anos de 2010 e 2012, com profissionais que integravam uma residência multiprofissional, os pacientes atendidos pela equipe multiprofissional eram selecionados por meio de uma triagem realizada em grupo, pautada na identificação daqueles de maior vulnerabilidade biológica, social e/ou psicológica. Após seleção dos pacientes, cada residente realizava uma avaliação específica de sua área, e, em conjunto, elaboravam o plano terapêutico singular, que funcionava como diretriz para o atendimento da equipe (CHEADE et al., 2013).

A elaboração de um plano terapêutico individualizado pelos profissionais em reabilitação física do CCR e do estudo citado acima legitima as reflexões de Freidson de que as profissões detêm e permanecem com o poder de um segmento importante, denominado conhecimento formal; podendo ser considerado um monopólio das profissões que não é substituível com o tempo, mesmo com a existência de competidores e níveis crescentes de informação do leigo ao seu redor. Pois, na medida em que se adquire o conhecimento, é possível perceber a existência constante de suas lacunas (FREIDSON, 1998).

No histórico das atividades multiprofissionais instituídas no CCR, houve relatos sobre a existência dos Estudos de Caso, que tinham por objetivo discutir as atividades a serem desenvolvidas com as crianças e adultos com deficiência física para posterior elaboração de um planejamento terapêutico individual para os clientes, onde cada profissional era responsável pelas orientações específicas de sua área:

“Era toda a sexta feira (o grupo de estudos), uma sexta feira nós tínhamos estudo pedagógico. E numa outra sexta feira nós tínhamos os estudos de caso. E daí durante a semana a gente marcava as avaliações, os pacientes passavam nas avaliações e iam para o estudo de caso e a gente via o que eles estavam precisando, o que estava precisando ser mudado. Então ali era decidido, era feito em ata, era colocado no prontuário o que foi decidido, quantas vezes ele precisava frequentar, se ele não fosse caso para nós, para onde a gente encaminha:

O Adalberto que era o médico fisiatra, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional, a assistente social, a psicóloga e as pedagogas. Todos eram ouvidos, tudo era levado muito a sério, sabe? Todo mundo tinha o mesmo nível não tinha diferença nenhuma” (Nilda Destri, Fonoaudióloga, 1970 -2005).

Nos estudos de caso realizados com a participação de diversos profissionais do CCR, as fronteiras profissionais estavam bem estabelecidas, no que se referente a não ferir a autonomia profissional dos participantes. Freidson (2009) afirma que os membros legítimos de uma determinada profissão têm o privilégio de não serem controlados por ninguém que seja fora da profissão, pois defendem que o conhecimento exigido na realização do trabalho profissional é tão especial, a ponto de os leigos não terem condições suficientes para tecer avaliações e regulamentações a seu respeito. Além disso, não necessitam de supervisão, por serem profissionais responsáveis em seu trabalho, merecendo total confiança do público e poderes políticos e econômicos.

A efetivação dos estudos de caso como uma prática na rotina dos profissionais do CCR não foi uma imposição institucional, mas sim uma conquista da equipe multiprofissional, que anseava por ter oportunidades de desenvolver ainda mais suas habilidades e competência técnica com vistas a proporcionar uma melhor assistência individual e interdisciplinar:

“Tinha uma fono, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo, um fisiatra, um neurologista e a assistente social não posso esquecer dela. Então era a nossa equipe, e tinham os técnicos (em fisioterapia) que era eu e a Zenaide, tinham dois auxiliares (em fisioterapia), o Idelmar e o Luiz e ali a gente fazia estudo de caso com cada um dos pacientes com todos esses profissionais. Isso aí foi uma luta muito grande que a gente conseguiu: das onze ao meio dia, a gente ficava uma hora estudando esse paciente, todos os pacientes, a gente tirava um por vez. E a gente estudava, depois que a gente estudava todos eles, de 6 em 6 meses a gente revisava tudo de novo, traçava o plano de tratamento para eles, para fazer de novo, a melhora, se teve melhora ou não...” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009).

As práticas de avaliação e reavaliação dos pacientes baseadas nos estudos de caso exigiam os esforços de cada profissional individualmente e coletivamente para buscar soluções para melhorar aspectos específicos da reabilitação das pessoas com deficiência. Em uma revisão integrativa publicada em 2010 por Silva e Ramos sobre Integralidade em Saúde, os resultados revelaram que a integralidade é um dos princípios do SUS de grande complexidade e dificuldade de operacionalização e, justamente por esses motivos, nem sempre a integralidade é conhecida e praticada pelo profissional de saúde.

Os profissionais se comprometiam com o momento dedicado semanalmente aos estudos de caso a fim de desenvolver uma reabilitação física de maior qualidade baseada nas trocas de experiências profissionais e literatura científica especializada:

“A gente fazia os estudos de caso. A gente sentava, a gente discutia...E, assim, brigava por eles (pessoas com deficiência física), entendeu? Porque a gente acabava ficando apaixonado pelo trabalho mais do que qualquer outra coisa. E a equipe muito unida, né? Era muito unida. Os estudos de caso, nós tínhamos uma sala, o Centro de Estudos onde tinha um armário, com uma biblioteca, com livros doados de um monte de gente para poder pesquisar, estudar e tal. A gente pegava os pacientes, pegava as avaliações, sentava e discutia o que era melhor para aquele paciente, naquele momento. Sei tinha uma pessoa que era responsável pelo Centro de Estudos que avisava os profissionais, porque você não podia ter atendimento. Você tinha que estar lá, presente, porque nós íamos estudar o caso” (Ulla Vestergaard Lisboa, Fisioterapeuta, 1978-1984 / 1989-2001).

Em um estudo realizado em 2013 por Scherer et al., na atenção primária, atuar segundo o princípio da integralidade na atenção primária amplia as interfaces disciplinares e coloca novas dificuldades e desafios no plano das competências, no que tange ao potencial de cada profissional e às possibilidades de os coletivos trabalharem interdisciplinarmente.

Os estudos de caso eram baseados em discussões teórico-práticas, ou seja, a experiência de cada profissional era extremamente importante,

mas buscava-se aprimorar esta prática assistencial por meio do conhecimento teórico especializado. Existem tarefas que impõem aos profissionais um extenso treinamento ou experiência ou ambos e, neste caso, os realizadores são verdadeiros especialistas com competência e conhecimento, que é unicamente deles e não faz parte da competência normal dos leigos. E, dessa maneira, as profissões mais fortes conseguem preservar o direito de controlar seu próprio desempenho no trabalho, sob a justificativa de que são as únicas que conhecem o suficiente para avaliá-lo adequadamente (FREIDSON, 1998).

“Então, a gente sempre fazia reuniões. Principalmente no estudo de caso. E aí foi onde, é, nós começamos a perceber que a gente tinha que compartilhar isso. Porque eu tinha todo um conhecimento pedagógico, desenvolvimento infantil, mas eu não sabia nada de fono. Eu não sabia nada de TO. E aí a gente começou a questionar: gente, a criança é uma só, né? Como é que a gente vai dividir? A gente não pode dividir essa criança, né? E aí, foi onde começou a vir o trabalho multidisciplinar. E a gente começou a experimentar e deu certo. Houveram muitos questionamentos. Muitas negações com isso, sabe? Muitos profissionais não aderiram à ideia. E, teve problemas até de relacionamento profissional por causa disso. Então, assim, algumas pessoas ficaram com medo de dividir conhecimento. De abrir as portas do consultório. E aí começamos a formar esse grupo e mostrar principalmente pra família e até pra diretoria que a criança era uma só” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

Introduzir a complexidade do trabalho interdisciplinar na rotina dos profissionais da instituição também não foi uma tarefa simples e aceita por todos de modo natural. Houve momentos de discussão e posições contrárias a essa nova concepção, porém a descoberta gradual da complexidade da reabilitação da pessoa com deficiência física trouxe à tona uma nova possibilidade de reabilitar: a reabilitação de modo integral tão quanto fosse possível. A interdisciplinaridade não está presente em todos os momentos, mas é construída a partir de necessidades e capacidades determinadas pelo meio e pelos sujeitos que produzem o cuidado em saúde (SCHERER et al., 2013).

As avaliações de ingresso multiprofissional e os estudos de caso foram algumas das diversas estratégias dos profissionais em reabilitação do CCR que propiciaram avanços na qualidade do atendimento prestado à pessoa com deficiência e que atualmente continuam sendo um desafio às diversas profissões da área da saúde, para compartilharem simultaneamente seus conhecimentos exclusivos em prol de uma reabilitação integral do paciente.

Criatividade, conhecimento científico e interdisciplinaridade

Quando a sede própria do Centro Catarinense foi inaugurada no início da década de 70, havia poucos recursos físicos para realizar os exercícios terapêuticos na área de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Diante dos poucos recursos materiais, a equipe multiprofissional utilizava-se do improviso e de materiais alternativos aliados ao conhecimento científico para desenvolver estratégias efetivas em reabilitação. Além da adaptação dos recursos materiais nas terapias em reabilitação, outra adaptação foi acontecendo naturalmente: o conhecimento e o entrosamento das diversas profissões que trabalhavam com reabilitação física para desenvolver ainda mais as habilidades das pessoas com deficiência.

A criatividade associada ao conhecimento científico e experiência profissional constituíam valiosos pilares para desenvolver habilidades na concepção de exercícios terapêuticos voltados às necessidades individuais dos pacientes:

“Outra vez bolei uma caixa de areia: eu fui na praia, peguei numa construção areia fina e areia grossa para eles para testar a sensibilidade nos pés, eu bolava e fazia coisas ...tentamos um extensor para o paraplégico ficar em pé, aí a gente fez no espaldar, deixava eles em pé, e eles ficavam feliz da vida, olhando de igual para igual e a gente batia papo, melhorava a circulação, melhorava tudo, aí o paciente se deu bem, leva para a casa (o extensor). Foi muito bom, eu amo! Amo, amo essa profissão! Amo de paixão até hoje” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009).

A capacidade de criar as mais diversas formas de exercícios terapêuticos somente é possível a partir de uma base sólida e estruturada de um conhecimento formal e exclusivo, como no caso do relato citado acima, na área de reabilitação neurológica. Um exemplo claro de que as profissões detêm e permanecem com o poder de um segmento importante, denominado como conhecimento formal, uma espécie de monopólio das profissões que não encolhe com o tempo, mesmo com a existência de competidores e níveis crescentes do conhecimento leigo ao seu redor. Pois, na medida em que se adquire o conhecimento, é possível perceber a existência, de modo constante, de lacunas de conhecimento (FREIDSON, 1998).

Os profissionais do Centro Catarinense de Reabilitação buscavam terapêuticas inovadoras para melhorar o tratamento dos pacientes neurológicos, como das pessoas que sofriam de Acidente Vascular Encefálico:

“A gente levava eles para fazer hidro, que na época deus me livre colocar um... AVC (Acidente Vascular Encefálico) dentro de uma hidro, hoje é coisa normal, nas antigamente, há 20 anos atrás: “você está tudo é malucas, eles vão se afogar”. O pessoal todo, os familiares era uma loucura. A gente dizia: Não! (Não vão se afogar). Estamos estudando isso aí é uma técnica nova a gente lia, vamos fazer! E aí dava super certo. A gente colocava quinta feira só para a piscina aí eles vinham tudo animado para a piscina e isso é muito importante para o paciente, muito! Porque faz ele se sentir útil, eu não sou só naquela cadeirinha” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009).

A mudança na percepção da incapacidade implica em novas abordagens e novos modelos de intervenção em reabilitação, que são construídos a partir da interação de fatores clínicos, sociais e econômicos (FARIA, 2010). As práticas inovadoras em reabilitação trazidas pelos profissionais da instituição causavam certo estranhamento aos olhos dos familiares e cuidadores das pessoas com deficiência, mas todas as técnicas utilizadas eram fruto de muito estudo e conhecimento especializado na área. O conhecimento em si, puro e simples, não oferece subsídios para uma profissão obter um poder especial – somente o conhecimento exclusivo dá o poder a seus detentores, obtendo assim a

autonomia profissional, que permite aos trabalhadores o arbítrio em seu trabalho, afirmando seu próprio julgamento e responsabilidade como árbitros de suas atividades (FREIDSON, 1998).

Ainda entre as décadas de 1970 e 1980 os profissionais da instituição iniciaram suas atividades em reabilitação de modo tradicional, onde o atendimento se restringia a profissional e paciente. Contudo, gradualmente, a comunicação e a cooperação entre as diversas áreas entraram no cenário das práticas profissionais, iniciando timidamente a prática da interdisciplinaridade:

“Porque eu acho que foi o pontapé inicial, né? Mas.... e a gente discutia muito em equipe o que fazer. Por exemplo, às vezes a fono estava sem paciente, aí ela entrava na sala da fisio. Para conversar com a gente, para ver o atendimento e dava dicas muito importantes com relação à parte fonoaudiológica: como era a melhor postura para você deixar o paciente obter uma resposta enquanto você faz o tratamento, né? Então, você tava fazendo o tratamento, você solicitava também a participação do teu paciente que, afásico, na parte de compreensão, na parte de emissão das suas vontades, né? E era muito legal. O terapeuta ocupacional também. Ele era muito “loucão”, assim, muito divertido. Meio turrão, mas a gente brigava..... né? Brigava no bom sentido, porque era uma briga profissional sem se ofender, e a gente se acertava. Era muito legal. Muito interessante” (Ulla Vestergaard Lisboa, Fisioterapeuta, 1978-1984 / 1989-2001).

Outro relato também demonstra o despontar da interdisciplinaridade, ainda que de maneira tímida, mas muito consciente da importância de compreender o fazer do outro para melhorar ainda mais o seu próprio fazer:

“A fono, por exemplo, ia muito na minha sala para fazer, pra dizer como é que tinha que trabalhar com aquela criança. A terapeuta ocupacional também ia para mostrar como que é que tinha que ser a postura dele, sentado numa cadeira. Então, eles lá faziam essa parte. Iam na sala da gente pra poder orientar a gente nesse

sentido aí, entende?” (Marilene Pedagoga 1978-1992).

O desenvolvimento da interdisciplinaridade, ou seja, a integração das diversas disciplinas foi evoluindo e agregando os profissionais do CCR de maneira sistemática e por que não dizer ainda de modo divertido e surpreendente:

“...Mas a gente conseguiu evoluir a ponto de fazer atividades em conjunto onde todos participavam e cada um tinha a sua função bem estabelecida, vou te dar um exemplo: as meninas pegaram uma pipoqueira e pegaram as crianças, então a fisioterapia pedia para as crianças irem buscar os milhos na outra sala, treinando a marcha, andavam, engatinhavam, se arrastavam para trazer a pipoqueira. A fono trabalhava salgado e doce com as pipocas prontas, então trabalhava a diferença do salgado e doce na degustação. A pedagogia ensinava o que era uma pipoqueira com seu significado e colocava o milho que virava pipoca, então nesse trabalho... todo mundo via qual era a sua função” (Eliana Trevisan, fisioterapeuta, 1984-2013).

A essência da interdisciplinaridade está no trabalho em equipe cujo compromisso é a geração de dispositivos renovados para o trabalho, sendo necessário que cada profissional se familiarize com as outras áreas, de modo legitimado e em relações horizontais. Requer humildade e disponibilidade, num movimento de reconhecimento de dificuldades insolúveis e de posições diferentes em relação a um mesmo objeto (NASCIMENTO et al., 2010).

A descoberta do trabalho interdisciplinar transformou as práticas profissionais do individual ao coletivo, mantendo o objetivo principal de cada profissional no momento da terapia:

“Depois cada um fazia a sua parte. Depois a gente começou a perceber que, eu e a TO, a pedagogia e a TO, e a fisio, por exemplo: se eu botar a criança em pé, ela está precisando de apoio, ficar em pé... A gente botava ela em pé, ou com rolo.. e faz um desenho! Ali eu estou trabalhando as cores! É uma

coisa lúdica, mas ela tá lá em pé, corrigindo a postura. E aí a gente começou com o que a gente podia fazer. Trabalhava com a criançada tudo junto, sabe? E aí foi onde começou isso. Então, a gente começou a trazer bichos. E até cavalo aparecia na Reabilitação na época. Fazíamos, assim, várias atividades. Então, a gente pensava numa atividade que contemplasse todos os profissionais” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

A fala da entrevistada remete à questão da interdisciplinaridade. Esta não pretende a unificação de conhecimentos, mas a complementaridade de saberes, pois promove a troca de informações e conhecimentos entre profissionais oriundos de diversas formações com o objetivo de solucionar as necessidades de atenção à saúde requeridas pelo paciente de modo individualizado. Já, para que haja a integralidade, faz-se necessária a atuação de vários profissionais de diversos núcleos de competências e responsabilidades, onde cada um atua em uma parte, interligando os saberes de uma equipe multidisciplinar no cuidado a saúde. (LINARD et al., 2011).

De acordo com Freidson (2009), quando uma profissão se organiza de uma forma que assegure um bom trabalho, voltado para o interesse público, independente do interesse profissional ou pessoal, conclui-se que ela justificou sua reivindicação sobre as condições do seu trabalho. Nesse contexto, os diferentes profissionais do CCR conseguiram manter sua autonomia profissional, mesmo trabalhando em conjunto, pois inclusive a posição de cada um na divisão de trabalho apresentava-se bem estabelecida.

O avanço nas questões relacionadas à abordagem interdisciplinar no CCR, no intuito de transformar o modo como a reabilitação era feita, ou seja, por setor, por cada profissão de modo isolado, aconteceu de maneira gradual e efetiva, culminando em relações horizontais de trabalho, com respeito ao conhecimento e técnica específicos de cada profissão. O abarcar da complexidade do trabalho em conjunto, liberdade de ter criatividade no trabalho individualizado e a inovação nas terapêuticas trouxeram novas perspectivas aos profissionais do CCR e principalmente à incessante melhoria na qualidade da assistência prestada à pessoa com deficiência.

A busca pelo conhecimento especializado: um aprendizado individual e coletivo

O conhecimento científico específico na área da Reabilitação Física teve início nos anos de 1940 e 1950, nos Estados Unidos da América (E.U.A). Durante a Primeira e Segunda Guerra Mundial, os soldados de guerra que sobreviveram às batalhas retornavam com sequelas ortopédicas e neurológicas que necessitavam de atenção da sociedade mundial para que pesquisas pudessem ser realizadas e terapias pudessem ser aplicadas afim de desenvolver habilidades nestas pessoas, devido às perdas funcionais geradas pelas consequências das atividades nos campos de batalha. A partir de então, todo esse conhecimento pôde ser aprimorado ao longo das décadas para atender os milhares de pessoas com deficiência que frequentam os Centros de Reabilitação de todo o mundo na busca da melhor funcionalidade e adaptação para retornar às mais diversas atividades: cotidianas, lazer, profissionais, dentre outras.

Os profissionais do CCR também acompanhavam esta evolução, buscando uma melhor qualificação na área de reabilitação com a renovação constante de saberes:

“...acho que se você não tiver um conhecimento técnico você não consegue desenvolver um bom trabalho, eu sou adepta de que a prática é fundamental, mas a prática tem que estar associada a uma técnica, Então eu acredito que se você não tiver uma continuidade de atualização você não vai ter uma boa prática. Porque as vezes você pode conhecer muito uma determinada coisa e fazer aquilo há muitos anos, só que de repente aquela técnica mudou e não é mais assim, e descobriram uma outra forma de fazer que é muito mais eficiente. Então você pode levar muito mais tempo para chegar no mesmo lugar por falta de conhecimento técnico....” (Thaísa Curcio Muzzi, Fonoaudióloga, 1988-2008).

No relato de outro profissional da instituição, percebe-se a busca pela excelência na sua área para transformar o conhecimento teórico em qualidade prática na assistência à pessoa com deficiência:

“Eu acho que cada segmento tem os seus profissionais e as suas características, né? Eu procurei, dentro da minha profissão, daquilo que eu me apaixonei, naquilo que eu quis fazer, chamar uma atenção para a minha qualificação. Então eu fui todo ano buscando uma qualificação para que eu pudesse ter argumento. “Eu fazia de 1 a 2 cursos por ano, buscando trazer o conhecimento, o entendimento de como aplicar e até a hora que eu posso aplicar os produtos, os componentes (protéticos)” (Valter Pedro Lisboa Protesista/ Ortesista 1969-1999).

