



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Deisimeri Francisca Alves

**PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL**

Florianópolis

2022

Deisimeri Francisca Alves

**PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Soraia Dornelles Schoeller.

Florianópolis

2022

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

Alves, Deisimeri Francisca

Práxis do enfermeiro da atenção primária no cuidado às
pessoas com traumatismo da medula espinal / Deisimeri
Francisca Alves ; orientador, Soraia Dornelles Schoeller
, 2022.

100 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, , Graduação em ,
Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. . 2. Reabilitação. 3. Enfermagem em Reabilitação. 4.
Cuidados de Enfermagem. 5. Traumatismos da Medula Espinal.
I. , Soraia Dornelles Schoeller. II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Graduação em . III. Título.

Deisimeri Francisca Alves

**PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO ÀS
PESSOAS COM TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de “Enfermeiro” e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem.
Florianópolis, 24 de janeiro de 2022.

Prof^ª. Dr^ª. Diovane Ghignatti da Costa
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Soraia Dornelles Schoeller
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Daniella Karine Souza Lima
Membro efetivo

Esp. Indiana Acordi
Membro efetivo

Dedico este trabalho a minha madrinha Dalzina (*in memoriam*)
que sempre me incentivou nos meus estudos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela sustentação e força para que eu chegasse até aqui.

Ao meu marido Alex Alves pelo apoio, carinho e paciência durante minha trajetória.

À minha orientadora Professora Doutora Soraia Dornelles Schoeller que me guiou com sabedoria, dedicação e paciência, sendo essencial nesta jornada.

À Indiana Acordi que me acompanhou e auxiliou neste processo.

À Milena Amorim Zuchetto que me convidou a fazer parte do (Re)Habilitar e me ensinou a trabalhar com artigos científicos.

Aos amigos que me acompanharam durante a graduação e me deram forças para continuar.

A todos os professores e profissionais de enfermagem que contribuíram na minha formação.

RESUMO

Introdução: O traumatismo da medula espinal ocasiona alterações físicas, psicológicas e socioeconômicas, afetando a pessoa nas mais diversas áreas da sua vida, deixando-a vulnerável e suscetível a desenvolver agravamentos de saúde/doença, por isso necessita de um acompanhamento frequente nos serviços de saúde e a atenção primária, por estar no território de moradia dela, é ideal para isso. **Objetivo:** Analisar a práxis do enfermeiro da atenção primária junto às pessoas com traumatismo da medula espinal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com enfoque qualitativo do tipo estudo de caso, realizada na atenção primária à saúde do município Florianópolis. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2021, com 16 enfermeiros por meio de entrevistas presenciais; observação de consultas de enfermagem executadas pelos profissionais entrevistados, observação arquitetônica do local; além de análise de documentos e protocolos municipais a respeito do tema. Para a análise dos dados foi empregado o método de Minayo, iniciado com um problema ou indagação e finalizado com uma análise provisória, que pode gerar novas indagações, engendrando um ciclo de pesquisa. **Resultados:** Os resultados serão apresentados em forma de manuscrito. Dos 16 profissionais entrevistados, 10 haviam atendido ou atendem pessoas com traumatismo da medula espinal, enquanto 6 nunca consultaram pessoas com essa condição. Foram identificadas três categorias de cuidados, existindo casos que se encaixavam em mais de uma categoria: cuidado reabilitador, cuidado fundamentado em preconceitos e cuidado com dificuldades. Constatou-se a falta de acessibilidade em todas as unidades de saúde, além da inexistência de documentos ou protocolos municipais que orientem os profissionais de saúde nesse tipo de atendimento. Entretanto, foram encontradas leis municipais a respeito da acessibilidade que ainda não são cumpridas. **Considerações Finais:** Percebeu-se que a maior parte dos enfermeiros da atenção primária à saúde efetuam um cuidado reabilitador, apesar de ainda existir um número significativo de profissionais que executam um cuidado fundamentado em preconceito. Porém, um grande problema ainda é a falta de acessibilidade nos centros de saúde, apesar da legislação existente a respeito da temática. Portanto, é preciso trabalhar a favor da inclusão.