Muitos profissionais perceberam a necessidade, com o passar dos anos, na instituição, de desenvolver técnicas e terapêuticas que pudessem ser mais efetivas na reabilitação das pessoas com deficiência que frequentavam o CCR. A atualização por meio de literatura científica e cursos de aperfeiçoamento na área foram iniciativas individuais dos profissionais que proporcionaram melhora na qualidade da assistência em reabilitação de cada um deles.

Para aprender a ter competência e conhecimento exclusivo de determinada profissão, os indivíduos precisam passar pelo treinamento e pela prática necessários para um desempenho adequado (FREIDSON, 1998). Este treinamento teórico e prático deve ser adquirido no período de formação profissional, mas também é fundamentalmente constantemente atualizado ao longo da vida profissional.

No intuito de atualizar os colegas de trabalho sobre a temática da reabilitação física, os profissionais da própria instituição realizavam uma espécie de capacitação interna:

“Eu mesma dei capacitação de recursos terapêuticos manuais, de massagem. Dei capacitação dos equipamentos elétricos, de ultrassom. A gente procura capacitar sempre e sempre fazer atualizações com eles (Técnicos e auxiliares em fisioterapia). Sempre eu aprendi muito com eles, mas ensinei eles bastante, porque eu tinha a teoria e não tinha a prática, eles tinham a prática, mas não tinham a teoria” (Eliana Trevisan, Fisioterapeuta, 1984-2013).

O conhecimento adquirido em palestras, cursos, congressos e literatura especializada em reabilitação de modo individual pelos

profissionais que buscaram se atualizar na área foram compartilhados entre os demais profissionais da instituição por meio de capacitações periódicas. Tais iniciativas foram de grande valia para aprimorar a competência técnica e, conseqüentemente, para a melhoria das terapêuticas aplicadas na reabilitação das pessoas com deficiência.

A educação permanente/continuada em saúde já se tornava uma preocupação dos profissionais do CCR desde o seu ingresso na instituição. A educação permanente é voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano dos serviços, partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências; representando o esforço de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (RODRIGUES; VIERA, TORRES, 2010).

A busca pessoal de cada profissional pela melhora na qualidade de sua assistência passava pela leitura exaustiva de diversas literaturas da área até a busca pelo auxílio dos colegas de trabalho sobre as melhores estratégias para desenvolver os exercícios terapêuticos adequados para cada situação clínica:

“Eu comprava livros, eu lembro assim que eu tinha uns dois ou três de bobath (curso de reabilitação neurológica). Eu sei que eu tinha dois de hemiplegia sabe? E a gente perguntava muito e conversava com as fisios, elas nos orientavam: “esse paciente assim”. E no mais, se ele não tinha nada de diferente era o que a gente fazia e a gente ia criando...acho que até te falei, que a gente criava assim obstáculos, taquinhos. A gente tinha taco, saco de areia, a gente criava as coisas para eles” (Leonice Silva, Auxiliar de Fisioterapia, 1974-1988).

Relato semelhante demonstra que o conhecimento científico teórico é peça-chave para que o profissional não se torne apenas um aplicador de técnicas, mas permaneça criticando e refletindo sobre seu próprio fazer, evitando assim, ao longo do tempo, automatizar o trabalho que realiza diariamente:

“Eu lia bastante e pesquisava bastante sobre a doença, sobre alguma síndrome que a gente via,

que não conhecia, a gente tinha que pesquisar e com a ajuda das fisioterapeutas. É porque através dessa área teórica a gente sabe o que fazer com o paciente, né? Não é só um mexer com braço a gente sabe que através daquele mexer de braço a gente está mexendo com músculo, a gente está mexendo com cérebro, com as ações dele. Então ele não é um robô, ele é uma pessoa humana, por isso é bom a gente ter esse conhecimento teórico” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009).

O conhecimento teórico tão citado pelos profissionais do CCR realmente acaba se tornando o grande referencial e diferencial do trabalho prático. O desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e ideias é uma atividade importante, estimulada pelo profissionalismo e que, por consequência, estimula a inovação intelectual (FREIDSON, 1998). E como a inovação torna-se viável? Tal possibilidade existe porque as profissões controlam a inovação principalmente por meio de uma classe especial de membros em escolas profissionais dedicadas à pesquisa, à prática experimental e à teorização. A chamada elite do conhecimento das profissões e seus membros ensinam aos profissionais em treinamento os conhecimentos e técnicas mais avançadas e investigam novas áreas (FREIDSON, 1998).

O trabalho de cada profissional do CCR unia basicamente dois pilares muito bem estruturados: o conhecimento científico individualizado e coletivo, este último pautado nas relações horizontais de trabalho, no intuito de que todos pudessem aprender com todos na busca da melhor assistência ao paciente:

“A minha especialização foi nisso Reabilitação e Prevenção Física, justamente o que eu não tinha, eu fui buscar, eu fui na UDESC, foi muito bacana! E depois foram cursos específicos daquilo que eu tava me identificando mais. Dentro da ortopedia e o que eu poderia buscar de amputados, congressos, cursos também, isso eu fui buscando, nós tínhamos uma oficina ortopédica ali também então fui buscando muita informação com os técnicos, buscando e indo atrás” (Mara Ferão, Fisioterapeuta, 1985 – 2008).

Ainda complementado o relato acima, outro depoimento demonstra a importância fundamental da gestão institucional ao valorizar os esforços dos profissionais em buscar o aprimoramento profissional de diversas maneiras:

“Nós tivemos uma experiência lá na Reabilitação que a gente atuava mesmo em equipe num período assim, sabe? Quando o Adalberto foi o diretor, então ali eu acho que era reabilitação, onde nós tínhamos tempo de estudar para nós aprimorar a gente fazia cursos entre nós, entre os funcionários e conseguíamos vários profissionais de fora.... Então para mim isso é reabilitação, tu ver o paciente como um todo, ver tudo o que ele necessita, pesquisar o que é melhor para ele, sabe? E não é só aquele atendimento que é meio mecânico” (Nilda Destri, Fonoaudióloga, 1970 - 2005).

O depoimento citado acima foi referente a uma experiência ocorrida há algumas décadas e, ainda assim, extremamente atual, pois segue as atuais propostas de Educação Continuada/Permanente em Saúde, ou seja, estratégias para a transformação profissional, que ocorrem através da articulação entre a teoria e a prática realizada entre os sujeitos-trabalhadores, agregada à política da instituição da qual fazem parte. Com isso, presume-se que as mudanças que ocorrem no local de trabalho possam vir a se confrontar com o instituído, pois, dentre os desafios que limitam a implementação de uma proposta de EPS, está a necessidade de incentivo por parte dos gestores da instituição, além da valorização do processo educativo pelos coordenadores (SILVA et al., 2012).

Houve muito esforço e dedicação por parte dos profissionais do CCR para manter uma constante atualização dos conhecimentos relacionados à reabilitação de pessoas com deficiência, fosse com a realização de cursos de aperfeiçoamento, pós-graduação, leitura de livros e periódicos científicos. Toda essa capacitação técnica se tornou um diferencial para os profissionais da instituição, porque ocorreu o compartilhamento de informações e saberes, tanto em formato de capacitação interna, quanto por conversar de corredor ou até mesmo durante um atendimento ao paciente: o que fez a diferença foi a cooperação, característica marcante em uma equipe que não é somente multiprofissional, mas também interdisciplinar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Centro Catarinense de Reabilitação foi instituição pioneira e permanece até os dias atuais como referência na atenção à saúde da pessoa com deficiência em Santa Catarina. Desde o início da década de 70, quando foi inaugurada a sede própria, diversos profissionais em reabilitação aceitaram o desafio de construir uma reabilitação voltada a desenvolver as potencialidades de cada pessoa de acordo com suas possibilidades.

A dedicação e comprometimento individual e coletivo destes profissionais, ao longo dos anos, fez com que estes pudessem desenvolver, ainda na década de 80, por meio do conhecimento científico aplicado à área, estratégias em reabilitação de modo integrado, para inovar e melhorar a qualidade do atendimento prestado à pessoa com deficiência física.

A implementação das avaliações de ingresso multiprofissional, estudos de caso agendados semanalmente, com a participação de vários profissionais em reabilitação, para discutir as melhores estratégias para traçar um plano assistencial individualizado para cada paciente do CCR, foram conquistas que demandaram esforços de todos para ampliar o conhecimento teórico e prático em reabilitação e, como resultado final gerou um acompanhamento sistematizado e muito bem gerenciado pelos profissionais.

A iniciativa dos profissionais em criar exercícios terapêuticos individuais, para assim conseguir alcançar a máxima potencialidade de cada pessoa atendida, e as estratégias interdisciplinares no atendimento coletivo aos adultos e crianças trouxeram à tona novas possibilidades ao campo de conhecimento da reabilitação física, como a prática da interdisciplinaridade, abrangendo a complexidade das diversas áreas presentes na instituição, beneficiando aqueles que buscavam o CCR para retornar às atividades cotidianas, profissionais, escolares, lúdicas, entre outras.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BALEOTTI, Luciana Ramos; OMOTE, Sadao. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de Terapia

Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 71-78, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BURKE, Peter. **A Revolução Francesa da historiografia: a escola dos annales**. 3ª ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg; FROTA, Oleci Pereira; LOUREIRO, Marisa Dias Rolan; QUINTANILHA, Analice Christian Flavio. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.3, p.592-5, 2013.

DE MARTINI, Andre. Reabilitação, ética e técnica. **Ciência Saúde Coletiva.**, v.16, n.4, p. 2263-2269, 2011.

FARIA, Filipa. A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. **Acta Fisiatr.**, v.17, n.1, p. 44-8, 2010.

FREIDSON, Eliot. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Unesp, 2009.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Edusp, 1998.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n. 3, p. 546-553, 2011.

MINAYO, Maria. Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1893-1902, 2013.

NASCIMENTO, Francisco Adalberto Paz; AZEVEDO, Francisco Honeidy Carvalho; NASCIMENTO, LÍzia Daniela Silva. A prática interdisciplinar: um novo olhar sobre o processo formativo do bacharel em Fisioterapia. **Revista Científica da FSA**, Teresina, n.7, v.7, p.111-128, 2010.

PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Susskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 575-584, 2005.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.2, p. 531-537, 2010.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; BONACINA, Daiane Michele; ANDRADE, Andressa de; OLIVEIRA, Thanize Carvalho de. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev.Enferm.UFSM**, v.2, n.3, p. 496-506, 2012.

SILVA, Raquel VicentinavGomes de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v.9, n.3, p. 593-601, 2010.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.18, n.11, p. 3203-3212, 2013.

5.3 A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA EM FLORIANÓPOLIS-SC (1973-1991)

Espíndola, Daniela Simoni
Padilha, Maria Itayra

RESUMO: Este estudo objetiva analisar a participação da família no processo de reabilitação da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, com abordagem socio-histórica, que utilizou a história oral temática, realizado com 13 profissionais de saúde. As três categorias encontradas foram: Mudança na rotina dos atendimentos: a participação ativa da família no processo de Reabilitação; Para muito além da reabilitação física do filho... apoio emocional e social à família no processo de Reabilitação; A responsabilidade social dos profissionais com as famílias: devolutiva anual às famílias, visitas domiciliares e escolares. Os resultados apontam que os profissionais da instituição consideravam a participação ativa e efetiva da família importante na reabilitação e readaptação da pessoa com deficiência frente aos novos desafios da vida cotidiana. Conclui-se que a dedicação e comprometimento dos profissionais na inclusão das famílias no processo de reabilitação tinham por finalidade torná-las conscientes de que suas atitudes e posturas frente à nova situação de seu familiar e exerciam um papel transformador na vida da pessoa com deficiência, contribuindo no retorno à independência funcional.

DESCRITORES: Reabilitação; Pessoas com deficiência, História; Família, Equipe interdisciplinar de saúde.

INTRODUÇÃO

A família é parte integrante de um contexto mais amplo que é o sistema social, variando em sua finalidade em função da sociedade à qual pertence. Ela é o primeiro núcleo social de um indivíduo, e torna-se a base do processo de formação do cidadão. Além disso, desempenha papel definidor na constituição da personalidade e no desenvolvimento dos seus membros, podendo ser um propulsor para a vida social ou um agente fragilizador. Com relação às pessoas com deficiência, este papel

familiar toma proporções ainda maiores, pois suas expectativas com relação ao sujeito podem ser definidoras na contribuição para o seu desenvolvimento ou na estagnação deste processo (MORALES; SCHNEIDER, 2014).

A readaptação da pessoa com deficiência perpassa pela prática da inclusão social, a qual parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de seus membros – uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais (TELES; RESEGUE; PUCCINI, 2013).

Nesse cenário, a aproximação entre a pessoa com deficiência, seu cuidador familiar e os profissionais de saúde têm sido um desafio às práticas profissionais nos serviços de saúde, visto que cada um compreende a vida, a saúde/doença e o cuidado de modo particular, embora compartilhem valores e crenças socialmente construídos (LAGO; MARUYAMA, 2014).

Ao reconhecer a importância da família como partícipe no cuidado, os profissionais de saúde precisam efetivamente estar junto dela, ouvindo-a sobre seus medos, dúvidas e necessidades e apoiando-a para que possa – respeitando-se seus limites, dificuldades, crenças e valores – cuidar da pessoa da melhor forma possível (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar a participação da família no processo de reabilitação da pessoa com deficiência no Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com abordagem socio-histórica, com o intuito de compreender um determinado grupo social, discutindo seus aspectos cotidianos relevantes à pesquisa (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). Esta pesquisa é fundamentada na Nova História, paradigma no qual a história é reconstruída com registros baseados em documentos e fontes orais. Estas apresentam a história dos acontecimentos e consideram o ponto de vista daqueles que vivenciaram os acontecimentos de uma determinada época (BURKE, 1991).

O estudo se realizou com a participação de 13 profissionais que atuaram no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) no período de

1973 a 1991, e a coleta de dados constituiu-se de fontes orais, documentais e bibliográficas. Foram selecionados profissionais de diversas áreas: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia, técnicos e auxiliares em fisioterapia, protesista/ortésista. Os critérios de escolha foram profissionais que manifestassem o interesse em participar da pesquisa. A coleta de dados aconteceu no local atual de trabalho ou na residência dos participantes. Foi utilizado um roteiro de entrevista constituído por onze questões, envolvendo temas relacionados ao conhecimento formal superior, as relações multiprofissionais e interdisciplinares no CCR, com embasamento científico no referencial teórico de Eliot Freidson.

A análise dos dados ocorreu sob o olhar do referencial teórico de Freidson, empregando a análise de conteúdo para categorização dos dados. Esta estratégia caracteriza-se como um conjunto de técnicas sistematizadas para a descrição e análise do conteúdo das mensagens (MINAYO, 2004). A organização inicial dos dados foi realizada por meio de uma leitura flutuante de todas as entrevistas, onde foi possível agrupar temas afins. Em um segundo momento, numa exploração minuciosa do material oriundo das entrevistas, foram selecionadas as expressões, frases e acontecimentos relevantes para a formação das categorias, ou seja, os temas centrais referentes à trajetória da equipe multiprofissional do CCR.

Foram identificadas três categorias: 1) Mudança na dinâmica dos atendimentos no CCR: a participação ativa da família no processo de Reabilitação; 2) Para muito além da reabilitação física... apoio emocional e social à família no processo de Reabilitação no CCR; 3) Envolvendo a família continuamente no processo de reabilitação: devolutiva anual às famílias e visitas domiciliares. A análise documental foi utilizada para captar as informações acerca da atenção à saúde das pessoas com deficiência física. O estudo se pautou na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normativas que regem as pesquisas envolvendo os seres humanos. A coleta de dados começou somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC sob o protocolo nº. 216.396. No início de cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo pelo qual foram convidados a participar do mesmo. Antes da gravação das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, após o término de cada entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do conteúdo do Depoimento Oral, documento que contém os

dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista, tendo por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

RESULTADOS

Mudança na rotina dos atendimentos no CCR: a participação ativa da família no processo de Reabilitação

Nas décadas de 1970 e 1980, os profissionais do CCR foram modificando gradualmente a estrutura do atendimento à pessoa com deficiência, incluindo a família no processo de Reabilitação. Assim, percebeu-se a importância da continuidade da terapêutica que era iniciada no momento em que os pacientes chegavam ao CCR para serem atendidos pelos diversos profissionais da instituição e se estendia para o cuidado dos familiares no retorno ao lar:

“Quando eu cheguei lá era aquela coisa assim: a família fica do lado de fora da porta e a gente que atende. Aí também, houve uma evolução da cabeça dos profissionais, aí inverteu: a família faz o tratamento e nós ficamos olhando. Também não é esse o objetivo, porque a família não tem a formação do fisioterapeuta, do terapeuta ocupacional, do fonoaudiólogo, ou seja de qualquer profissional da área e aí a gente chegou no meio termo que é a participação da família no processo de reabilitação. Qual é essa participação? É o posicionamento em casa, na hora de comer, na hora de deitar, na hora de tomar banho. Não é ela substituir o fisioterapeuta, é ela adequar a nova realidade do paciente às atividades do dia a dia. As famílias tinham medo no início, mas depois houve uma participação muito grande ...e com certeza a gente vê a diferença da evolução do paciente naquela família que participa daquela e que não participa” (Eliana Trevisan, Fisioterapeuta, 1984-2013).

Alguns tipos de conhecimento e competência ocupacionais especializados (expertise) são tão valiosos e complexos ou até mesmo potencialmente perigosos, que os consumidores do trabalho são incapazes de escolher praticantes competentes sem a ajuda de atestados

formais de competência e confiabilidade (FREIDSON, 1998). Ou seja, realizar o processo de reabilitação junto aos familiares das pessoas com deficiências é uma tarefa que somente os profissionais que têm conhecimento e competência na área podem realizar e somente estes podem prover orientações aos familiares sobre como dar continuidade ao processo de reabilitação de seus entes queridos em seus domicílios.

Cada profissional foi se adaptando à nova rotina, trazendo os familiares para o atendimento com o intuito de que todo o aprendizado dos pais ou demais familiares sobre os estímulos apropriados ao adulto ou à criança com deficiência pudesse ser aplicado nas atividades cotidianas, como apresentado nas duas falas abaixo:

“Eu de um modo geral atendia com a mãe na sala, a mãe ficava assistindo a terapia e eu ensinava muito para mãe o que a criança poderia fazer em casa, porque a criança comia no mínimo 4 vezes, 4/5 vezes por dia, então todo o momento que ela estava se alimentando era importante para mim que ela fosse estimulada sob o ponto de vista fonoaudiológico falando em disfagia e de linguagem também...” (Thaísa Curcio Muzzi, Fonoaudióloga, 1988-2008).

“... a gente fez um trabalho com as mães e a gente decidi também que as mães deveriam entrar, olhar mais pra fazer em casa, para elas praticarem, pegar no paciente mesmo, pegar na criança e fazer...” (Maria Helena Pamplona, Técnica em Fisioterapia, 1975-1998).

Com a experiência e conhecimento científico na área, os profissionais passaram a perceber que o tratamento tradicionalmente realizado no CCR, entre terapeuta e paciente, limitava os objetivos do processo de reabilitação. Foi então que, por meio de discussões multiprofissionais e interdisciplinares, os terapeutas começaram a modificar suas rotinas, já no início da década de 80, e passaram a incluir os familiares durante o atendimento fisioterapêutico, fonoaudiológico, dentre outros. Desse modo, foi possível dar continuidade ao tratamento e desenvolver novas habilidades no próprio meio onde o paciente convivia.

A família da criança com deficiência tem a mesma importância em relação ao desenvolvimento saudável e deve exercer seu papel –

referência, modelo afetivo e estimulador de ações – de forma intensificada, a fim de favorecer o desenvolvimento de uma criança que se apresenta privada de alguns aspectos essenciais, sejam sensoriais, motores ou cognitivos (SILVA; AIROLDI, 2014). Para intensificar os cuidados a fim de desenvolver ainda mais as habilidades que podem ser adquiridas e aperfeiçoadas pelas pessoas com deficiência, é necessário o suporte profissional especializado na área de reabilitação. Avalia-se que as tarefas próprias de determinada profissão são de tal importância para o bem comum que seria indesejável deixá-las sem regulamentação (FREIDSON, 1998). Assim, é fundamental que os profissionais que detêm a expertise em reabilitação – conhecimento exclusivo de cada um dos profissionais na área – tenham seu credenciamento profissional garantido por meio de regulamento próprio.

Havia a compreensão por parte da equipe multiprofissional do CCR de que o papel da família era o de contribuir no desenvolvimento das habilidades da pessoa com deficiência:

“...não é eximir a responsabilidade do fisioterapeuta, é incluir, é incluir a família, é incluir todo mundo para que o resultado seja mais eficaz, entendeu? Seja constante o treinamento, é a forma de você colocar na cama, é a forma de você posicionar na cadeira, orientar a criança a carregar isso ou aquilo, ou o paciente a cadeira de rodas, isso tudo o familiar ou o acompanhante, cuidador, enfim, tem que estar presente. Hoje a gente tem, isso está claro para todo mundo isso. Mas na época não era, tinham muitas mães que deixavam as crianças e iam fazer compras e não participavam: “ah eu não consigo fazer, eu não sei fazer, eu não sou capacitada para isso, quem estudou para isso foi você”. Tudo bem, mas a gente está te orientando coisas que você tem capacidade de fazer” (Mara Ferão, Fisioterapeuta, 1985 – 2008).

Os depoentes demonstram como a mudança de paradigma no processo de reabilitação foi árdua. Não foi somente a atitude dos profissionais que passou por mudanças, mas também perceberam a necessidade de desenvolverem estratégias para que os familiares pudessem ter um grau mínimo de competência técnica em reabilitação

para, desse modo, perceberem a importância de suas contribuições no processo de reabilitação de seu familiar.

Os entrevistados destacaram como um grande desafio à época, pois muitas famílias acreditavam que a reabilitação era responsabilidade do profissional da instituição. Então, cada profissional do CCR se empenhou em fazer com que os familiares pudessem refletir e compreender que era fundamental a mudança de postura da família, por meio do aprendizado de técnicas em reabilitação, adquirindo assim atitudes pró-ativas frente aos desafios de também reabilitar em sua própria casa.

Diante de tal relato, percebe-se que, quando o profissional tem uma legislação que lhe assegura direito pleno no que tange à sua autonomia profissional, é possível capacitar os membros da família da pessoa com deficiência em alguns aspectos referentes ao processo de reabilitação. Segundo Freidson (1998), a autonomia profissional permite aos trabalhadores enfatizarem o livre arbítrio em seu trabalho, assegurando seu próprio julgamento e responsabilidade nas suas ações.

Corroborando com esses dados, um estudo realizado em 2014 cita que a participação efetiva da família é de suma importância para que a criança consiga se desenvolver e ter uma vida saudável; porém a mesma necessita de apoio e uma rede social organizada. Compreendendo-a como uma dimensão estrutural ou institucional relacionada ao indivíduo: vizinhança, organizações religiosas, sistema de saúde e escola. (SANDOR et al., 2014).

Nem sempre a família compreendia a importância da sua própria participação durante a terapia, de que os aprendizados sobre como lidar com as dificuldades e habilidades de seu filho ou familiar facilitaria o cotidiano e a própria interação entre eles:

“A gente sempre pedia a família junto. A gente aproximava muito a família no próprio tratamento da criança. Fazendo a mãe entende qual era a dificuldade, fazendo ela trabalha. A gente ensinava. Dava materiais pra ela, é, confecciona. E elas confeccionavam também lá dentro. Tipo assim ó: adaptador pra talher. Elas faziam. Ah, rolinho pra abrir a perna. Rolinho pra botar no peçoço. Esse tipo de coisa, porque a gente sempre tinha esse pensamento: a gente tem que ensinar a família a fazer tudo porque ela fica mais tempo com a criança. Tinha mães que achavam que nossa obrigação era fazer a reabilitação lá

dentro. Teve muitas mães que não aguentaram e foram embora. Mas, assim, teve muitas mães que compraram essa ideia, que fizeram grupos de estudo entre elas. Elas se organizaram” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

As profissões ganham do público uma estima e confiança peculiares devido à sua educação superior e *status* de classe média. Assim, é celebrado um contrato implícito entre uma profissão e o Estado, ou entre a profissão corporativa e a sociedade que permite e exige que confiemos nos profissionais individuais que consultamos. Nessa perspectiva, observamos que os ensinamentos dos profissionais do CCR, em linhas gerais, eram bem absorvidos pelos familiares das pessoas com deficiência, pois estes confiavam plenamente na competência técnica e trabalho da equipe da instituição para guiá-los no caminho do desenvolvimento de aptidões e habilidades de seus entes queridos.

Os achados de uma pesquisa realizada em 2014 sobre a análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral, apontaram que as mães cuidadoras necessitam de profissionais preparados para orientá-las, levando em consideração seus sentimentos e peculiaridades. Elas têm um papel crucial no tratamento e cuidado dos filhos e o profissional deve estar aberto e atento ao mundo da mãe para que o tratamento seja dialogado, e conseqüentemente efetivo (PEREIRA; MATSUE, 2014).

A participação da família durante os atendimentos dos profissionais em reabilitação do CCR fez com que estes desconstruíssem a ideia de que o atendimento é realizado entre profissional e paciente, vai muito além deste binômio se realmente pensarmos em reabilitação inclusiva. Ou seja, é necessário incluir quem realmente faz parte do dia a dia deste paciente em primeira instância: a família.

Nesta concepção, os familiares são pontos de referência, rumo aos novos caminhos que serão percorridos pela pessoa com deficiência. O cuidador familiar junto ao seu ente querido aprendeu a lidar com os desafios de dar continuidade ao atendimento fonoaudiológico, fisioterapêutico e vários outros em sua própria casa, adaptando os exercícios terapêuticos à sua realidade, fazendo-os ter um sentido ainda maior do que tinham somente entre as quatro paredes da sala de reabilitação.

Para muito além da reabilitação física do filho... apoio emocional e social à família no processo de reabilitação no CCR

O processo de reabilitação, dependendo da situação, pode ter resultados estabelecidos a longo prazo que, por vezes, acabam por deixar os familiares sem esperanças de que seu familiar possa retornar a realizar atividades simples prévias à lesão, como andar, falar, comer ou se vestir de modo independente. Pelos relatos, percebemos que profissionais do CCR observavam tais angústias e inquietações dos familiares e os apoiavam nestes momentos difíceis:

“O paciente... ele tinha muita importância, então assim, às vezes tu vê a mãe chorando, chorando: “Poxa, quantas vezes eu quis desistir e vocês disseram não, não, não... e hoje eu estou vendo a minha filha em pé”! Até me arrepia, a gente dizia: “Continua, continua, não desiste”, porque como eu te disse a gente vivia 8 horas lá dentro e o paciente também, às vezes ele ia de manhã e ficava o dia todo ou ficava uma manhã inteira! O paciente, a família também fazia parte da reabilitação, a gente não excluía ela. A gente via ela como um todo ali, daquele problema que ela tinha com o familiar, com o filho” (Leonice Silva, Auxiliar Fisioterapia, 1974-1988).

O apoio emocional dado aos familiares pelos profissionais do CCR para que continuassem lutando em busca da reabilitação de seus entes queridos foi fundamental para que muitas famílias enfrentassem as dificuldades cotidianas e não desissem de acreditar na sua recuperação.

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a da integração social e parte do princípio de que para inserir todas as pessoas a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de seus membros – uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais (TELES; RESSEGUE; PUCCINI, 2013).

A dedicação das famílias das pessoas com deficiência começava muito antes do que se imagina: chegar ao CCR era o maior desafio do dia para muitos pais e mães que se doavam por inteiro, faziam muitos sacrifícios para chegar ao destino que lhes dava a esperança de um futuro melhor para seus filhos:

“A gente tinha um contato muito grande com a família, tanto que o paciente chegava na Reabilitação fazia a ficha e era encaminhado para o serviço social. A gente tinha uma ficha, fazia toda a entrevista com o paciente para ver as necessidades. Muitos pacientes precisavam de auxílio transporte e essa era uma dificuldade muito grande, tu ver aquelas mães em dia de chuva com aquelas crianças no colo, que nem sempre a prefeitura tinha o transporte para trazer, porque a Reabilitação atendia o estado todo!” (Maria da Graça Machado, Assistente Social, 1979-1999).

As dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência e seus familiares para garantir o acesso à reabilitação foram muitas, dentre elas o transporte ao CCR era um dos grandes desafios e que por vezes tornou-se uma barreira intransponível. A instituição chegou a adquirir veículos próprios que atendiam a capital e até mesmo as cidades vizinhas e, ainda assim, era insuficiente para atender a todos que necessitavam do transporte.

Um estudo realizado em 2013, que buscou conhecer a experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral, concluiu que alguns fatores como conviver com as dificuldades de transporte, com a falta de ajuda de parentes e amigos e com as próprias limitações que a doença impõe aos filhos, dificultam os cuidados cotidianos (SIMÕES et al., 2013).

Atualmente ainda nos deparamos com cidades metropolitanas com dificuldades no que se refere à acessibilidade. Nas décadas de 1970 e 1980, Florianópolis e Região ainda careciam de infraestrutura básica, como estradas asfaltadas, transporte público, calçadas, dentre outras, que somadas transformavam o caminho que levava ao CCR num verdadeiro martírio para algumas famílias. Felizmente, ainda na década de 80, o CCR adquiriu veículo próprio para transporte dos pacientes, buscando-os em seus domicílios e levando-os até a instituição.

A equipe multiprofissional do CCR explorava o campo da reabilitação para muito além dos muros do CCR, realizava verdadeiras revoluções no contexto social de cada pessoa com deficiência. Com ideias simples, porém inovadoras para época e até mesmo para os dias atuais, modificava as perspectivas dos próprios pacientes e da sociedade em geral. Os profissionais entrevistados exemplificam duas situações:

“É a gente fazia de tudo pra ele ser o máximo que tivesse de independência, mesmo que ele ficasse com o braço com seqüelas, que é difícil não ficar, mas que ele fosse independente de outras maneiras. Na época, a gente não via muito deficiente na rua, e daí assim, até acho que foi idéia da Stela, quando saiu o shopping. O Shopping Itaguaçu, nós levamos eles para conhecer. Arrumamos ônibus, a gente passeou lá dentro, comeu, aquela coisa toda lá com eles. Dava a impressão que eles estavam olhando a primeira maravilha do mundo...” (Leonice Silva, Auxiliar Fisioterapia, 1974-1988).

A iniciativa dos profissionais do CCR em criar situações nas quais os pacientes se envolviam na busca de seu espaço na sociedade para a realização de atividades cotidianas, lazer ou desportivas surgiu simplesmente da inquietação destes profissionais em não se contentarem somente com a aquisição de habilidades motoras e cognitivas dentro da instituição. Em distintas ocasiões, estes profissionais se organizaram junto às empresas de ônibus, *shopping centers*, supermercados da cidade e até mesmo na casa de praia de algum conhecido, para proporcionar momentos que não fossem únicos na vida de cada uma destas pessoas com deficiência, mas que este fosse somente o primeiro passo de uma longa caminhada rumo à inserção destes junto à sociedade.

Embora ainda de modo incipiente, cinemas, teatros, museus, parques e outras áreas destinadas ao lazer e à cultura têm sido projetados, construídos ou adaptados contemplando o acesso das pessoas com deficiências e que tenham necessidades especiais, de modo a diminuir os obstáculos à sua participação e ao melhor uso em situação de inclusão social (MAZZOTTA; D’ANTINO, 2011).

Incluir significa fazer parte, inserir, introduzir. Assim, a inclusão social das pessoas com deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público. A inclusão é um processo que acontece gradualmente, com avanços e retrocessos, isto porque os seres humanos são de natureza complexa e com heranças antigas, têm preconceitos e diversas maneiras de entender o mundo. Assim sendo, torna-se difícil terminar com a exclusão e, mesmo existindo leis contra a mesma, não são leis que vão mudar, de um dia para o outro, a mentalidade da sociedade assim como o seu preconceito (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2014).

“... geralmente era uma terça feira, a gente arranjava um ônibus sem ser adaptado, a gente pegava eles tudo no “muque” e levava eles para o Angeloni para fazer compras porque todo mundo dizia que era um bichinho, que o deficiente era um bichinho que não podia sair de casa. Eles nos chamavam de loucos. A gente telefonava antes no Angeloni (supermercado), o Angeloni era ótimo preparava tudo, até cafezinho a gente ganhava, parava o ônibus lá, o microônibus, soltava todos eles, eles iam ver o preço, quanto custava um quilo de arroz, eles faziam compras, levavam coisas para a casa...Então reabilitação para mim é isso, é uma integração com a sociedade, o paciente num todo, não um braço, ou uma perna...” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009)

A visão holística, e por que não considerar revolucionária, de vários profissionais do CCR, ainda no início da década de 1980 a respeito do significado altamente complexo da reabilitação proporcionou um crescimento profissional e pessoal aos que participaram destas experiências. Já, para os pacientes do CCR, um novo mundo surgiu: um mundo de possibilidades que permitiu superar as incapacidades físicas e/ou cognitivas de cada um deles e perceber que a vida não se restringia à sua própria casa e às idas e vindas diárias à instituição para fazer as sessões de reabilitação.

Existe uma atividade adicional importante que é estimulada pelo profissionalismo, que fornece subsídios para estimular a inovação intelectual: o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e ideias. Tal inovação não se restringe ao mero desenvolvimento de novas formas de satisfazer as necessidades ou demandas percebidas pelos consumidores no mercado, nem daqueles que controlam as organizações. Mas vai muito além: por não ser diretamente responsiva às demandas de outros, ela pode ir além da situação vigente, afastando-se assim das opiniões herdadas para tornar-se revolucionária (FREIDSON, 1998).

Foram as ideias revolucionárias dos profissionais do CCR, no que se refere à integração social das pessoas com deficiência, que fizeram com que estes profissionais encontrassem meios de levar seus pacientes a lugares públicos, frequentados no dia a dia de qualquer pessoa ‘sem deficiência’, como supermercados, *shoppings* e praias.

A cumplicidade das famílias com os profissionais do CCR era imensa, pois conviviam por muitas horas, dias, meses e até mesmo anos com pedagogas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e diversos outros profissionais que se dedicavam à reabilitação física e aos outros muitos aspectos que permeiam a vida daqueles que se comprometem com a readaptação de seus entes queridos:

“Então uma coisa que a gente procura sempre detectar, é, quem tá acompanhando, quem está fazendo, como está fazendo. Para eu poder ter um resultado melhor no meu trabalho final. Isso a gente pode orientar. Porque, queira ou não queira, você como profissional você faz o social, o técnico, o trabalho espiritual. Porque, queira ou não queira, tem pessoa que chega ali e te conta toda a vida dela pra gente. Você tem que ter uma palavra de estímulo para aquela pessoa” (Valter Pedro Lisboa, Protesista/ Ortesista 1969-1999).

Em diversos casos, o período de reabilitação física foi longo, com muitas adversidades e desafios que caminharam lado a lado para levar muitas pessoas com deficiência ao retorno a atividades simples e rotineiras da vida, como comer, falar, estudar, trabalhar, namorar, ir ao mercado, à igreja, ao cinema, teatro, em um parque, enfim... ao convívio social novamente.

Nesse caminho, estavam os profissionais em reabilitação do CCR que conviveram diariamente com os pacientes e familiares, acompanhando seu sofrimento, dificuldades e angústias decorrentes da nova condição de vida, e puderam felizmente, participar direta ou indiretamente das pequenas e grandes conquistas de cada um dos pacientes que passaram pelo CCR. No percurso, muitos profissionais tornaram-se naturalmente confidentes, amigos e uma extensão da família de seus pacientes... marcando suas vidas para sempre.

O vínculo estabelecido gradualmente entre os pacientes e profissionais da instituição influenciou positivamente no processo de reabilitação a partir da criação de uma relação de confiança e comprometimento mútuo.

A responsabilidade social dos profissionais com as famílias: devolutiva anual às famílias, visitas domiciliares e escolares

Os profissionais do CCR criaram uma estrutura de reabilitação que envolvia desde a avaliação multiprofissional até a devolutiva anual, ou seja, um retorno formal às famílias das pessoas com deficiência sobre os objetivos alcançados com cada paciente e as perspectivas envolvidas em relação ao processo evolutivo:

“As crianças todo final do ano eram reavaliadas e reprogramados os tratamentos e eram feitas reuniões com as família individualmente para cada um, com o que cada um precisava fazer, “mãe tu precisa incentivar mais aqui, mãe tu precisa colocar na escola, ou mãe está tudo bem, está ótimo, continua como está!” (Eliana Trevisan, Fisioterapeuta, 1984-2013)

“Passávamos uma semana inteira só estudando todos os casos e chegava no final daquela semana, nós ficamos um dia inteiro a disposição das famílias por ordem de chegada, ninguém atendia naquela semana, todo mundo só fazia isso, só estudava todos os casos e ai quando chegava no final, nós ficávamos a disposição, era por ordem de chegada e nós fazíamos, pegávamos a família, a criança não precisa ir nesse dia, nós chamávamos a família e cada um de nós ficava com um numero X de avaliações na mão, então quando chegava na hora de fazer a devolutiva, eu pegava uma família e fazia a devolutiva de todos, eu pegava da fisio, da fono, porque nós tínhamos discutido os casos todos juntos, então eu fazia a devolutiva daquela família e dizia qual era a expectativa: “olha a gente vai manter a terapia ou teve alta desse setor e não precisa mais”, enfim, daí a gente fazia essa devolução para as famílias” (Thaísa Curcio Muzzi, Fonoaudióloga, 1988-2008).

Os diversos profissionais do CCR estudavam e discutiam cada caso dos pacientes atendidos na instituição de modo coletivo, buscando entre si meios para atingir os objetivos traçados ao longo do ano e prever os novos desafios para a próxima etapa. Já, quando as

devolutivas eram passadas às famílias, os próprios familiares também questionavam e discutiam sobre os rumos da reabilitação de seus entes queridos, estimulando ainda mais a busca pelos profissionais de desenvolver novas ideias dentro do processo de reabilitação de cada indivíduo.

Um estudo realizado em 2011 destaca a importância da intervenção multiprofissional no intuito de contribuir para a busca de melhores condições de vida dos envolvidos. Ainda que a dificuldade de unir esforços entre diferentes profissionais com foco na mesma causa seja grande e limite o alcance de resultados que possam contribuir para as situações enfrentadas, muitas vezes sem perspectivas de soluções, é importante considerar que as dificuldades não podem superar as tentativas de redirecionamento dos trabalhos que, por sua vez, dependem do conhecimento dos determinantes do processo saúde/doença, passíveis de serem modificados por ações conjuntas que levem ao bem-estar da população assistida (ROSSET; SANTOS; GALERA, 2011).

O CCR permanecia acompanhando seus pacientes mesmo após o desligamento formal da reabilitação na instituição, por meio das visitas domiciliares e escolares, contribuindo na manutenção e melhora das atividades cotidianas desenvolvidas pela pessoa com deficiência em seu próprio domicílio e no ambiente escolar:

“Nas visitas domiciliares a gente detectava que estava precisando de alguma coisa, que alguma coisa estava estranha no que a família relatava ou mesmo que o paciente relatava e a gente ia ver as condições na família, na casa. A gente subiu muito morro, desceu muito morro. Até hoje continua, as visitas escolares eram mais voltadas para a questão que a própria escola solicitava, por alguma dificuldade com aquela criança ou com aquele paciente vai a equipe. Geralmente vai o psicólogo, o fisioterapeuta, vai aquele que é necessário...”
(Eliana Trevisan, Fisioterapeuta, 1984-2013).