Palavras-chave: Reabilitação. Enfermagem em Reabilitação. Cuidados de Enfermagem. Traumatismos da Medula Espinal.

ABSTRACT

Introduction: Spinal cord injury causes physical, psychological and socioeconomic changes, affecting the person in the most diverse areas of their life, leaving them vulnerable and susceptible to developing health/disease worsening, so it needs frequent monitoring in health services and primary care, as it is in her home territory, is ideal for this. **Objective:** To analyze the praxis of primary care nurses with people with spinal cord injury. **Method:** This is a qualitative research with a case study, carried out in the primary health care of the North Sanitary District of Florianópolis, between July and December 2021, with 16 nurses through face-to-face interviews; observation of nursing consultations performed by the professionals interviewed, architectural observation of the place; as well as analysis of municipal documents and protocols on the subject. For data analysis, the Minayo method will be used, starting with a problem or question and ending with a provisional analysis, which can generate new questions, engendering a research cycle. **Results:** The results will be presented in manuscript form. Of the 16 professionals interviewed, 10 had attended or are assisting people with spinal cord injury, while 6 have never consulted people with this condition. Three categories of care were identified, with cases that fit into more than one category: rehabilitative care, care based on prejudice and care with difficulties. There was a lack of accessibility in all health units, in addition to the lack of municipal documents or protocols that guide health professionals in this type of care. However, municipal laws regarding accessibility were found that are still not complied with. **Final Considerations:** It was noticed that most nurses in primary health care perform rehabilitative care, although there is still a significant number of professionals who perform care based on prejudice. However, a major problem is still the lack of accessibility in health centers, despite the existing legislation on the subject. Therefore, it is necessary to work in favor of inclusion.

Key words: Rehabilitation. Rehabilitation Nursing. Nursing Care. Spinal Cord Injuries.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de busca em bases de dados	18
Figura 2 – Representação do marco referencial utilizado	22
Figura 3 – Gráfico representativo das categorias de cuidados	45
Figura 4 – Gráfico dos tipos de cuidado fundamentado em preconceitos	46
Figura 5 – Gráfico da acessibilidade para estacionar	48
Figura 6 – Gráfico das entradas e recepções	49
Figura 7 – Módulo de referência	50
Figura 8 – Gráfico do interior das unidades de saúde	50
Figura 9 – Gráfico dos consultórios	51
Figura 10 – Gráfico dos banheiros	52
Figura 11 – Gráfico dos boxes sanitários	53
Figura 12 – Gráfico da acessibilidade nos centros de saúde	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descritores nos três idiomas pesquisados	17
Quadro 2 – Artigos selecionados	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados	44
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CF	Constituição Federal
CEPSH	Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos
ESF	Estratégia Saúde da Família
ITU	Infecção do Trato Urinário
LPP	Lesão por Pressão
M.R.	Módulo de Referência
OMS	Organização Mundial da Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
P.C.R.	Pessoa em Cadeira de Rodas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TME	Traumatismo da Medula Espinal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVO	16
2.1	OBJETIVO GERAL	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
4	MARCO REFERENCIAL	22
4.1	TEORIA DO RECONHECIMENTO RELACIONADA À SAÚDE	22
4.2	PRÁXIS	23
4.3	CUIDADO DE ENFERMAGEM	25
5	MÉTODO	36
5.1	TIPO DE ESTUDO	36
5.2	CENÁRIO DE ESTUDO	36
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
5.4	COLETA DE DADOS	37
5.5	ANÁLISE DE DADOS	38
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	38
6	RESULTADOS	40
6.1	MANUSCRITO	40
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	72
	APÊNDICE B – Roteiro de observação arquitetônica	73
	APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido	92
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos	95
	ANEXO B – Parecer da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Prefeitura de Florianópolis	98
	ANEXO C - Parecer do orientador sobre o trabalho de conclusão de curso	100

1 INTRODUÇÃO

Por muito tempo, o modelo biomédico predominou na área da saúde, tendo como objetivo identificar a patologia que assolava o paciente, sendo este caracterizado, muitas vezes, pela própria doença (RIBEIRO *et al.*, 2019). Entretanto, o cuidado de enfermagem foi se transformando, ao longo do tempo, e passou a considerar o ser humano como um todo, de modo holístico, administrando um cuidado científico na integralidade do ser, conforme suas necessidades e de acordo com sua realidade socioeconômica e cultural.