Nas visitas domiciliares, os profissionais do CCR orientavam os familiares e cuidadores sobre cuidados específicos com a pessoa com deficiência que poderiam ser instituídos, mas também era possível observar situações em que as próprias pessoas com deficiência e seus familiares estavam cansados de passar por tantas dificuldades:

“E a gente também na época fazia muitas visitas aos pacientes. Paciente que estava demorando, que não aparecia mais na Reabilitação, a gente pegava a equipe e a gente ia visitar o paciente. Fizemos, muitas visitas ... Às vezes era de falta de interesse do paciente que ele achava que não ia melhorar que não adiantava. Muita coisa também era falta de estímulo do próprio paciente, continuar o tratamento, isso era uma dificuldade...dele, da família, porque para a família era difícil, muito difícil trazer o paciente. Eu lembro de uma mãe que vinha de... não sei se era Biguaçu, uma menina grande, ela vinha com ela no colo, sol, chuva, ela estava lá firme” (Maria da Graça Machado, Assistente Social, 1979-1999).

Durante as décadas de 1980 e 1990, os profissionais do CCR discutiram informalmente entre si, mas também em reuniões mensais, estratégias para melhorar o acompanhamento do processo de reabilitação dos pacientes da instituição. Nesse cenário, a visita domiciliar tornou-se uma extensão do CCR, com a ida dos profissionais na casa dos pacientes, as orientações eram voltadas às adaptações particulares a cada uma das pessoas com deficiência. A conversa informal no ambiente familiar do paciente possibilitava a busca de novos caminhos para lidar com as limitações impostas não somente pela deficiência no próprio lar, mas pela falta de acessibilidade dentro da própria comunidade.

A visita domiciliar é um instrumento que permite que os profissionais de saúde adentrem numa realidade mais vivencial, ao passo que também oferece uma continuidade do trabalho instituído pela prática assistencial hospitalar com a rede socioassistencial disponível. Dessa forma, permite a obtenção de uma cadeia de informações pertinentes, que oferecem subsídios para traçar uma linha de cuidado que contribua e garanta para que ocorra uma prática integrativa e resolutiva (MEDEIROS et al., 2011).

Também havia as visitas escolares, nas quais diversos profissionais do CCR acompanhavam seus pacientes no intuito de contribuir para uma melhora na adaptação da pessoa com deficiência no ambiente escolar, como apontam as entrevistadas:

“Inserir na rede de ensino, sabe? A parte da pedagogia fazia toda essa visita na rede e ia fono,

ia TO, para ver se precisava uma cadeira adaptada, precisava um lápis adaptado, precisava um caderno que não corresse...” (Nilda Destri, Fonoaudióloga, 1970 -2005).

“Então esses alunos que saíam da Reabilitação, que eram nossos alunos, da parte pedagógica, né? Saíam dali e que iam para uma escola comum, ali a gente tinha obrigação de acompanhá-los até quando pudesse” (Marilene, Pedagoga, 1978-1992).

Neste contexto da inserção ou reinserção escolar, a postura assumida pelos parentes mais próximos influenciará a forma como será conduzida a socialização da criança, a forma como a família vê o seu ente querido, tendo expectativas positivas ou negativas, o que poderá influenciar os demais ambientes sociais que o mesmo frequentar, dentre eles a escola. (MORALES; SCHNEIDER, 2014).

A medida que as crianças atendidas no CCR iam crescendo, crescia também a preocupação dos pais e dos próprios profissionais da instituição em saber como seria a inserção ou a reinserção destas no meio escolar, pois as escolas do final da década de 1970 e meados dos anos de 1980 não estavam preparadas para receber alunos com limitações físicas. A solução para tal dilema foi levar os profissionais do CCR, principalmente as pedagogas, à escola, para conversar com os professores e discutir como seriam as adaptações escolares (carteiras, cadeiras, canetas, livros e cadernos) necessárias para o bom desenvolvimento escolar das crianças. Inicialmente, houve uma certa resistência das escolas e dos professores em receber esses alunos mas, gradualmente, com a contribuição valiosa dos profissionais da instituição, as barreiras arquitetônicas e emocionais, como o preconceito, foram quebradas e muitas destas crianças puderam concluir seus estudos, criando novas possibilidades e objetivos na vida.

A capacidade das profissões em perseguir novos valores, técnicas, ideias e conhecimentos de modo relativamente independente é uma virtude valiosa que pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de uma sociedade mais humana, mais rica e que funcione realmente (FREIDSON, 1998). A equipe multiprofissional do CCR estreitou os laços com seus pacientes e fez com que este vínculo extrapolasse os muros da instituição, indo até a casa e à escola para enxergar a realidade de cada indivíduo e, de alguma maneira, contribuir na melhora da qualidade de vida deles, fosse com orientações quanto às

atividades cotidianas em domicílio, fosse na adaptação inicial ao retorno da vida escolar.

O apoio escolar dos profissionais do CCR aos pacientes em idade escolar ia além dos aspectos pedagógicos, havia o auxílio na estrutura para receber estes novos alunos da melhor maneira possível:

“Eram feitos estudos de caso com os profissionais que trabalhavam com aquela criança. E aí eu levava pra escola com as orientações..a gente também tinha muitos móveis. Aí eu levava, também, a mesa e a cadeira já adaptada. A escola já ganhava a mesa e a cadeira adaptada pra criança, facilitava muito pra escola. E eles se sentiam seguros, por que a gente estava sempre lá. A gente ia semestralmente. Ou se a escola tivesse dificuldade, a gente retornava” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

O compromisso dos profissionais do CCR em tornar a instituição uma rede de apoio extensiva à escola e ao domicílio da pessoa com deficiência foi fundamental para tornar o desafio de retornar à vida escolar possível e ainda a lidar com as dificuldades em casa a médio e longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da equipe multiprofissional do CCR, entre o início da década de 1970 e início dos anos de 1990, no que se refere à inclusão da família no processo de reabilitação extrapolou os muros da instituição. Se, inicialmente, a concepção de incluir o familiar na sessão de reabilitação causava estranhamento e dúvidas tanto aos familiares quanto aos próprios profissionais da instituição, foi com o empenho da equipe multiprofissional que esta estratégia foi um sucesso, pois os familiares tiveram a oportunidade de aprender a utilizar aqueles mesmos exercícios terapêuticos em sua própria casa, em atividades simples do dia a dia, facilitando o cuidado e contribuindo no desenvolvimento de novas habilidades das pessoas com deficiência física.

Os cuidadores das pessoas com deficiência, em sua maior parte, são mães ou esposas que acabam se dedicando de ‘corpo e alma’, como diz a expressão popular, pois, no dia a dia, é um processo desgastante que exige e acarreta sobrecarga física e emocional para lidar com a complexidade do cuidado à pessoa com deficiência. Sendo assim, torna-

se imprescindível que haja uma rede de apoio composta pela própria comunidade onde a pessoa com deficiência vive, com vizinhos, amigos, instituições religiosas e de saúde, além de várias outras que podem ser consideradas como pontos de referência e apoio no que se refere ao cuidado físico, espiritual e emocional da pessoa com deficiência.

Além da inclusão da família no processo de reabilitação, os profissionais da instituição desenvolveram suas próprias concepções sobre a complexidade que permeia a reabilitação das pessoas com deficiência e acabaram compreendendo e se incluindo no mundo dos seus pacientes por meio das visitas domiciliares, escolares e atividades de lazer, proporcionando experiências únicas na vida de cada um deles e possibilitando a abertura de um leque de oportunidades aos mesmos, independente do nível e tipo de limitação física.

Observou-se que a dedicação e o comprometimento dos profissionais do CCR em incluir as famílias no processo de reabilitação teve por finalidade torná-las conscientes de que suas atitudes e postura frente à nova situação de seu ente querido poderiam exercer um papel transformador na vida da pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.1, p.194-199, 2012.

BURKE, Peter. **A Revolução Francesa da historiografia**: a escola dos annales. 3. ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

CAVALCANTE, Mayara Meirelles; OLIVEIRA, Neide Aparecida Arruda de. Os desafios de se implantar a inclusão social no ambiente escolar: formação do professor – **EFI. ECCOM.**, v. 5, n. 9, 2014.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. Ed. Universidade de São Paulo (EDUSP): São Paulo, 1998. 288p.

LAGO, Daniely Beatrice Ribeiro; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. Significado do cuidado na deficiência física. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.13, n.2, p. 372-380, 2014.

MAZZOTTA, Marcos José da Silva. FAMÁ D'ANTINO, Maria Eloísa. Inclusão Social de Pessoas com Deficiências e Necessidades Especiais: cultura, educação e Lazer. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.2, p.377-389, 2011.

MEDEIROS, Deyse Rose Miranda de; TEIXEIRA, Luciara de Lira; SARAIVA, Luzia Lúvia Oliveira; COSTA, Daniella Cristina de Sá Carneiro; NASCIMENTO, Lamech Simplício Góes de Carvalho. Plano Terapêutico Multidisciplinar para Crianças com Mielomeningocele em Hospital Universitário no Interior do Rio Grande do Norte. **Rev Bras. Cienc. Saúde**, v.15, n.2, p. 219-222, 2011.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORALES, Sandra Maria Felber; SCHNEIDER, Fernanda Chagas. A análise da percepção familiar sobre um contexto inclusivo. **Revista pós-graduação: desafios contemporâneos**, v.1, n. 1, jun. 2014. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revposgraduacao>>. Acesso em: out. 2013.

PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Susskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 575-584, out/dez.2005.

PEREIRA, Ana Rosa Pinto de Farias; MATSUE, Regina Yoshie. Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.2, p.616-625, 2014.

ROSSET, Manuel Oliveira Santos; SANTOS, Branca Maria de Oliveira; GALERA, Sueli Aparecida Frari. A sobrecarga da criança com paralisia cerebral sob a ótica dos cuidadores. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v.13, n.2, p.107-114, 2011.

SANDOR, Elizane Regina Santos; MARCON, Sonia Silva; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; DUPAS, Giselle.

Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.2, p. 417-425, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21112>>. Acesso em: jan. 2015.

SILVA, Marissa Romano da; AIROLDI, Marina Junqueira. A influência do familiar na aquisição. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.25, n.1, p. 36-42, 2014.

SIMÕES, Cibele Cristina; SILVA, Lucía; SANTOS, Maiara Rodrigues dos; MISKO, Maira Deguer; BOUSSO, Regina Szylit. A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.1, p.138-145, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.13464>>. Acesso em: fev.2014.

TELES, Fernanda Moreira; RESEGUE, Rosa; PUCCINI, Rosana Fiori. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar: barreiras para uma inclusão efetiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.3023-3031, 2013.

5.4 A TRAJETORIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO – FLORIANÓPOLIS/SC, BRASIL (1973-1991)

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni
PADILHA, Maria Itayra

RESUMO: Este estudo objetiva analisar a trajetória assistencial do Centro Catarinense de Reabilitação de Florianópolis no período de 1973 a 1991. É um estudo descritivo, qualitativo, com abordagem socio-histórica, que utiliza a história oral temática e foi realizado com 13 profissionais de saúde. Após análise chegou-se a três categorias: O significado de uma sede própria do Centro Catarinense de Reabilitação; A divisão do trabalho na equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação; Uma parceria de sucesso: Fundação Catarinense de Educação Especial e Centro Catarinense De Reabilitação. Verifica-se que a trajetória da equipe multiprofissional seguiu um caminho inovador para a época, rumo à interdisciplinaridade, agindo com profissionalismo na reorganização da divisão de trabalho referente a algumas profissões e, por fim, aproximou a escola da criança com deficiência, abrindo caminhos para a educação inclusiva. Conclui-se que os profissionais da referida instituição contribuíram para que a mesma pudesse tornar-se referência na área da reabilitação de pessoas com deficiência no Estado de Santa Catarina.

DESCRITORES: Reabilitação. Pessoas com deficiência. História. Equipe interdisciplinar de saúde.

INTRODUÇÃO

A evolução conceitual induzida pelas transformações socio-históricas e culturais impôs ajustes contínuos à compreensão sobre deficiência. Historicamente, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social e as ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas, de origem religiosa ou caritativa. (BERNARDES et al., 2009).

Atualmente, o avanço nos recursos tecnológicos em saúde é um dos grandes aliados para que as pessoas sobrevivam cada vez mais aos vários tipos de traumas físicos. Porém, ainda enfatiza-se o impacto que a deficiência pode causar no cotidiano da pessoa, mas, em contrapartida,

amplia-se o crescimento de serviços especializados em reabilitação, que constituem um elo importante entre as necessidades individuais da pessoa com deficiência e a readaptação da mesma ao sistema social. A atuação dos profissionais em reabilitação, ao invés de focar nas desvantagens, busca identificar e promover estratégias que facilitem sua reintegração às diversas atividades (QUEIROZ; ARAUJO, 2009). No que se refere ao percurso histórico da reabilitação no Brasil, a atenção à saúde das pessoas com deficiências físicas foi impulsionada no final da década de 50, quando passou a ser orientada, prática e ideologicamente, pelas concepções médicas e hospitalocêntricas sobre as incapacidades e a reabilitação física. Tais concepções seguiam o modelo de reabilitação vigente nos países desenvolvidos economicamente, no qual o Centro de Reabilitação passa a ser o lugar específico para a reabilitação das pessoas com deficiência, estabelecendo assim um modelo de atenção em saúde que garantia visibilidade e legitimação social (ALMEIDA; CAMPOS, 2002).

No Estado de Santa Catarina, desde 1961, existe um Centro de Reabilitação, à época de caráter público e filantrópico, denominado Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR), localizado na capital, Florianópolis. Atualmente, nomeia-se Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), sendo considerada uma instituição de referência na área de atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Somente no ano de 1973, foi que a ASCR conquistou uma sede própria, situação que propiciou a ampliação na infraestrutura, melhorando as condições de atendimento às pessoas com deficiência e trazendo novas perspectivas para a equipe multiprofissional, e, portanto, este ano é o início do recorte temporal deste estudo. O período final data do ano de 1991, quando a instituição já se denomina CCR e já passou a fazer parte efetivamente da saúde pública do estado. Porém, no momento em que ocorre a reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC), o Departamento de Saúde Pública (DSP) e a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) são unificados e, sob comando único da SES-SC, passam à rede estadual, prestando assistência integral à saúde da população catarinense.

O presente estudo teve como objetivo analisar a trajetória da equipe multiprofissional no Centro Catarinense de Reabilitação no período de 1973 a 1991.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa com abordagem socio-histórica, com o intuito de compreender um determinado grupo social, discutindo seus aspectos cotidianos relevantes à pesquisa (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). Esta pesquisa foi fundamentada na Nova História, paradigma no qual a história é reconstruída não somente com registros baseados em documentos e ainda nas fontes orais. Esta perspectiva considera o ponto de vista daqueles que vivenciaram os acontecimentos de uma determinada época (BURKE, 1991).

O estudo foi realizado com a participação dos profissionais que atuaram no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), no período de 1973 a 1991, e a coleta de dados constituiu-se de fontes orais, documentais e bibliográficas. Os profissionais selecionados foram de diversas áreas: medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia, técnicos e auxiliares em fisioterapia, protesista/ortésista.

A coleta de dados se realizou no local atual de trabalho ou na residência dos participantes, visando facilitar o acesso dos sujeitos à pesquisa. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados constituído por onze questões, envolvendo temas relacionados ao conhecimento formal superior, às relações multiprofissionais e interdisciplinares no CCR, com embasamento científico no referencial teórico de Eliot Freidson. O estudo se pautou na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normativas que regem as pesquisas envolvendo os seres humanos. A coleta de dados iniciou somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC sob o protocolo n°. 216.396.

No início de cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo pelo qual foram convidados a participar do mesmo. Antes da gravação das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento assegura a confidencialidade e o anonimato dos participantes e ainda informa que não receberiam qualquer retribuição financeira por sua contribuição no estudo, esclarecendo-os de que poderiam abandonar o estudo no momento em que desejassem. Além disso, após o término de cada entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do conteúdo do Depoimento Oral, documento que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista, tendo por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

A análise dos dados aconteceu sob o olhar do referencial teórico de Freidson, empregando a análise de conteúdo para categorização dos dados. Esta estratégia caracteriza-se como um conjunto de técnicas sistematizadas para a descrição e análise do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2009; MINAYO, 2004). Foram identificadas três categorias: 1- O significado de uma sede própria do Centro Catarinense de Reabilitação, 2- A divisão do trabalho na equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação e 3- Uma parceria de sucesso: Fundação Catarinense De Educação Especial E Centro Catarinense De Reabilitação.

RESULTADOS

O significado de uma sede própria do Centro Catarinense de Reabilitação

A história do surgimento da Associação Santa Catarina de Reabilitação traz, em sua concepção, a figura fundamental da senhora Edith Gama Ramos. Sua inspiração foi um de seus netos, ‘Césinha’, que aos quatro anos de idade, iniciou com os sintomas de “febre misteriosa, persistente e baixa”, diagnosticada posteriormente como uma forma branda de poliomielite. Com a evolução da doença, ‘Césinha’ passou a sentir dores nas pernas, o que levou a família a buscar novos recursos terapêuticos (MUZZI, 2002).

Por recomendação de um amigo neurologista, ‘Césinha’ iniciou o exercício da prática do futebol, como forma de terapia e, após três meses e meio desta prática, sua recuperação mostrava-se integral. Por sua vez, Edith Gama Ramos, vivenciando o acontecido e, como de costume, preocupada com aqueles que não teriam a mesma facilidade de acesso aos recursos que prontamente foram propiciados ao seu neto, começou a alimentar a ideia da criação de um centro de reabilitação, uma obra social e humana (MUZZI, 2002).

A primeira equipe multiprofissional era reduzida, mas já contava com dois médicos colaboradores, duas assistentes sociais, um prático em oficina ortopédica, uma técnica em fisioterapia formada na ABBR (Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação), localizada no Rio de Janeiro, e uma fisioterapeuta (MUZZI, 2002). Mesmo com uma pequena equipe multiprofissional, a instituição já cumpria o seu papel social e reabilitava muitas pessoas com deficiência, tanto que a notícia de que havia um local onde era possível receber um atendimento de

qualidade se espalhou pela cidade e foi tomando proporções cada vez maiores com os passar dos dias, meses e anos... como observamos no relato:

“É, você vê que a história começou por causa de uma necessidade familiar de um neto da Dona Edith Gama Ramos. Né? Então, o governador Celso Ramos permitiu que a esposa procurasse um local e fizesse um Centro de Reabilitação. Tanto que ela trouxe uma fisioterapeuta do Rio de Janeiro. É...depois a coisa, vamos assim dizer, em termos de política, a coisa funcionava. A Reabilitação, reabilitava. Então, como reabilitava, e como trazia benefícios, a coisa teve um crescimento, né? No começo, era pouco movimento mas aí o movimento foi crescendo. E havia necessidade mesmo de ampliar” (Luiz Fernando de Vincenzi, Médico 1971- 1999).

O trabalho filantrópico realizado há anos por Edith Gama Ramos aliado à sua força de vontade de estar à frente da elaboração de uma obra social estiveram associados a um bom momento político, onde seu marido, Celso Ramos, colaborou com suas influências políticas, conseguindo um local para fundar a instituição e médicos colaboradores para gestão da ASCR em sua fase inicial. Influências políticas à parte, a equipe multiprofissional se empenhou de maneira exemplar, trabalhando com muita dedicação e afinco, na tentativa de atender a todos que ali viessem buscando auxílio e obtiveram resultados muito positivos... tanto que o governo do estado quase dez anos depois de sua inauguração teve interesse em buscar recursos para investir em uma sede própria da instituição:

“Foi aí quando eu entrei, porque o governador Colombo Machado Salles me convidou, pedi a ele que aceitava desde que eu pudesse construir um Centro novo. Porque no Centro antigo, na General Bittencourt, chovia dentro, era uma casa muito velha. Então ele conseguiu, me deu essa autorização e consegui fazer o novo Centro de Reabilitação em 1973, já baseado nos grandes centros de reabilitação do Brasil, que é a AACD, a ABBR e o Sara Kubitschek. Porque você tem que ver quais os setores que você tem que fazer.

Então, a oficina ortopédica, é um setor muito importante. A cinesioterapia, a terapia ocupacional. E aí você vai vendo tudo que você tem que fazer para colocar dentro de um Centro de Reabilitação” (Luiz Fernando de Vincenzi, Médico 1971- 1999).

A área da reabilitação em nível público se afirmou em Santa Catarina com um forte apoio político, pois foi criada a Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), que incorporou os bens móveis e imóveis da Fundação Médico Hospitalar Catarinense, nos quais estava compreendida a ASCR. Além disso, o reconhecimento em grandes proporções da sociedade quanto ao trabalho na área da reabilitação realizado pelos profissionais da instituição. De modo implícito, é celebrado um contrato entre uma profissão e o Estado, ou entre a profissão corporativa e a sociedade que permite e exige que confiemos nos profissionais individuais que consultamos (FREIDSON, 1998).

No início da década de 70, a área da reabilitação já contava com muitas profissões, recursos terapêuticos e maior conhecimento científico especializado que possibilitava o desenvolvimento de uma reabilitação com maior qualidade em alguns Centros de Referência no país, e este era o desafio da ASCR. Uma sede própria, com infraestrutura e equipamentos adequados, profissionais com competência técnica para levarem aos cidadãos catarinenses o que pudesse haver de melhor em termos de Reabilitação Multiprofissional – no mesmo nível dos outros grandes centros citados.

A manutenção e o aprimoramento da posição de determinada profissão no mercado de trabalho, e na divisão de trabalho que a cerca, exige contínua atividade política. A profissão deve tornar-se um grupo de interesse para conseguir, ao mesmo tempo, promover seus objetivos e proteger-se daqueles que têm objetivos concorrentes (FREIDSON, 1998). Neste caso, estamos nos referindo à área da reabilitação, que foi aprimorada com a chegada de novos profissionais, recursos terapêuticos e conseqüentemente maior fluxo de pessoas com deficiência sendo atendidas pela instituição, beneficiando a sociedade, que reconhece a ASCR como uma obra governamental de grande valia para a população catarinense.

Um dos setores que foi criado desde a fundação da ASCR foi o setor da Oficina Ortopédica, que foi se aprimorando ao longo dos anos e, quando foi inaugurado em 1973, já havia um funcionário altamente qualificado nos melhores centros de reabilitação do país, possibilitando

uma estrutura adequada para a instituição inovar nos atendimentos neste setor na sede própria:

“Aí foi onde eu implantei a prótese, já juntamente com o Doutor Luís Fernando De Vincenzi. Se você pegar, por exemplo, a oficina da época da AACD e pegar o Hospital de Reabilitação hoje, a frente da AACD é mais ou menos parecida com o Centro de Reabilitação, né?...com a construção da oficina, nós setorizamos. Era um salão enorme, grande. E aquilo foi então setorizado com essas placas de Eucatex. O setor de órtese, o setor de prótese e o setor de colete e o setor de sapataria. Eram 4 setores que tinha. Então, era cada um na sua área, trabalhando” (Valter Pedro Lisboa, 1969-1999).

Em um estudo realizado em 2014, que descreve as rotinas da Oficina Ortopédica da AACD da Unidade Ibirapuera, revela os produtos fabricados órteses, próteses, coletes, muletas, bengalas, cadeira de posicionamento, adaptações para cadeiras de rodas. O trabalho realizado é artesanal, exige precisão, totalmente personalizado e sujeito a ajustes constantes, não havendo produção de larga escala. E os calçados ortopédicos seguem os mesmos padrões, sendo confeccionados de acordo com as necessidades de cada paciente (LYRA, 2014).

Surpreendentemente, dos setores que havia na época da inauguração em 1973, para os dias atuais, o que a ASCR não contemplava era a fabricação das muletas, bengalas, cadeiras de rodas e posicionamento. De modo aguerrido, o setor da Oficina Ortopédica contemplou muitos cidadãos catarinenses com seus produtos feitos com muita precisão técnica, mas também carregados com muito amor e carinho pelos profissionais que se dedicaram neste período à instituição.

A continuidade do ingresso de vários profissionais na instituição estimulou a criação de novos setores, que localizavam-se estrategicamente em um espaço físico onde as salas dos diversos profissionais ficavam muito próximas umas das outras, justamente para facilitar a comunicação entre os mesmos, como se segue no depoimento da entrevistada:

“Eu comecei a trabalhar na Neuro Adulto, comecei a me interessar. Nós tínhamos uma equipe que era muito legal. Fisicamente, tinha a

Sala de Fisio, que era uma sala grande. E, no ambiente da Neuro Adulto, do lado direito, tinha a TO (Terapeuta Ocupacional), e do lado esquerdo, a Fono. Então tinha as salas próximas e Sala de Espera dos três atendimentos. Então os pacientes se conheciam, se comunicavam e os profissionais se comunicavam. Era uma coisa que a gente começou a querer trazer a família para o atendimento, a querer e fazer uma equipe multidisciplinar. A Fátima, na época era estagiária (de psicologia). Então ela estava muito a fim de que tudo desse certo...porque ela fazia esse conciliamento entre os profissionais. Ela olhava os pacientes, ela avaliava as famílias... até a assistente social participava dessa equipe para avaliar a condição social, as dificuldades que eles (pessoas com deficiência física) tinham no transporte e mesmo na adequação das suas casas com, com relação às adaptações que a gente solicitava” (Ulla Vestergaard Lisboa, Fisioterapeuta, 1978-1984 / 1989-2001)

Gradualmente, os profissionais foram se conhecendo e reconhecendo a fundamental e a relação estreita de que, para que a sua própria terapia tenha bons resultados com determinada pessoa com deficiência ou resultados ainda mais promissores, é necessário que cada um abra a porta e chame o colega que está na sala ao lado, para participar em algum momento do seu atendimento, e assim fazer de uma equipe multiprofissional uma equipe interdisciplinar.

Em uma perspectiva contemporânea, a interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural, a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições e o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE, et al., 2005).

Uma das entrevistas expressa muito bem a visão que todos citaram de uma forma ou de outra sobre as características necessárias no profissional que lida com a pessoa com deficiência, e este é mais um diferencial da equipe multiprofissional e interdisciplinar que trabalhou com ‘amor à camisa no período de 1973-1991’, conforme o relato a seguir:

“Então, ter essa visão mais global, não ver só o paciente como uma coisa física, ter uma deficiência física, ele não é só um deficiente físico, tem outras coisas que envolvem como eu já citei antes, a família, o trabalho, a sociedade, né? A espiritualidade, o lado afetivo, tudo isso eu acho que tem que ser envolvido e eu acho que o profissional precisa estar preparado para isso” (Mara Ferão, Fisioterapeuta, 1985 – 2008).

A humanização, quando analisada e refletida sob a ótica de uma política transversal, compreende um conjunto de princípios e diretrizes que, por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, passa a caracterizar uma construção coletiva. Na ótica da transversalidade, é possível ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O que se fala atualmente nas Políticas de Humanização já era algo praticado pelos profissionais do CCR sem saber que estas um dia iriam existir. Por crenças e valores próprios, percebiam a complexidade envolvida na arte da Reabilitação quase que por instinto, de maneira natural, mas porque realmente amavam o que faziam e dedicavam todos os dias para fazer do CCR uma grande instituição em termos de reabilitação, e de fato o CCR tornou-se referência no estado na área.

A divisão do trabalho na equipe multiprofissional do Centro Catarinense de Reabilitação

A partir do momento em que a equipe multiprofissional da então ASCR estruturou-se baseada nos grandes centros de reabilitação do país, a equipe passou a contar com terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, pedagogas, educador físico, psicólogo e protesistas. Na equipe já havia os profissionais médicos, fisioterapeutas, as assistentes sociais, os técnicos em fisioterapia com formação, auxiliares em fisioterapia (com experiência prática nos equipamentos e exercícios terapêuticos) e os massagistas.

A prática multiprofissional ocasiona transformações no trabalho coletivo e seus produtos, pois, no cotidiano do agir profissional em equipe, existe a possibilidade de cada qual recompor suas práticas profissionais especializadas, construindo formas de intervenção ampliadas. No cotidiano da prática multiprofissional e interdisciplinar, novos saberes podem ser produzidos, saberes permeados pelas

diferenças e desigualdades contidas nas diferentes profissões (SALVADOR et al., 2011).

Porém, a ampliação da equipe do CCR trouxe à tona uma nova perspectiva não somente de trabalho, mas também na divisão do trabalho. E, ainda, questões críticas relacionadas à lutas e resistências quanto à autonomia profissional de algumas profissões.

Um estudo qualitativo realizado por Espindola (2011) que, em uma de suas vertentes analisou a inserção do fisioterapeuta em Florianópolis no âmbito público estadual, já havia constatado que a prescrição das técnicas fisioterapêuticas não era baseada no diagnóstico cinético-funcional do fisioterapeuta. O médico era o profissional que estabelecia, de acordo com sua avaliação, o que seria prescrito ao paciente. No que se refere à divisão do trabalho, o início das atividades de alguns profissionais, principalmente dos fisioterapeutas, encontrava barreiras devido à tradicional hierarquia e hegemonia médica:

“E eu como Fisiatra, eu fazia a avaliação de todos os pacientes. Cada um que entrava, todo dia de manhã. Tem um consultório, eu fazia a avaliação dos pacientes lá dentro. Então, eu indicava hidroterapia, cinesioterapia, massoterapia. Eu indicava o que era pra ser feito” (Luiz Fernando de Vincenzi, Médico 1971- 1999).

“O Dr. Luiz de Vicence prescrevia todo o tratamento, o fisioterapeuta só executava. Não tinha autonomia. Ah ele mandava fazer neuro tom ou ultrassom ou ginástica médica, que era cinesioterapia e a gente executava! Então assim foi um trabalho bastante árduo no sentido da gente ter autonomia profissional, da gente poder prescrever, de saber o que estava fazendo, a gente não podia dar alta, não tinha nada disso, era eles que mandavam. A gente foi mostrando e a gente foi discutindo tecnicamente em reuniões e mostrando o nosso conhecimento e que nós tínhamos autonomia para isso até com nosso código de ética dizendo isso, foi um trabalho de formiguinha. Então assim, hoje o para o profissional que chega é uma beleza, é assim, nós abrimos caminho, é como se diz: nós abrimos as

trincheiras” (Eliana Trevisan, Fisioterapeuta, 1984-2013).

Os depoimentos apontam que eram os fisioterapeutas aqueles que encontraram mais resistências na luta para conquistarem a autonomia profissional. A conquista da regulamentação da profissão em 1969 era apenas o início da batalha dos fisioterapeutas para se estabelecerem no mercado de trabalho. Foi preciso, no caso dos profissionais do CCR, lutarem principalmente contra as resistências da categoria médica no sentido de demonstrar que a formação em nível superior do fisioterapeuta é pautada no conhecimento científico exclusivo. Sendo assim, os profissionais adquirem habilidades e competência técnica suficientes para aplicações de métodos e técnicas privativos em reabilitação.

A autonomia profissional permite aos trabalhadores expressar sua liberdade de escolha em seu trabalho, tecendo seu próprio julgamento e responsabilidade como árbitros de suas atividades. Na autonomia profissional, existe autoridade sobre o trabalho suficiente para ter liberdade de empreender uma ação arbitrária como se fosse algo natural; situação que pressupõe uma importante proteção econômica e política da profissão (FREIDSON, 1998).

No que se refere à divisão de trabalho, uma nova classe surgiu em função de uma demanda de pacientes que necessitavam de cuidados relativos à reabilitação física: os técnicos em fisioterapia.

Devido ao inexpressivo número de fisioterapeutas atuantes na capital nas décadas de 1970 e 1980, em 1974, foi criado um Curso Técnico em Fisioterapia pelo Colégio Coração de Jesus, em Florianópolis. O curso funcionava junto à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, que promoveu um concurso logo após a formação da primeira turma. Inicialmente o concurso absorveu cinco técnicos em fisioterapia e posteriormente chegou ao número de treze e o restante era formado por auxiliares, que já tinham vínculo com a ASCR desde a sua formação (ESPÍNDOLA, 2011). Os técnicos em fisioterapia foram alguns que perceberam as mudanças com o ingresso dos novos profissionais, como podemos perceber nos seguintes depoimentos:

“Quando não existiam as fisios na reabilitação eu tinha autonomia porque não tinha elas. Para fazer uma avaliação, para traçar um programa de tratamento, para dar uma alta, sabe? Para fazer uma medida aí eu tinha autonomia, a partir do momento que as fisios entraram aí eu não tinha

mais essa autonomia, certo? Por que? Porque eu sei que meu curso técnico, a minha autonomia termina quando a dela começa, quando a fisio começa, porque a avaliação quem faz é ela. Porque uma coisa que eles me ensinaram muito bem lá os profissionais quando no meu curso, que elas avaliam, eu atuo, sabe? Depois de atuar eu conversei com a fisio para saber se ele está pronto ou não, mas a alta quem dá é ela, mas ela pergunta para mim e para mim fazer esse processo foi muito dolorido...” (Stela Franzoni, Técnica em Fisioterapia, 1975-2009).

“Autonomia eu acho que era... era restrito né? Porque a gente sabia que o nosso curso técnico de fisioterapia a gente era regido, supervisionado pelo fisioterapeuta. Era um trabalho assim, foi assim, tu não... autonomia... tu tinha que dizer o que o paciente precisava numa reunião, numa pergunta da fisioterapeuta, ela passava o que tinha que fazer com o paciente e a gente atuava, depois de um tempo a gente até que exerceu essa tal autonomia né, mas não era assim, era sempre supervisionado pelo fisioterapeuta o trabalho” (Maria Helena Pamplona, técnica em fisioterapia, 1975-1998).

É possível observar nas falas das técnicas em fisioterapia grandes mudanças na divisão do trabalho e da autonomia profissional das mesmas a partir da chegada dos fisioterapeutas que assumiram o papel de supervisores e coordenadores da reabilitação das pessoas com deficiência.

As fronteiras formais entre as profissões são estabelecidas por uma legislação e configuradas no curso de um processo de luta política e negociação durante o qual os representantes das profissões buscam defender ou melhorar sua posição na divisão de trabalho. A divisão do trabalho é considerada um processo de interação social entre trabalhadores e trabalhadores supervisores, que determina o modo de conceber as tarefas, quem deve realizá-las e como devem ser realizadas (FREIDSON, 1998).

Mesmo assumindo a coordenação e a supervisão das atividades relacionadas ao tratamento fisioterapêutico, os conhecimentos e os saberes dos técnicos em fisioterapia eram levados em consideração pelos fisioterapeutas e demais membros da equipe e eles também tinham

voz nas reuniões onde se discutiam os estudos de caso dos pacientes.

Em contrapartida, alguns profissionais não tiveram muitas dificuldades em exercer o livre arbítrio em suas atividades laborais:

“Lá desde que eu entrei...não tive problema nenhum assim de tudo que eu falava eles levavam em consideração porque eu que tinha o conhecimento no caso, lógico que eu não ia falar abobrinha.....então eu tinha autonomia...”(Nilda Destri, Fonoaudióloga).

“O fonoaudiólogo ele fazia o trabalho dele e ele tinha autonomia para fazer a sua avaliação, ele tinha autonomia para criar o seu plano de tratamento e ele tinha autonomia para dar alta. Alta da instituição não, mas do tratamento sim, então muitas vezes a alta era questionada pelo médico, mas a gente tinha autonomia para dar essa alta e também discutir com o médico o porque daquela alta, se fosse o caso de haver uma divergência sob o ponto de vista médico e fonoaudiológico” (Thaísa Curcio Muzzi, Fonoaudióloga, 1988-2008).

“A gente não tem (autonomia plena)...se tu trabalhas num Órgão do Governo tu dependes de toda aquela estrutura né, porque o serviço social ... ele precisa assim de recursos para trabalhar junto com o paciente. Tinha (autonomia). A gente sempre teve apoio da direção para trabalhar dentro das normas certinho e sempre tivemos a independência” (Maria da Graça Machado, Assistente Social, 1979-1999).

A complexidade da assistência em saúde requer a cooperação profissional para que haja o compartilhamento de decisões, de ações pensadas e de respeito aos espaços interprofissionais. Assim sendo, não cabe o domínio de uma profissão sobre outra, mas o respeito aos espaços próprios e inter-relação nos espaços comuns de atuação (BELLAGUARDA et al., 2013).

As batalhas foram enfrentadas essencialmente para conquistar a autonomia profissional, mas também acabaram contribuindo para obter o reconhecimento profissional daqueles que lá estavam na instituição. As mudanças na organização da divisão de trabalho entre algumas profissões, inicialmente causaram desconfortos, mas o respeito quanto à

formação profissional e os aspectos pessoais de cada um sempre foram levados em consideração e as adversidades superadas para que o maior objetivo fosse cumprido: permanecer reabilitando da melhor maneira possível as pessoas com deficiência.

Uma parceria de sucesso: Fundação Catarinense de Educação Especial e Centro Catarinense de Reabilitação

Entre os anos de 1976 e 1980, foi criado o setor de Pedagogia, seguindo os moldes da A.A.C.D., trazidos pela pedagoga da Fundação Catarinense de Educação Especial (F.C.E.E.) Aguida Luciano. Nessa época foi realizado um convênio entre a A.S.C.R. e a F.C.E.E., onde a primeira atenderia as necessidades clínicas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional e a segunda, todo o suporte técnico-educacional para o atendimento da criança com necessidades especiais (MUZZI, 2002).

As instalações do Setor Pedagógico ainda nem existiam, mas já preocupava o que poderia haver próximo aos arredores do CCR. Por esse motivo, a entrevistada tratou de conversar com pais, profissionais do CCR, seu diretor e pessoas da política local que pudessem intervir a favor da causa pedagógica:

“O setor pedagógico começou quando eles construíram um prédio lá atrás. Era um prédio atrás da Reabilitação. Esse prédio era pra atender crianças delinquentes, adolescentes delinquentes. E aí foi um trabalho, assim de política junto com os pais. Fizemos muitas reuniões à noite. Levamos o nosso diretor, era o Doutor Paulo Fontes E teve toda a questão política. E esse pai da Mariana, hoje ele é desembargador, o Seu Milton Machado. Não sei que secretaria era envolvida, mas a gente conseguiu. Mas assim, foi estudo, foi muitas reuniões à noite na Reabilitação. Então, era assim: era eu, o Antônio, o diretor da Reabilitação. Aí alguns pais e o pessoal da secretaria da saúde, pessoal da Fundação também. Diretores da Fundação. Então, a gente, assim, se envolveu bastante, foi uma mobilização bem grande. Quando conseguimos esse prédio, eu não lembro se foi o pai da Mariana, o Doutor Milton, que conseguiu através

de um convênio. A gente conseguiu uma verba que a gente conseguiu toda a mobília. Então, aquelas carteiras adaptadas, cadeiras adaptadas” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

A Pedagogia batalhou e conseguiu conquistar seu espaço físico, profissional, social e moral. Os argumentos utilizados perante a sociedade e o Estado (tanto para as instituições envolvidas quanto aos políticos locais) de que a construção de um setor pedagógico para atender as crianças com deficiência física no terreno que abriga o CCR seria uma proposta muito mais coerente, adequada e benevolente face a uma unidade prisional infanto-juvenil ao lado do Hospital Infantil Joana de Gusmão foi conquistada, mas foi necessário muito apoio político.

A profissão alcança e mantém seu *status* profissional quando consegue persuadir a elite dominante, ou seja, os poderes políticos e econômicos influentes, de que seu trabalho possui um valor especial, o qual merece ser protegido e assegurado no contexto na qual está inserida. Para a conquista de uma posição estável no mercado de trabalho é necessário que as classes políticas e econômicas estejam convencidas a respeito da fundamental relevância do trabalho exercido pela profissão (FREIDSON, 1998).