A maior parte dos profissionais que atuam na área da saúde faz parte da enfermagem (RAMOS *et al.*, 2021), sendo fundamentais para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas com problemas de saúde, ou seja, são pessoas que atuam em todas as esferas da integralidade à saúde, promovendo melhor qualidade de vida para os indivíduos.

Para Boff (1999), o cuidado faz parte da constituição, do âmago, do ser humano, sem o qual ele deixa de ser humano, uma vez que ele necessita do cuidado desde o nascimento até a morte. O cuidado de enfermagem é um cuidado estruturado e científico, que favorece a melhoria da saúde, agindo na promoção, tratamento e limitação da doença, auxiliando, dessa forma, no restabelecimento de quem se encontra enfermo (COLLIÈRE, 1999).

O enfermeiro está apto a realizar a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, conforme Lei nº. 7.498, de 1986, regulamentada pela Resolução COFEN nº. 568/2018 (BRASIL, 1986; BRASIL, 2018). O enfermeiro realiza a consulta buscando atuar na promoção da saúde, identificar problemas, evitar agravos, implementar medidas de enfermagem que auxiliem na recuperação e reabilitação do usuário, constituindo um instrumento tecnológico relevante para a integralidade do cuidado (CRIVELARO, 2020). Enfim, é um profissional que atua em conformidade com o preconizado pelo Princípio da Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Toda injúria que lesione estruturas que compõem o canal medular pode caracterizar um traumatismo da medula espinal (TME), tratando-se de uma síndrome neurológica que afeta o indivíduo nas mais diferentes áreas da sua vida, acarretando consequências físicas, psíquicas e sociais. A incidência dessa condição se dá principalmente com homens jovens, solteiros e de áreas urbanas, em decorrência principalmente de “acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo e arma branca, quedas, esportes, acidentes de trabalho e mergulho em águas rasas” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021, p.569). Isso gera um grande Impacto socioeconômico para o

país, uma vez que se trata de jovens em idade produtiva, além de gerar um alto custo, por paciente, para o sistema de saúde (BRASIL, 2015). Já as causas não traumáticas representam em torno de 20% dos casos, incluindo várias patologias, tais como:

tumores intra e extra-medulares, fraturas patológicas (metástases vertebrais, tuberculose, osteomielite e osteoporose), estenose de canal medular, deformidades graves da coluna, hérnia discal, isquemia (em especial associada a aneurismas de aorta), infecciosas (p.ex. mielite transversa, paraparesia espástica tropical) e autoimunes (p.ex. esclerose múltipla) (BRASIL, 2015, p.11).

Um TME traz consequências temporárias ou permanentes, na função motora, sensibilidade, função autonômica e psicoafetiva, acarretando a necessidade de cuidados desde os primeiros instantes após o evento até o processo de reabilitação. Ante o exposto, deduz-se que essas pessoas necessitarão de mais cuidados e, corolariamente, de cuidados de enfermagem (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021). Além disso, os cuidados propiciados a essas pessoas são complexos e possuem particularidades muitas vezes desconhecidas por grande parte dos profissionais de saúde, devendo ser prestados visando o autocuidado e a independência do indivíduo.

Durante o período em que participei em projeto de extensão no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), pude perceber que chegavam pessoas nesse local com demandas que poderiam ser resolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) de sua circunscrição, como curativos por lesão por pressão, por exemplo. Assim, os enfermeiros do CCR dedicavam tempo, que poderia ser voltado para questões mais complexas, com procedimentos básicos.