O convênio realmente seria muito bom para as duas instituições e partiu da FCEE o desejo de vê-lo selado:

“A Fundação sentiu a necessidade de ter que fazer um trabalho à parte. Porque a Educação Especial pra atender o deficiente mental. Mas para o deficiente físico ela podia só dar a fisioterapia, podia dar a fono também, mas acho que o ambiente melhor seria a Reabilitação. Aí fizeram o convênio entre a Educação Especial e a Associação Santa Catarina de Reabilitação. Nesta época, quem era o diretor era o Doutor Paulo Fontes e o Luís Fernando De Vincenzi em 1973, que foi quando abriu” (Marilene, Pedagoga 1978-1992)

Inicialmente o Setor de Pedagogia era visualizado apenas como um anexo da FCEE, já que tratava-se de um convênio com a instituição referida. Mas, gradualmente, as pedagogas foram apresentando seu trabalho ao CCR e se tornando parte dele, como relata a entrevistada:

“Existia um convênio. Então, assim, todo suporte pedagógico a gente ganhava da Fundação. A Reabilitação cedia o espaço e a clientela, né? E, eles não se responsabilizavam por nada na área pedagógica. E aos pouquinhos, a gente começou a se envolver com os funcionários, começamos, a penetrar, digamos assim, dentro da Reabilitação. Começamos a criar espaço dentro da Reabilitação, né? Mas, no início, assim: Ah, lá o setor, é a escolinha. E ninguém opinava, ninguém se metia. A gente podia fazer o que quisesse com as crianças” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

A equipe multiprofissional foi se acostumando com a presença constante das pedagogas, até porque as crianças atendidas eram as mesmas e a instituição, na medida do possível, fornecia o transporte para a realização das atividades pedagógicas:

“Era uma salinha com mesinhas e cadeirinhas na altura das crianças. Muitos não andavam, não caminhavam. E tinha os que caminhavam mas, pra ser aluno tinha que ser um deficiente físico e de “inteligência, entre aspas, normal”, porque eles sempre tinham alguma coisa a perder...por causa da deficiência física, né? Aí eles vinham e então os de 2ª, 4ª e 6ª feira, uns não tinham condições de vir até a Reabilitação, então a Kombi da Reabilitação trazia, já se conhecia os alunos, porque eles frequentavam lá a Reabilitação e traziam as crianças. Ficavam comigo na sala de aula, eu dava a parte pedagógica ao nível deles, né? Portanto, ao nível de jardim de infância. Muitos de quatro, cinco anos de idade. Mas, geralmente, eles vinham mais com 5, 6 anos. Tinha uma até que saiu com quase 12 anos, 9 anos, 10 anos. Porque já começaram tarde ali com a gente” (Marilene Pedagoga 1978-1992).

O Setor Pedagógico era nomeado deste modo em termos formais e institucionais, mas para a equipe multiprofissional e interdisciplinar do CCR era carinhosamente chamado de ‘Escolinha’ e esta atendia crianças pequenas, e também os ‘praticamente adolescentes’. Independente da idade, todos eram muito bem-vindos e recebidos com muito entusiasmo

pelas pedagogas que, a cada dia, tentavam fazer daquele dia um dia que faria diferença na vida de seus alunos.

A educação inclusiva tem como pressuposto básico o reconhecimento do direito de todos a uma educação justa, igualitária e que atenda às necessidades educacionais especiais de cada indivíduo, que os leve ao desenvolvimento acadêmico e emancipação social (MARTINS; LEITE, 2014).

Uma das pedagogas exemplifica como colocava em prática o referencial teórico utilizado para realizar as atividades lúdicas e educativas com as crianças:

“Gostava de trabalhava com Piaget. Partia da criança, o interesse. Eu nunca cheguei ali e disse assim ó: hoje nós vamos fazer isso. “Aparecia, né? Aí, então, dali eu trabalhava. E eu sabia o que é eu tinha que dar. Então, por exemplo. Era...cor, né? Tinha que dar cor. Então, aí tinha vez contava uma historinha. Ou então partia de uma flor ali na rua, se tivesse. Alguém levava uma coisa, uma fruta, alguma coisa. Ali já começava o trabalho” (Marilene Pedagoga 1978-1992).

A profissional deixa transparecer no relato que há uma estratégia pedagógica muito bem definida por trás das atividades propostas aparentemente simples e cotidianas que levam ao alcance de determinados objetivos de acordo com as necessidades de cada grupo escolar.

Na profissionalização, existe a necessidade da educação formal de nível superior, onde um grupo de trabalhadores possui um conhecimento exclusivo (teórico e abstrato) e uma competência especial, que se caracteriza por exigir o exercício de um discernimento complexo. A educação formal e a competência técnica estão estreitamente relacionadas, pois a competência existe somente devido à educação formal, e esta pode ser considerada uma medida institucional conveniente para a existência da competência (FREIDSON, 1998).

“Quando a gente achava que elas estavam prontas pra ir pro ensino regular, a gente já encaminhava. E quando a família tinha recurso, também. Porque tinha muita criança ali que não tinha recurso pra ir pra uma escola. E, e a inclusão na escola pública era mais difícil, né? E a escola pública, educação

infantil, na época, não existia. Porque agora é obrigação da prefeitura a educação infantil. Antes não era. Então não tinha a creche pra essa criançada. Então a gente supria. E aos pouquinhos, quando as famílias conseguiam pagar particular, a gente fazia isso: inclusão da criança. E aí depois elas foram crescendo, a gente foi começando a coloca no ensino regular” (Márcia Soncini, Pedagoga, 1979-2000).

A profissional apresenta o momento em que o vínculo da criança com a FCEE por meio da querida ‘Escolinha’ estruturada nas dependências do CCR era rompido. E, assim, iniciados outra etapa e um novo desafio para a criança: a inserção no ensino regular. Atualmente, a Educação Inclusiva não elimina o atendimento especializado para alunos que estejam enfrentando dificuldades em acompanhar a classe regular, ao contrário, afirma que todos os alunos, independentemente do tipo ou grau de comprometimento, devem ser matriculados diretamente no ensino regular, cabendo à escola se adaptar para atender às necessidades. Ao longo de todo processo de escolarização, esse atendimento deve estar articulado com a proposta pedagógica do ensino comum, promovendo atitudes e comportamentos que viabilizem e garantam a acessibilidade efetiva (MISSEL, 2013).

Uma das profissionais do CCR lembra de um fato extremamente inovador para a época. Atualmente, denominamos tecnologia assistiva na educação inclusiva, que é o uso do computador para auxiliar não somente na comunicação, mas na educação:

“...lá também tinha um setor de pedagogia que carinhosamente falava “escolinha”, mas era o setor pedagógico que tinha as professoras que trabalhavam com computador, na época bem rústico, mas eu me sentia bastante feliz às vezes de ver um paciente que tinha um atetose né? Daqueles bem difíceis... e ele só conseguia escrever com o computador, que essa professora, agora não lembro o nome porque tinha várias...A Márcia era uma das coordenadoras, mas tinha uma professora que ela fez uma adaptação que ele marcava com a boca...Isso a gente via em livro, mas não estava adaptado, ela adaptou pra ele alguma coisa que ele fazia com a boca onde tinha que marcar as teclas do computador...ele usava a

boca que era o único meio de ele se comunicar e pelo computador, era muito interessante!” (Maria Helena Pamplona, Técnica em Fisioterapia, 1975-1998).

As tecnologias assistivas caracterizam-se como ferramentas indispensáveis na inclusão e integração de pessoas com algum tipo de deficiência, incluindo aquelas com dificuldades na comunicação (oral e escrita), na funcionalidade e locomoção. Sendo assim, qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, adquirido comercialmente de um estoque de fabricação em série, modificado, ou feito sob medida, usado para aumentar, manter ou melhorar capacidades funcionais de indivíduos com incapacidades podem ser considerados um item de tecnologia assistiva (OLIVEIRA et al., 2008).

O computador é usado como recurso de acessibilidade que ajuda a diminuir o preconceito e a limitação de trabalho dos professores com os alunos, pois, no momento em que são oferecidos meios para que a criança com necessidades especiais de aprendizagem interaja de forma igual com os outros, ela não é mais vista como ‘diferente’. Trabalhar com a informática na educação especial, aliada às práticas pedagógicas, pode construir fatores marcantes para o desenvolvimento de crianças com deficiências, além de contribuir para a ampliação dos saberes fazeres dos docentes (PÉREZ, 2013).

A parceria entre FCEE e CCR realmente foi muito produtiva, pois trouxe a experiência de profissionais da educação para dentro de um ambiente de reabilitação e desse modo pôde-se criar uma relação interdisciplinar que fortaleceu ainda mais o processo terapêutico em reabilitação das pessoas com deficiência, especialmente das crianças.

A transição das crianças entre a ‘Escolinha’ e o ensino regular, em escola pública ou particular, era acompanhado de perto pelas pedagogas, com visitas semanais às escolas, e a parceria entre as instituições já contava com o fornecimento das cadeiras e carteiras adaptadas às crianças, para que não houvesse nenhum impedimento inicial para frequentarem as aulas. E, quando a dificuldade de adaptação era do professor, não havia problema algum! Cursos de capacitação eram promovidos para facilitar os caminhos da inclusão escolas das crianças com deficiência... Tudo o que estava ao alcance destas e outras profissionais desse período foi feito para que estas crianças, talvez muito dependentes na época, com uma ‘ajudinha’ da educação se tornassem adultos independentes para seguir seus próprios caminhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da equipe multiprofissional seguiu um caminho ousado para a época, iniciando suas atividades em uma sede construída com referência nos grandes centros de reabilitação da época. Sem nunca esquecer, é claro, as bases históricas da instituição, rememorando a cada profissional recém-chegado na ‘casa’ as inspirações e aspirações que motivaram a fundação da instituição na década de 60.

A inovação no início da década de 1970 não se limitou aos equipamentos e espaço físico adequados, mas os novos profissionais pouco a pouco se integraram e assim desenvolveram novas estratégias em reabilitação tanto para adulto quanto para crianças com deficiência física. E assim trabalharam na prática conceitos referentes à interdisciplinaridade e humanização.

Durante esse período e na década de 1980, muitas foram as lutas pela autonomia profissional de alguns membros da equipe e até mesmo entre estes membros. Já outros sofreram mudanças perceptíveis na reorganização da divisão de trabalho. Alguns nunca tiveram sua autonomia abalada. Cada profissão tem sua história e cada qual é marcada por singularidades no desenvolvimento de seu profissionalismo e neste contexto, trouxemos aqui recortes que foram de relevante destaque ao estudo.

Por fim, cabe ressaltar a grande valia do trabalho pedagógico da FCEE aliado ao processo terapêutico em reabilitação que se uniram em prol das crianças do CCR, alinhando-as ao nível pré-escolar e preparando-as para o ensino regular, quebrando barreiras arquitetônicas, vencendo preconceitos e vestindo a camisa da educação inclusiva e tecnologia assistiva – denominações que viriam a ser utilizadas somente alguns anos depois.

Por todo o trabalho, garra, dedicação, inovação e ousadia, a equipe multiprofissional e interdisciplinar do período datado de 1973-1991 foi uma equipe à frente de seu próprio tempo, que foi muito além do ‘simples reabilitar’ uma pessoa com deficiência... isso foi só o começo.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALMEIDA, Marta Carvalho de; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 118-26, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; PADILHA, Maria Itayra; PEREIRA NETO, André de Faria; PIRES, Denise; PERES, Maria Angélica de Almeida. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, v.17, n. 2, p. 369-374, 2013.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro; SPEZIA, Carlos Humberto; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 01, p. 31-38, 2009.

BURKE, Peter. **A Revolução Francesa da historiografia**: a escola dos annales. 3ª ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. **A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992)**. 2011. 82p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Ed USP, 1998.

LYRA, Gabriele Pugliesi. A humanização da arquitetura hospitalar em centros de reabilitação infantil. **Revista Especialize On-line IPOG**, v.01, n.09, p.1-22, 2014. Disponível em: <<http://www.ipog.edu.br/uploads/arquivos/17832734f45bccdd261460e08bcc5cba6.pdf>> Acesso em: 03 jan. 2015.

MARTINS, Sandra Eli Sartoreto De Oliveira; LEITE, Lucía Pereira. As contribuições da Educação Especial para promoção da educação inclusiva nas normativas brasileiras. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v.4, n.2, p.189-210, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISSEL, Aline. Educação inclusiva: uma reflexão acerca das dificuldades reais na inclusão de pessoas com deficiência física/motora. **Revista Educação em Rede: formação e prática docente**, v.2, n.3, 2013.

MUZZI, Thaisa Curcio. **Histórico da Associação Santa Catarina de Reabilitação**. [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Associação Santa Catarina de Reabilitação; 2002.

OLIVEIRA, Ana Irene Alves; GAROTTI, Marilice Fernandes; SÁ, Nonato Márcio Custódio Maia. Tecnologia de ensino e tecnologia assistiva no ensino de crianças com paralisia cerebral. **Ciências & Cognição**, v.13, n. 3, p. 243-262, 2008.

PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Susskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 575-584, out/dez.2005.

PÉRES, Deluzia Daleprane Queiroz. Tecnologias assistivas como facilitadoras da aprendizagem significativa de crianças com deficiências. **Gestão contemporânea**, v.3, n.1, 2013.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paideia**, n.43, v.19, p. 177-187, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em: 02 março 2012.

SALVADOR, Anarita de Souza; MEDEIROS, Cristina Da Silva; CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau. Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.329-338, 2011.

SAUPE, Rosita; Cutolo, Luiz Roberto Age; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gladys Amélia Vélez. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa representou, acima de qualquer circunstância, um grande desafio pessoal e profissional. O ingresso em um tão sonhado concurso público, em uma instituição estadual na qual almejei atuar desde os tempos de acadêmica fez com que eu tomasse algumas decisões difíceis, dentre elas, abdicar da função de bolsista, na qual teria exclusividade para meus estudos para me dedicar a esta tese.

Entretanto, o desafio de conciliar estas atividades de modo concomitante me impulsionou ainda mais para me dedicar com afinco aos estudos, afinal meu trabalho foi muito instigante e motivador: apresentar à sociedade um período brilhante da maior instituição de reabilitação do Estado de Santa Catarina: o Centro Catarinense de Reabilitação.

Acredito que com os frutos deste trabalho possamos valorizar, e prestar o devido reconhecimento profissional e social, além de uma singela homenagem aos homens e mulheres que dedicaram grande parte de suas vidas e que, inúmeras vezes, abdicaram de seu tempo de lazer com familiares e amigos para se dedicarem a melhorar a qualidade do atendimento prestado pela instituição que tanto amavam.

Poucos estudos levando o contexto do CCR foram realizados e, em nossos levantamentos, a trajetória dos primeiros profissionais da mesma ainda era um fato inexplorado.

Compreendemos que o trabalho interdisciplinar realizado pela equipe multiprofissional foi um processo que ocorreu gradualmente com apoios de alguns e resistência de outros – situação quase que previsível quando nos deparamos com mudanças de rotinas assistenciais, ainda mais quando se trata da saúde das pessoas com deficiência.

Um fato marcante que merece ser destacado é o empenho e a dedicação de todos os profissionais, sem exceção, em se dedicar para melhorar o conhecimento científico em sua área de atuação. Com ações simples, como a compras de livros para ajudar a compreender melhor o mecanismo de lesão para criar um exercício terapêutico que pudesse ser mais efetivo para contribuir na melhor execução das atividades cotidianas da criança ou do adulto. As várias idas e vindas às jornadas, simpósios e congressos atualizaram os conhecimentos, geraram publicação de trabalhos científicos e principalmente: motivaram alguns profissionais a retornar ao CCR com novas ideias para avançar na reabilitação das pessoas com deficiência.

E unindo as ações simples com as mais elaboradas foram criados grupos semanais com os diversos profissionais da instituição para

estudar os casos que necessitavam de melhores estratégias conjuntas para que a reabilitação pudesse avançar. Além disso, a realização de minicursos para capacitação de técnicos e auxiliares em fisioterapia também contribuía na melhoria da qualidade do atendimento na reabilitação ortopédica e neurológica, dos setores adulto e infantil.

A inclusão social, assunto tão debatido há vários anos e que continua sendo extremamente atual, não tinha esta conotação aos olhos dos profissionais do CCR: desenvolveu-se naturalmente. De maneira autônoma, aguerrida, pura e verdadeira, acreditando que TODOS têm os mesmos DIREITOS porque simplesmente DEVEM ter, começaram a desbravar o mundo da inclusão social quase que sem perceberem. De modo organizado e planejado, os profissionais levavam, até com uma certa frequência, a ‘galera’ do CCR para o supermercado, afinal todas as pessoas, com ou sem deficiência, fazem compras, pesquisam preços e socializam nessas idas e vindas ao comércio.

E, já que adentramos no assunto socialização, os profissionais do CCR foram além... levaram o pessoal ao *Shopping*! E também para a Praia! Sim, Claro! Afinal, estamos numa ilha com 42 praias. Quanta ousadia! Ainda mais de profissionais de uma instituição! O que isso tem haver com reabilitação? TUDO!!! Me questiono quais instituições tiveram a coragem de inovar e revolucionar em termos de habilitação, reabilitação, inclusão, integração e tantos outros termos que poderíamos utilizar entre as décadas de 1970 e 1990.

Nesse período, ainda, se possível, muitas pessoas com deficiência eram mantidas longe do convívio social porque a condição física ou mesmo a própria família as impedia de ter este contato. As ‘simples ações’ na visão dos profissionais do CCR na verdade contribuíram imensamente para quebrar barreiras e preconceitos de muitos que nem sequer imaginavam que as pessoas com deficiência pudessem estar frequentando os lugares citados acima e muitos outros, se divertindo e convivendo perfeitamente em harmonia com todos – NORMALMENTE!

Não posso deixar de expor mais uma relevante contribuição dos profissionais do CCR, outra mudança radical no modo de reabilitar: a inclusão participativa da família. De que adiantava as melhores técnicas terapêuticas serem aplicadas dentro de uma sala com ótimos equipamentos por um período de quarenta e cinco minutos por uma fisioterapeuta ou fonoaudióloga, se nas próximas vinte e quatro horas quem lidaria com as dificuldades de deambulação e deglutição seria a mãe, a esposa, ou outro familiar que estivesse em casa com a pessoa com deficiência?

Foi necessário, por parte dos profissionais do CCR refletir, pensar, estudar, entender e compreender que a reabilitação se faz junto à família. Reestruturação foi a palavra-chave. Os familiares começaram a entrar, aos poucos, na sala de atendimento, da terapeuta ocupacional, da pedagoga, do protesista, e foram aprendendo as posturas, os exercícios funcionais mais adequados para transpor ao dia a dia em casa e assim lidar melhor com as dificuldades enfrentadas nas situações cotidianas com as pessoas com deficiência.

E, por fim, destaco uma das grandes conquistas de tantas que já citei que a equipe multiprofissional deste período alcançou: se tornar uma equipe interdisciplinar e transdisciplinar. Esta história iniciou de maneira tímida, um profissional indo na sala do outro ‘só para pedir uma ajudinha’ para saber como melhorar uma postura daqui, outra dali, e aos poucos os atendimentos passaram a ser em equipe, com todos os profissionais na mesma sala, com estratégias conjuntas e complexas em reabilitação. Estas ações interdisciplinares motivaram outras, como as visitas domiciliares e escolares com a presença de vários profissionais que sempre estavam dispostos a pensar em possibilidades para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência do CCR, seja qual fosse a idade, escolaridade ou grau de independência funcional.

Todos estes achados extremamente significantes e surpreendentes para o período histórico estudado somente foram possíveis porque pude adentrar de modo aprofundado no método de história oral. A entrega dos meus queridos entrevistados, ou melhor, prefiro me referir a eles como profissionais apaixonados pelo seu trabalho e conseqüentemente pelo CCR, instituição na qual dedicaram grande parte de suas vidas e me diziam que a convivência era tão intensa, que todos se tornaram uma grande família e muitos até hoje convivem.

Muitos deles riram, choraram, se emocionaram ao relembrem de tantos fatos e acontecimentos memoráveis, tantas barreiras, batalhas e desafios... que, com muito esforço, dedicação e ‘amor pela camisa’, como muitos deles me relatavam, desenvolveram e inovaram nas estratégias dos atendimentos da instituição, conquistando o reconhecimento dos seus pacientes (carinhosamente chamados de pacientes) e o reconhecimento da sociedade como a primeira instituição de reabilitação do estado na época. Foi realmente uma época que deixou saudades... e por isto mesmo merece seu destaque no tempo e na história...

REFERÊNCIAS

ABREU, Taís; FRIEDMAN, Rogério; FAYH, Ana Paula Trussardi. Aspectos fisiopatológicos e avaliação do estado nutricional de indivíduos com deficiências físicas. **Rev HCPA.**, v. 31, n. 3, 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa>. Acesso em: nov.2014.

ADOLFSSON, Margareta; GRANLUND, Mats; BJÖRCK-AKESSON Eva; IBRAGIMOVA, Nina; PLESS, Mia. Exploring changes over time in habilitation professional perceptions and applications of the international classification of functioning, disability and health, version for children and youth (ICF-cy). **Journal Rehabil. Med.**, v.42, p.670-678, 2010.

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALMEIDA, Marta Carvalho de; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 118-26, set./dez. 2002.

AMORIM, Rosa. Reabilitação. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a16.pdf> Acesso em: 23 ago. 2013.

ANDRADE, Leonardo Tadeu de; ARAÚJO, Eduardo Gomes de; ANDRADE, Karla da Rocha Pimenta; SOARES, Débora Mendonça; CIANCA, Tânia Couto Machado. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, p. 1056-1060, nov./dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>>. Acesso em 10 ago 2013.

ANDRADE, Suellen Marinho; MOREIRA, Karen Lúcia de Araújo Freitas; OLIVEIRA, Eliane Araújo de; SANTOS, João Batista Oliveira dos; QUIRINO, Maria Aparecida Bezerra. Independência funcional e qualidade de vida em pacientes com sequelas neurológicas: a contribuição de um grupo terapêutico interdisciplinar. **Cienc. e Cog.**, v.15, n.02, p.155-164, 2010.

ANDRADE, Peterson Marco O.; FERREIRA, Fernanda de Oliveira; VASCONCELOS, Alina Gomide; LIMA, Eduardo de Paula; HAASE, Vitor Geraldi. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.29, n.03, p.320-327, 2011.

APPLE, D.; STANTON, J. Shepherd Center. **Spinal Cord.**, v. 36, n.5, p. 357-362, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BALEOTTI, Luciana Ramos; OMOTE, Sadao. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 71-78, 2014.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.1, p.194-199, 2012.

BAZON, Fernanda Vilhena Mafra; CAMPANELLI, Eloísa Amicucci; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.6, n.2, p. 89-99, 2004.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis; PADILHA, Maria Itayra; PEREIRA NETO, André de Faria; PIRES, Denise; PERES, Maria Angélica de Almeida. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, v.17, n. 2, p. 369-374, abr/jun, 2013.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves; MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro Carlos; SPEZIA, Humberto; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Pessoas com deficiência e políticas de

saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc Saúde Coletiva.**, v.14, n.01, p.31-38, 2009.

BORENSTEIN, Miriam Susskind. **Hospitais da Grande Florianópolis:** fragmentos de memórias coletivas (1940 – 1960). Florianópolis: Assembléia legislativa, 2004.

BORGES, Ana Maria Fernandes; BRIGNOL, Paula; SCHOELLER, Soraia Dornelles; BONETTI, Albertina. Percepção das pessoas com lesão medular sobre a sua condição. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 33, n.3, p. 119-125, 2012.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lex: Lei Orgânica da Saúde, Presidência da República, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 818**, de 05 de junho de 2001. Organiza a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-818.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Portaria n. 2672**, de 16 de novembro de 2011. Institui o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Brasília, 2011.

_____. **Portaria n. 7612**, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.2011.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos direitos da pessoa com deficiência. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. 4. ed. rev. ampl. Brasília: Presidência da República, 2012.

BURKE, Peter. **A Revolução Francesa da historiografia**: a escola dos annales. 3. ed. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1991.

CARDOSO, Vinícius Dernardin. A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 33, n. 2, p. 529-539, abr./jun. 2011.

CAVALCANTE, Mayara Meirelles; OLIVEIRA, Neide Aparecida Arruda de. Os desafios de se implantar a inclusão social no ambiente escolar: formação do professor. **Efi. Ecomm.**, v. 5, n. 9, 2014.

CHEADE, Maria de Fátima Meinberg; FROTA, Oleci Pereira; LOUREIRO, Marisa Dias Rolan; QUINTANILHA, Analice Christian Flavio. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.3, p.592-595, 2013.

DEFICIÊNCIA, Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2013.

DALTON, Catherine; FARRELL, Rachel; DE SOUZA, Annette; WUJANTO, Evelyn; MCKENNA-SLADE, Ann; THOMPSON, Clarence Liu; GREENWOOD, Richard. Patient inclusion in goal setting during early inpatient rehabilitation after acquired brain injury. **Clinic Rehab.**, v.26, n.02, p.165-173, 2011.

DE MARTINI, Andre. Reabilitação, ética e técnica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.04, p. 2263-2269, 2011.

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. **A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992)**. 2011. 82p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni; BORENSTEIN, Mirian Susskind. Evolução histórica da fisioterapia: da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). **Fisioterapia Brasil**, v.12, n.5, set/out, 2011. Disponível em: <http://www.faculdadeguararapes.edu.br/site/downloads/Fisioterapia_set%20a%20out%202011v12n5.pdf#page=70>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FARIA, Filipa. A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. **Acta Fisiatr.**, v.17, n.01,p.44-48, 2010.

FARO, Ana Cristina Mancussi. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.1, p.128-33, 2006.

FERNANDES, Carla Andréia Fabiani; VENDITTI JUNIOR, Rubens. Educação física adaptada na formação universitária: reflexões sobre a preparação do profissional de educação física para a atuação com pessoas com necessidades especiais. **Movimento e Percepção**, v. 9, n. 12, jan./jun. 2008.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Malema Freitag. Acessibilidade das Pessoas com Deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 129-137, abr./jun. 2008.

FREIDSON, Eliot. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. **Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo: Unesp, 2009.

GALHORDAS, João Gonçalo; LIMA, Paula Alexandra Teixeira. Aspectos psicológicos na reabilitação. **Re (habilitar) Revista da ESSA**, n.0, p.37-50, 2004. Disponível em: <http://www.essa.pt/revista/docs/n_0/re04_0_5.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

GALVÃO, Cláudia Regina Cabral; BARROSO, Bárbara Iansã de Lima; Daniela de Castro GRUTT, Daniela de Castro. A tecnologia assistiva e os cuidados específicos na concessão de cadeiras de rodas no Estado do

Rio Grande do Norte. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.003>>. Acesso em: 02 set. 2014.

GEDDES, Joanna M.L.; TENNANT, Alan; CHAMBERLAIN, M.A. The Leeds assessment scale of handicap: its operationalization, reliability, validity and responsiveness in-patient rehabilitation. **Disab & Rehab.**, v.22, n.12, p.529-538, 2000.

GLAT, Rosana. O papel da família na integração do portador de deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 2, n. 4, p. 110-124, 1997.

GREENHALGH, J.; LONG, A.F.; FLYNN, R.; TYSON, S. "It's hard to tell": The challenges of scoring patients on standardized outcome measures by multidisciplinary teams: a case study of neurorehabilitation. **BMC Health Services Research.**, v.8, n. 217, 2008.

HECKERT, Cristiano Rocha; SILVA, Marcia Terra da. Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. **Produção**, v. 18, n. 2, p. 319-330, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2013.

INAOKA, Clarissa; ALBUQUERQUE, Christiane. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 1, p.187-196, jan/fev. 2014.

JORGENSEN, Ulrik.; MELCHIORSEN, Hanne.; GOTTLIEB, Annemarie Graae.; HALLAS, Vibeke.; NIELSEN, Claus Vinther. Using the international classification of functioning, disability and health (ICF) to describe the functioning of traumatized refugees. **Torture**, v.20, n.02, p.57-75, 2010.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A construção da Enfermagem Gerontológica no Brasil: 1970-1996**. 2010. 185 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

LAGO, Daniely Beatrice Ribeiro; MARUYAMA, Sonia Ayako Tao. Significado do cuidado na deficiência física. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.13, n.2, p. 372-380, 2014.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev Esc Enferm USP.**, v.39, n.1, p. 92-96, 2005.

LIMA, Andréia Carolina Santos de; FALCÃO, Ilka Veras. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. **Cad. Ter. Ocup.**, v.22, n.01, p.03-14, 2014.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n. 3, p. 546-553, 2011.

LYRA, Gabriele Pugliesi. A humanização da arquitetura hospitalar em centros de reabilitação infantil. **Revista Especialize On-line IPOG**, v.01, n.09, p.1-22, dez/2014. Disponível em: <<http://www.ipog.edu.br/uploads/arquivos/17832734f45bcdd261460e08bcc5cba6.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

LOPES, Gisllaine Bacarin; KATO, Lucila Suemi; CORRÊA, Patrícia Ribeiro Campos. Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. **Psicologia Teoria e Prática**, v.4, n.2, p.67-72, 2002.

LUCENA, Maria Oliveira Vieira de; CARVALHO, Sandra Maria Cordeiro Rocha de; GERMANO, Cristina de Fátima Martins; LEMOS, Moema Teixeira Maia. Abordagem Fisioterapêutica na visão do “cuidar” de uma criança com paralisia cerebral associada a deficiência intelectual: relato de caso. **Rev Bras. Cien. Med. Saúde.**, v.16, n.04, p.567-572, 2012.

MANN, William C; SVORAI, Susan Braun. Compete: a model for vocational evaluation, training, employment, and community for integration for persons with cognitive impairments. **Am. J. Occup. Ther.**, v.48, n.05, p.446-451, 1994.

MARINS, Simone Cristina Fanhani; EMMEL, Maria Luisa G. Formação do Terapeuta Ocupacional: acessibilidade e tecnologias. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.**, v. 19, n.1, p 37-52, 2011.

MARTINS, Sandra Eli Sartoreto De Oliveira; LEITE, Lucía Pereira. As contribuições da Educação Especial para promoção da educação inclusiva nas normativas brasileiras. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v.4, n.2, p.189-210, nov. 2014.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n.2, p.338-346, 2009.

MAZZOTTA, Marcos José da Silva. FAMÁ D'ANTINO, Maria Eloísa. Inclusão Social de Pessoas com Deficiências e Necessidades Especiais: cultura, educação e Lazer. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.2, p.377-389, 2011.

MCLELLAN, D.L. Neurology or Rehabilitation? **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v.55, p.47-50, 1992.

MCMULLEN, M.; MITCHELL, R. Australia Commonwealth Rehabilitation Service. **Disability and Rehabilitation.**, v. 21, n. 10-11, p. 501-504, 1999.

MEDEIROS, Deyse Rose Miranda de; TEIXEIRA, Luciara de Lira; SARAIVA, Luzia Livia Oliveira; COSTA, Daniella Cristina de Sá Carneiro; NASCIMENTO, Lamech Simplício Góes de Carvalho. Plano Terapêutico Multidisciplinar para Crianças com Mielomeningocele em Hospital Universitário no Interior do Rio Grande do Norte. **Rev Bras. Cienc. Saúde**, v.15, n.2, p. 219-222, 2011.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n.4, p.758-764, 2008.

MINAYO, Maria. Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISSEL, Aline. Educação inclusiva: uma reflexão acerca das dificuldades reais na inclusão de pessoas com deficiência física/motora. **Revista Educação em Rede: formação e prática docente**, v.2, n.3, 2013.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.7, p.1893-1902, 2013.

MOOR, J.D.; DIDDEN, R.; NUIS, M.; VAN DE VEN, G. Assessing needs for interdisciplinary team training in children's rehabilitation: a pilot study. *International. J Rehab Res.*, v.22, p.93-100, 1999.

MORALES, Sandra Maria Felber; SCHNEIDER, Fernanda Chagas. A análise da percepção familiar sobre um contexto inclusivo. **Revista pós-graduação: desafios contemporâneos**, v.1, n. 1, jun/2014. Disponível em: <<http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revposgraduacao>>. Acesso em: out. 2013.

MOREIRA, Adriana Belmonte. Terapia Ocupacional: História Crítica E Abordagens Territoriais/Comunitárias. **Vita et Sanit.**, v.02, n.02, p.80-91, 2008.

MUZZI, Thaisa Curcio. **Histórico da Associação Santa Catarina de Reabilitação.** [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Associação Santa Catarina de Reabilitação; 2002.

NASCIMENTO, Francisco Adalberto Paz.; AZEVEDO, Francisco Honeidy Carvalho.; NASCIMENTO, Lúzia Daniela e Silva. A prática interdisciplinar: um novo olhar sobre o processo formativo do bacharel em Fisioterapia. **Revista Científica da FSA.**, Teresina; n.7, v.7, p.111-128, 2010.

NASCIMENTO, Maria da Soledade Rolim do; MUNIZ, Lilian Ferreira; COSTA, Maria Lúcia Gurgel da. Processamento auditivo e afasia: uma revisão sistemática. **Rev. CEFAC**, v.16, n.2, p. 634-642, mar./abr.2014.

OLIVEIRA, Ana Irene Alves; GAROTTI, Marilice Fernandes; SÁ, Nonato Márcio Custódio Maia. Tecnologia de ensino e tecnologia assistiva no ensino de crianças com paralisia cerebral. **Ciências & Cognição**, v.13, n. 3, p. 243-262, 2008.

OLIVEIRA, Jucélia Brasil Gomes de. A perspectiva da inclusão escolar da pessoa com deficiência no brasil: um estudo sobre as políticas públicas. **Revista tempos e espaços em educação**, v. 06, p.147-159 jan./jun. 2011

ONU BRASIL. **A ONU e as pessoas com deficiência**. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

OTHERO, Marília Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, p.219-233, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180122635016>>. Acesso em 10 maio 2013.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface Comunic. Saúde Educação**, v.13, n.28, p.177-188, jan./mar. 2009.

PADILHA, Maria Itayra. **O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina**: realidade e desafios. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. Programa de apoio a núcleos de excelência, 2011.

PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam.Susskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 575-584, 2005.

PAIVA, Luciana Laureano; GOELLNER, Silvana Vilodre. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.26, p.485-497, jul./set. 2008.

PÉRES, Deluzia Daleprane Queiroz. Tecnologias assistivas como facilitadoras da aprendizagem significativa de crianças com deficiências. **Gestão contemporânea**, v.3, n.1, 2013.

PETERSON, Marco de Oliveira Andrade; FERREIRA, Fernanda de Oliveira; HAASE, Vitor Geraldi. O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. **Contextos Clínicos**, v. 2, n. 1, 2009.

PEREIRA, Ana Rosa Pinto de Farias; MATSUE, Regina Yoshie. Análise do cuidado a partir das experiências das mães de crianças com paralisia cerebral. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.2, p.616-625, 2014.

PEREIRA, Fernanda Martins; PEREIRA NETO, André. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 19-27, 2003.

PETERSON, Marco de Oliveira Andrade; FERREIRA, Fernanda de Oliveira; LIMA, Eduardo de Paula; HAASE, Vitor Geraldi. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. **Rev Paul. Pediatr.**, v.29, n.3, p.320-327, 2011.

PLAYFORD, E.D.; DAWSON, L.; LIMBERT, V.; SMITH, M.; WARD, C.D.; WELLS, R. Goal-setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. **Clinical Rehabilitation**, v.14, p. 491–496, 2000.

QUEIROZ, Elizabeth.; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paideia**, n.43, v.19, p. 177-187, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/paideia>. Acesso em: mar. 2012.

REBOUÇAS, Cristiana Brazil de Almeida; CEZARIO, Kariane Gomes; OLIVEIRA Paula Marciana Pinheiro de; PAGLIUCA, Lorita Marlina Freitag. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.24, n.1, p. 80-86, 2011.

RIBEIRO, Carla Trevisan Martins; RIBEIRO, Marcia Goncalves; ARAÚJO, Alexandra Prufer; MELLO, Lívia Rodrigues; RUBIM, Luciana da Cruz; FERREIRA, Joyce Espírito Santo. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam. Salud Publica**, v.28, n.1, p. 43-48, 2010.

RIBEIRO, Katia Suely Queiroz Silva. A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. **R Bras. Cienc. Saúde.**, v.13, n.02, p.69-78, 2009.

RIBEIRO, Katia Suely Queiroz Silva; ARAÚJO NETO, Mario José de; ARANGIO, Mônica Gonçalves; NASCIMENTO, Patrícia Barreto dos Santos; MARTINS, Talita Nicácia Teles. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. **Revista APS.**, v.10, n.2, p. 156-168, jul./dez. 2007.

RODRIGUES, Andreia Cristina Seabra; VIEIRA, Gisele de Lacerda Chaves; TORRES, Heloisa de Carvalho. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v.44, n.2, p. 531-537, 2010.

ROSSET, Manuel Oliveira Santos; SANTOS, Branca Maria de Oliveira; GALERA, Sueli Aparecida Frari. A Sobrecarga da criança com paralisia cerebral sob a ótica dos cuidadores. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, v.13, n.2, p.107-114, 2011.

SÁ, Sumaia Midlej Pimental; RABINOVICH, Elaine Pedreira. Compreendendo a família da criança com deficiência física. **Rev Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.16, n.1, p. 68-84, 2006.

SALVADOR, Anarita de Souza; MEDEIROS, Cristina Da Silva; CAVALCANTI, Patrícia Barreto; CARVALHO, Rafael Nicolau. Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.3, p.329-338, 2011.

SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v.25, n.03, p. 475-483, 2009.

SANDOR, Elizane Regina Santos; MARCON, Sonia Silva; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; DUPAS, Giselle. Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.2, p. 417-425, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21112>>. Acesso em: jan. 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina**. Florianópolis, 2008.

_____. _____.CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO. SES-SC: _____ 2004. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2164&Itemid=448> Acesso em: jul.2015.

SARTORI, Juliano; NEUWALD, Marla Finkler; BASTOS, Victor Hugo; SILVA, Júlio Guilherme; MELLO, Mariana P; FREITAS, Marcos R.G. de; NASCIMENTO, Osvaldo J.M; REIS, Carlos Henrique Melo; EIGENHEER, Júlia Fernandes; PORTO, Fábio; ORSINI, Marco. Reabilitação física na lesão traumática da medula espinhal: relato de caso **Rev Neurocienc.**, v.17, n.04, p. 364-370, 2009.

SAUPE, Rosita; Cutolo, Luiz Roberto Ageo; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; BENITO, Gladys Amélia Vélez. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.521-536, set/dez. 2005.

SEBRAE/SC. **Santa Catarina em Números**. Florianópolis: Sebrae/SC, 2010. 123p. Disponível em: <<http://www.sebrae.com.br/uf/santa-catarina/acesse/estudos-e-pesquisas/sc-em-numeros>>. Acesso em: 11 maio 2013.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v.18, n.11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, Ana Clarissa Lopes; NEVES, Robson da Fonseca; RIBERTO, Marcelo. A formação fisioterapêutica no campo da ortopedia: uma visão crítica sob a óptica da funcionalidade. **Acta Fisiatr.**, v.15, n.1, p.18- 23, 2008.

SILVA, Marissa Romano da; AIROLDI, Marina Junqueira. A influência do familiar na aquisição. **Rev.Ter. Ocup. Univ.São Paulo**, v.25, n.1, p. 36-42, 2014.

SILVA, Mary Gomes; FERNANDES, Josicelia Dumêt; TEIXEIRA, Giselle Alves da Silva; SILVA, Rosana Maria de Oliveira. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na Contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n.1, p. 176-184, 2010.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; BONACINA, Daiane Michele; ANDRADE, Andressa de; OLIVEIRA, Thanize Carvalho de. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev.Enferm.UFSM**, v.2, n.3, p. 496-506, 2012.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Cienc. Cuid. Saúde.**, v.9, n.3, p. 593-601, 2010.

SILVA, Valdir Pierote; BARROS, Valdir Pierote. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 68-73, jan./abr. 2010.

SIMÕES, Cristiana Almeida. **Reabilitação de crianças com deficiência motora pelo Sistema Único de Saúde na Bahia**: desafios e perspectivas. 2008. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2008.

SIMÕES, Cibele Cristina; SILVA, Lucía; SANTOS, Maiara Rodrigues dos; MISKO, Maira Deguer; BOUSSO, Regina Szylyt. A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.1, p.138-145, 2013 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.13464>. Acesso em fev.2014.