A APS, integrada pela Unidade Básica de Saúde (UBS), estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família, e Unidade de Saúde da Família (USF), local com pelo menos uma equipe de Saúde da Família, pela proximidade do domicílio do usuário, facilita a acessibilidade, proporcionando um atendimento mais célere, o que diminui os agravamentos e favorece o prognóstico, além de minimizar os custos da assistência de saúde (BRASIL, 2020).

Ademais, na ciência, é pouco estudada a atuação dos profissionais de saúde da atenção primária relacionada a essas pessoas, conforme pode ser visualizado nos poucos artigos encontrados com a revisão de literatura, mesmo sem ser estipulada uma data de início da pesquisa, para ter um alcance maior de resultados. Portanto, há uma lacuna de conhecimento nessa área.

Ante o exposto, e por se tratar de um tema que sempre me interessou, surgiu a questão de pesquisa: Qual é a práxis do enfermeiro da atenção primária junto às pessoas com traumatismo da medula espinal?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a práxis do enfermeiro da atenção primária junto às pessoas com traumatismo da medula espinal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os fundamentos da ação do enfermeiro, da atenção primária, relacionados às pessoas com traumatismo da medula espinal.

Conhecer de que forma o enfermeiro da atenção primária cuida da reabilitação dos indivíduos com traumatismo da medula espinal.

Identificar a acessibilidade arquitetônica na atenção primária à saúde com relação aos usuários com traumatismo da medula espinal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura do presente estudo é narrativa, sendo realizada nos idiomas português, inglês e espanhol, nas seguintes bases de dados: PubMed/MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus, Web of Science, LILACS/BDEF, SciELO e Google Acadêmico (Google Scholar). O período utilizado para pesquisa teve como data final julho de 2021, sem ser estipulado ano de início, devido aos poucos resultados encontrados. O critério de inclusão foi artigo que abordasse o atendimento de pessoas com traumatismo da medula espinal na atenção primária, independente do profissional de atendimento, e critério de exclusão tratar-se de outro nível de atenção ou não ser concernente às pessoas com TME.

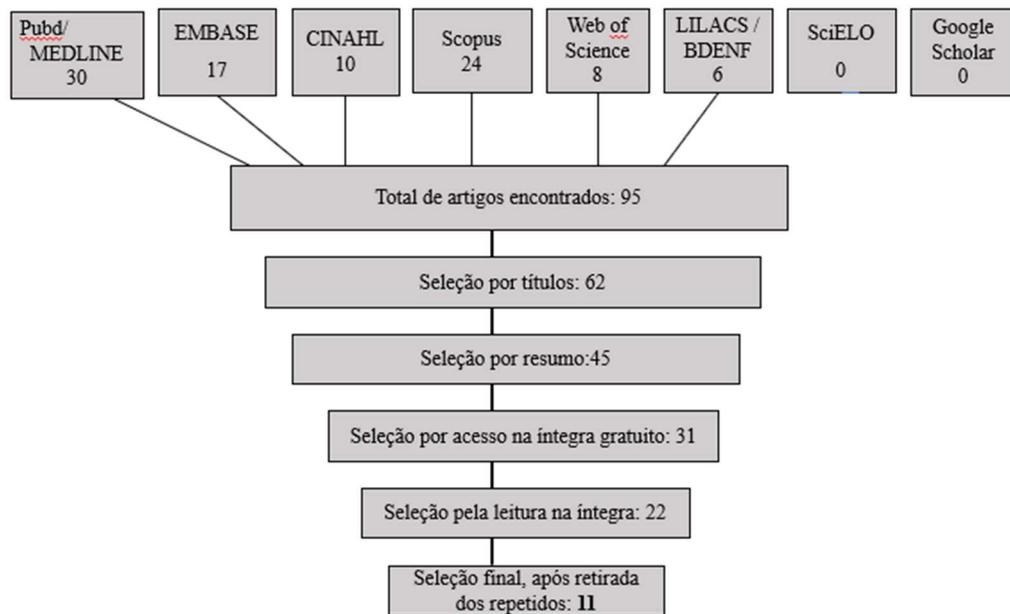
Quadro 1- Descritores nos três idiomas pesquisados