SMITS, S.J.; FALCONER, J.A.; HERRIN, J.; BOWEN, S.E.; STRASSER, D.C. Patient-focused rehabilitation team cohesiveness in Veterans Administration hospitals. **Arch Phys Med Rehabil.**, v. 84, p. 1332–1338, 2003.

SOUZA, Fernanda dos Reis; PIMENTEL, Adriana Miranda. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012.

SOUZA, L.Aparecida; FARO, Ana Cristina Mancussi. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enfermeria Global**, n.24, p. 290-306, out. 2011. Disponível em: Acesso em: 10 ago. 2013.

STEAD, Ann; LEONARD, M.C. Changing to a client-focused quality service through more effective team work. **Health Manpow Management.**, v.21, n.04, p. 23–27, 1995.

STRASSER, Dale C.; SMITS, Stanley J.; FALCONER, Judith A.; HERRIN, Jeph S.; BOWEN, Susan E. The influence of hospital culture on rehabilitation team functioning in VA hospitals. **J. Rehabil Res. Dev.**, v.39, n.01, p.115-125, 2002.

STUCKI, Gerold; REINHARDT, Jan Dietrich; GRIMBY, Gunnar; MELVIN, John. O desenvolvimento da “Pesquisa em Funcionalidade Humana e Reabilitação” a partir de uma perspectiva abrangente. **Acta Fisiatr.**, v.15, n.01, p.63-69, 2008.

TAKAHASHI, Maria Alice Batista Conti; IGUTI, Aparecida Mari. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? **Cad. Saúde Pública.**, v.24, n.11, p.2661-2670, 2008.

TELES, Fernanda Moreira; RESEGUE, Rosa; PUCCINI, Rosana Fiori. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar – barreiras para uma inclusão efetiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.3023-3031, 2013.

THOMAS, Maya. Community based rehabilitation in India – An emerging trend. **Indian J. Pediatr.**, v.59, p.401-406, 1992.

VELDEN, Helena Ferreira Vander; LEITE, Lúcia Pereira. Método de pesquisa da temática deficiência nos currículos de psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 497-507, jul./set. 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (1973-1991)

Nome:

Data/local de nascimento:

Procedência:

Formação (quando?):

Setor de atuação na CCR:

Período em que atuou no CCR:

1- Quando você começou a atuar na atenção à saúde da pessoa com deficiência física e qual foi a sua motivação para dedicar-se a trabalhar nesta área?

2 – Como você define reabilitação?

3- Conte-me sobre a formação educacional no seu curso (tempo de curso, carga horária, currículo – pp. voltado a pessoa com deficiência física, campos de estágio para fazer a relação teoria-prática, instrumentos/procedimentos para realizar o cuidado à pessoa com deficiência), quais profissionais lecionavam nessa área).

4- Como ocorreu seu ingresso no CCR e em qual (quais) setor(es) você atuou durante o período em que trabalhou no CCR?

5- Após seu ingresso no CCR, você recebeu algum tipo de treinamento/capacitação, ou realizou algum curso? (Quando e como). Como você buscava aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física? Na sua percepção, qual é a importância do desenvolvimento de um conhecimento específico nesta área?

6- Como era desenvolvida a atenção à saúde da pessoa com deficiência física no CCR? (Quais profissionais atuavam na reabilitação? Como era a relação entre estes profissionais?)

7 - Qual a participação da família no processo de reabilitação? Como era a sua relação com as famílias? Como foi se desenvolvendo/ampliando a interação da família no processo de reabilitação ao longo do tempo?

8 - Em sua opinião, como as estratégias políticas que tratam da atenção à saúde da pessoa com deficiência física evoluíram em termos qualitativos

para o cuidado/reabilitação das pessoas com deficiência? Existem benefícios visíveis na prática, no cotidiano desta população? Justifique. (Criação de associação de pessoas com deficiência, legislação específica e política governamental voltada a pessoas com deficiência).

9 - Como você avalia o desenvolvimento da autonomia de sua profissão no atendimento à pessoa com deficiência física desde **1973-1991**?

10 - Em sua opinião, qual/quais foram as contribuições do CCR para o desenvolvimento da reabilitação da pessoa com deficiência física em Santa Catarina?

11 - Qual era o reconhecimento da sociedade em relação aos serviços de reabilitação prestados à pessoa com deficiência física no CCR? (Como a reabilitação da pessoa com deficiência física era vista na sociedade em Florianópolis?).

12 - Você lembra-se de mais algum fato que gostaria de contar?

13 - Você dispõe de algum objeto dessa época: foto, carta, livros, cartões, documento, matriz curricular do seu curso ou outros?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Regulamentação do Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/96, versão 2012).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA GEHCES**

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da pesquisa desenvolvida por profissionais que fazem parte do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa pretende analisar a história da consolidação institucional na área de reabilitação da pessoa com deficiência física no Centro Catarinense de Reabilitação, no período de 1973 a 1991. O estudo é importante e necessário, porque, a partir do conhecimento produzido, poderemos compreender melhor como vêm se organizando os serviços de reabilitação voltados à pessoa com deficiência física. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas para coletar os dados. Isto não traz riscos nem desconfortos, mas esperamos que lhe agregue benefícios a partir de suas informações para a construção de um saber historiográfico na área da reabilitação física.

Caso desejar, será garantido que seu nome e qualquer dado que o(a) identifique sejam mantidos em sigilo. O(A) Senhor(a) terá a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine.

Informações adicionais e esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos junto à Pesquisadora Responsável:

- Daniela Simoni Espíndola (Fisioterapeuta inscrita no CREFITO/SC 53559-F).

Endereço: Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900.

Assinatura

/ Fone

APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****GRUPO DE PESQUISA GEHCES**

Eu, _____
estado civil, _____ portador da carteira de identidade
nº _____, declaro, para os devidos fins que cedo os
direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para leitura
e inclusão no trabalho de Pesquisa da Doutoranda Daniela Simoni
Espíndola e da Prof. Dra. Maria Itayra Padilha (Orientadora), podendo
ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a
presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada, ficando
vinculado o controle às pesquisadoras responsáveis referidas acima,
assim como arquivada no Grupo de Estudos de História do
Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES), localizado na
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Centro de Ciências da
Saúde (CCS), Bairro Trindade - Florianópolis/SC.

Abdicando dos meus direitos, abdição que alcança meus
descendentes, _____ subscrevo-me _____ atenciosamente.

Florianópolis, ____ de _____ de 2013

APÊNDICE D – TABELA ANÁLISE DE ARTIGOS REVISÃO INTEGRATIVA

Ano/jornal	Objetivos	Principais resultados
Artigo 1:	Estudar a influência da cultura organizacional no trabalho da equipe de reabilitação.	<p>Os membros da equipe de reabilitação e os administradores VAH diferem na percepção da cultura hospitalar e esta cultura está associada com o trabalho da equipe.</p> <p>A cultura das equipes de reabilitação VAH são percebidas como mais pessoais e dinâmicas, obtendo pontuações mais altas nas avaliações sobre o trabalho em equipe em relação aos administradores. Esta associação foi encontrada nas análises sobre o relacionamento de equipe: relação interdisciplinar, suporte médico, organização, tarefas orientadas e inovação. Já as análises de ações de equipe dos administradores foram: comunicação, efetividade e colaboração.</p>
Artigo 2:	Investigar as reflexões da equipe multidisciplinar sobre as questões referentes as metas estabelecidas e alcançadas antes e depois das mudanças na equipe multidisciplinar de uma unidade de reabilitação de	Este estudo apresenta um exemplo do itens necessários para a inclusão de metas multidisciplinares durante a reabilitação de pessoas que sofreram lesão cerebral. O estudo demonstra que a modificação no processo de definição dos objetivos pode gerar mudanças expressivas no número de metas que são

	<p>peessoas com lesão cerebral.</p>	<p>definidas sem comprometer a proporção de objetivos alcançados.</p>
Artigo 3:	<p>Utilizar a CIF para desenvolver um instrumento interdisciplinar constituído por um conjunto central de códigos da CIF, para descrever o estado geral de saúde dos refugiados com deficiência física.</p>	<p>A CIF é um instrumento adequado para registar e acompanhar as conquistas funcionais dos refugiados com deficiência. Concentrando-se em cinco componentes de mobilidade funcional: funções do corpo, anatomia física, atividade/participação, fatores ambientais e fatores pessoais. A CIF propicia uma visão global dos aspectos relacionando a funcionalidade. Considerando a complexa situação dos refugiados com deficiência física essa perspectiva parece fundamental, pois a deficiência dos refugiados afeta o funcionamento mental, físico e social.</p> <p>Estes profissionais valorizam a abordagem interdisciplinar, enfatizando a reabilitação - que inclui o esforço do paciente como parte do esforço do tratamento.</p>
Artigo 4:	<p>Investigar como os profissionais das equipas interdisciplinares percebiam a utilização da CIF – CJ nos serviços de reabilitação suecos.</p>	<p>Os profissionais indicaram que a CIF-CJ aumenta a consciência (do ponto de vista dos familiares) sobre a participação das crianças durante o processo de reabilitação, o que corresponde aos objetivos organizacionais dos serviços de reabilitação.</p> <p>Uma crítica realizada foi sobre a falta de ferramentas para</p>

		<p>contextualizar a perspectiva abrangente da CIF-CJ.</p> <p>O estudo aponta para a necessidade de uma avaliação da CIF-CJ e métodos de intervenção com foco na participação da criança.</p>
Artigo 5:	<p>Investigar os desafios enfrentados pelas equipes multidisciplinares na adequação da padronização da pontuação dos resultados obtidos na prática clínica.</p>	<p>Concluiu-se que as equipes multidisciplinares enfrentam muitos desafios no que se refere ao registro padronizado de resultados dos pacientes porém, seria imprudente concluir que tais desafios implicam que esses registros não deveriam ser utilizados na prática clínica para a tomada de decisão individualizada sobre cada paciente. No entanto, os achados levam a algumas preocupações sobre a utilização de tais registros para mensurar o seguimento (follow up) do desempenho do paciente.</p>
Artigo 6:	<p>Quantificar a relação da cultura organizacional do hospital e três níveis de liderança: administradores, supervisores de disciplinas específicas - médico assistente da equipe) e a equipe de Reabilitação Focada no Paciente.</p>	<p>As perspectivas dos supervisores de disciplinas específicas, líderes de equipe hospitalar e equipe de Reabilitação Focada no Paciente tiveram associação significativa com o grau de coesão no trabalho das equipes de reabilitação. A melhor coesão no trabalho foi encontrada na Equipe de Reabilitação Focada no Paciente, indicando que este serviço apresentou uma melhor comunicação interprofissional e esforço coletivo.</p>

Artigo7:	Investigar as opiniões dos terapeutas, enfermeiros e médicos que trabalham com diferentes metas durante o processo de reabilitação.	O estabelecimento de metas é uma atividade muito eficaz para a equipe, mas para ser tão bem sucedida, estas metas devem ser reconhecidas de acordo com as necessidades dos pacientes. As pessoas com deficiência leve e uma internação curta têm necessidades diferentes daquelas com início agudo com incapacidade permanente grave assim como daqueles com incapacidade crônica ou progressiva.
Artigo 8:	Determinar a maneira mais adequada para a gestão de uma unidade extremamente especializada, autônoma e confiante, na qual a maior parte dos funcionários possuíam mais de 20 anos de experiência e estavam (compreensivelmente) muito resistentes para absover as mudanças no sistema de trabalho.	Concluiu-se que o uso do Formulário de Avaliação Multidisciplinar melhorou a comunicação interna da equipe e foi fundamental para aumentar da eficácia do serviço, o que levou a uma redução significativa no tempo médio de permanência dos pacientes na unidade de reabilitação (de 11 para seis dias). As Pesquisas de Satisfação dos Clientes demonstraram que os clientes estão mais satisfeitos com o serviço, problemas como o aborrecimento e o tédio não foram mais relatados após as mudanças. A adoção do Formulário de Pré-avaliação possibilitou a captação dos nomes dos contatos da comunidade de cada cliente, que forneceram informações sobre o ambiente domiciliar do cliente. Este suporte no acompanhamento aos clientes

		ocorreu devido às mudanças na maneira de prestação dos serviços, o que resultou em visitas domiciliares aos clientes dos arredores de Oxford.
Artigo9:	Descrever um programa de capacitação profissional para adultos jovens com deficiências cognitivas.	Os estagiários receberam capacitação na área de Computação por três anos e após este período o projeto apresentou resultados favoráveis, com 17 dos 27 estagiários contratados após ingressarem no programa COMPETE.
Artigo10:	Discutir as características convergentes e divergentes das especialidades de Neurologia e Medicina de Reabilitação.	A Medicina de reabilitação se distingue da Neurologia clínica tradicional devido a sua ênfase no trabalho em equipe e na redução das desvantagens ao invés do diagnóstico e tratamento da deficiência. Ambas têm em comum a abrangência dos problemas que tem para superar e não há justificativa para a competição entre as duas especialidades. A formação de neurologistas requer mudanças fundamentais, se estes realmente almejam contribuir de maneira eficaz na reabilitação e contribuir para o desenvolvimento científico do tema.

Artigo11:	Descrever os serviços multidisciplinares realizados no Shepherd Center.	<p>Início dos atendimentos: intervenção precoce, cuidados intensivos e internação dos pacientes em reabilitação.</p> <p>Os membros da equipe de reabilitação são: enfermeira reabilitadora, fisioterapeuta, um especialista em terapia recreacional, psicólogo, nutricionista e enfermeira educacional.</p> <p>A equipe complementar inclui um terapeuta respiratório, terapeuta da fala, professor de escola regular, conselheiro sexual, um especialista em reabilitação tecnológica, especialista em equipamentos, apoio dos colegas, capelão e conselheiro profissional..</p>
------------------	---	---

Artigo12:	<p>Descrever a experiência do Serviço de Reabilitação Comunitária do Governo Australiano e a sua própria gestão no cuidado às pessoas com lesões e deficiências congênitas ou adquiridas.</p>	<p>Os objetivos do Programa do CRS incluem: ensinar as pessoas a conviverem com as suas deficiências para viver de modo mais independente possível com o objetivo de ingressar ou retornar ao mercado de trabalho. Os serviços do CRS são gratuitos para as pessoas que recebem pensão ou benefícios. Desde a sua criação em 1992/1993, houve um aumento de 57% no número de pessoas atendidas em programas de reabilitação e um aumento de 119% no número de pessoas que conseguiram vagas de emprego como resultado da participação nestes programas. Essa tendência de ascensão nestes serviços é um indicativo de que o CRS cresceu. Inicialmente em 1993, o Programa CRS contava com 33 unidades e atualmente abrange 55 unidades. Neste período, 11 destas unidades foram estruturadas em centros rurais. No último ano, 6911 pessoas foram atendidas nos programas de reabilitação do CRS. Isto representa um aumento de 30% em relação ao ano anterior, no qual 4799 pessoas foram atendidas. Nos programas concluídos, 76% resultaram em empregos remunerados às pessoas participantes destas, 14% encontraram emprego sem dificuldades relacionadas às</p>
------------------	---	--

		<p>suas incapacidades e 10% alcançaram independência total nas atividades cotidianas.</p>
<p>Artigo13:</p>	<p>Descrever o desenvolvimento de uma escala para avaliar quatro desvantagens: independência física, mobilidade, orientação, integração social em pacientes com lesão neurológica após alta da reabilitação.</p>	<p>Concluiu-se que a avaliação das desvantagens em pacientes com problemas físicos, sensoriais e cognitivos complexos que utilizam a abordagem multidisciplinar problemas é viável e útil. A escala desenvolvida: 'Escala de Avaliação de Desvantagens', fornece uma síntese válida e rica para mensurar as desvantagens do ser humano complementando as avaliações comuns de funcionalidade já existentes.</p>

Artigo14:	Descrever as ações de cuidado no modelo indiano de reabilitação comunitária.	<p>O modelo iniciou em 1985 e nos primeiros cinco anos do programa atendeu 11 comunidades rurais. No ano de 1988 já haviam 38 projetos espalhados por todo o país. A justificativa da aplicação do modelo vem das estatísticas que demonstraram que somente 30% das pessoas com deficiência necessitavam de serviços de reabilitação que envolvem alta complexidade e que 70% poderiam ser atendidas na própria comunidade.</p> <p>O programa atende as pessoas com deficiências/incapacidades locomotoras, visuais, de comunicação e com retardo mental.</p> <p>Foram criados quatro institutos referentes as quatro áreas citadas em diferentes regiões da Índia. Inseridas na comunidade, o projeto integra estas quatro áreas com serviços multisetoriais, com foco tanto na prevenção quanto na reabilitação física, educação, capacitação profissional, geração de renda, reabilitação social e sensibilização daqueles que fazem parte da comunidade para contribuírem na reintegração destas pessoas.</p>
------------------	--	---

Artigo15:	Descrever a etapa inicial do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar	A maior parte dos membros da equipe admitiu a necessidade de ampliar o conteúdo para além do seu trabalho. A extensão do papel de cada profissional da equipe deve ser considerada a primeira etapa, que inicia de modo unidisciplinar e finaliza de modo transdisciplinar de realizar o trabalho. Além disso, inicia com relações horizontais de trabalho e com cooperação entre os profissionais da equipe.
------------------	---	---

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina e realidade e desafios

Pesquisador: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03932812.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 216.396

Data da Relatoria: 11/03/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada e O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina e realidade e desafios procura fazer uma análise das condições em que vivem as pessoas com deficiências físicas, bem como dos trabalhadores nesta área da saúde e dos cuidadores de pessoas com deficiência física e também possibilitará ao SUS e serviços voltados ao deficiente físico, a criação e implantação de ações que resultem na melhoria da qualidade de vida desta parcela significativa da população, entre estas, a elaboração de instrumentos educativos para o cuidado com o deficiente físico, seguindo a política nacional de inclusão das categorias populacionais importantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a situação de saúde e o cuidado ao deficiente físico nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça (pertencentes à Regional de Saúde da Grande Florianópolis, e Itajaí (pertencente à Regional de Saúde de Itajaí).

Objetivo Secundário:

1. Identificar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência física residentes destes municípios 2. Conhecer a qualidade de vida das pessoas com deficiência física residentes destes municípios; 3. Analisar as redes de apoio às pessoas com deficiência física, residentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça e Itajaí. 4. Conhecer, na perspectiva dos sujeitos trabalhadores, a organização do processo de trabalho da equipe de saúde do Centro de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Reabilitação e a continuidade do cuidado, na relação deste serviço com a atenção básica. 5. Reconhecer as principais questões éticas/bioéticas que permeiam o cuidado ao deficiente físico em serviços de saúde de municípios dos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Itajaí, a partir da experiência dos profissionais de saúde. 6. Investigar a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica destes municípios; 7. Identificar e descrever a infraestrutura, cobertura e capital humano das unidades de saúde existentes nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça que atendem as pessoas com deficiência física. 8. Desenvolver e avaliar um sistema de informação SISReab de suporte aos profissionais de saúde, para armazenamento de dados e informações que permitam o controle, o gerenciamento e o monitoramento das pessoas com deficiência física nestes municípios; 9. Analisar a história do cuidado, das intervenções de saúde e políticas públicas relativas ao deficiente físico em Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pelo desenho metodológico não há possibilidade de riscos para os participantes, podendo os mesmos desistirem de participar do estudo em qualquer momento do mesmo.

Benefícios:

Pretendemos com o desenvolvimento deste projeto obter alguns benefícios coletivos que fortalecerão o conhecimento e a produção científica na área de História da Enfermagem, além de possibilitar uma formação acadêmica integrada em princípios de qualidade e produtividade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação e é profunda nos questionamentos a serem analisados aos três grupos de participantes da pesquisa, sobre tudo, as pessoas com deficiência física.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos estão de acordo com o solicitado pelo CEPESH, porém, solicitamos que seja colocado de forma expressa no TCLE o comprometimento dos pesquisadores em submeterem-se a Resolução 196/96 e suas complementares no que toca a pesquisa proposta e já previsto no item "Resumo", página 5 do presente projeto.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi apresentado a declaração de anuência e autorização da instituição do Centro Catarinense de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Reabilitação conforme solicitado pelo CEP SH.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

colegiado

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br