Português	Espanhol	Inglês
Traumatismos da Medula Espinal	Traumatismos de la Médula Espinal	Spinal Cord Injuries
Cuidados de Enfermagem	Atención de Enfermería	Nursing Care
Atenção Primária à Saúde	Atención Primaria de Salud	Primary Health Care

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

Dos artigos obtidos, houve uma seleção que se deu, primeiramente, pela leitura do título, em seguida, do resumo e, por fim, pela leitura integral. Foram excluídos aqueles que não abordavam o tema, não estavam disponíveis nos idiomas supracitados ou que não eram acessíveis na íntegra de forma gratuita, além de serem retirados os duplicados, conforme o fluxograma a seguir:

Figura 1 - Fluxograma de busca em bases de dados



Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

Quadro 2 - Artigos selecionados

Autor/Ano	Título	Revista	Resultado
BURKHART, Lisa <i>et al.</i> 2021	Developing a decision support tool to prevent community-acquired pressure injuries in spinal cord injury in ambulatory care: A nurse-led protocol for mix methods research	Nursing Outlook	A responsabilidade primária pela prevenção de lesão por pressão (LPP) adquirida na comunidade recai sobre o indivíduo com TME. A educação preventiva desse tipo de lesão é fragmentada e inconsistente e não há diretrizes padronizadas ou ferramentas de apoio para orientar na prevenção. <u>Os enfermeiros que prestam esses cuidados primários realizam cuidados preventivos, integrando a comunidade e o sistema de saúde, porém a infraestrutura do sistema precisa dar suporte a esse tipo de cuidado holístico, preventivo e centrado no usuário.</u>
PILUSA, Sonti; MYEZWA, Hellen; POTTERTON, Joanne. 2020	Prevention strategies for secondary health conditions in people with spinal cord injury: a scoping review protocol.	JBI evidence synthesis	Os cuidados de prevenção para pessoas com TME na APS são importantes para evitar problemas de saúde. Porém, as pesquisas indicam que as necessidades desses <u>cuidados preventivos não são plenamente atendidas</u> , acarretando doenças secundárias já instaladas, que seriam <u>evitáveis se fortalecido o cuidado integral</u> , com estratégias de prevenção de agravamentos <u>em todos os níveis de saúde</u> .

THOLL, Adriana Dutra <i>et al.</i> 2020	Potências-limites no cotidiano da adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e suas famílias.	Texto & Contexto - Enfermagem	<u>Ainda são insuficientes as ações de cuidado e reabilitação na APS, há falta de qualificação desses profissionais para o cuidado integral às PcD, além da falta de acessibilidade física e atitudinal</u> que perpetuam um ciclo de iniquidades desenvolvido historicamente.
REZAEI, Mojtaba <i>et al.</i> 2019	Home-based rehabilitation programs: Promising field to maximize function of patients with traumatic spinal cord injury	Asian journal of neurosurgery	O <u>atendimento multidisciplinar</u> realizado pela APS avalia a situação da vida dos pacientes e fornece soluções individualizadas, além de <u>evitar agravamentos de saúde</u> , no entanto <u>alguns temas ainda são negligenciados</u> por essa equipe, <u>por falta de conhecimento sobre o assunto</u> , como a questão sexual, por exemplo.
AIKMAN, Kirsten <i>et al.</i> 2018	Sexual health in men with traumatic spinal cord injuries: a review and recommendations for primary health-care providers.	American journal of men's health	A <u>saúde sexual</u> , apesar de identificada como uma prioridade para os homens com TME, é um <u>tema abordado de modo inadequado pelos profissionais de saúde da APS</u> , incluindo médicos e enfermeiros, sendo abordado principalmente em centros especializados de reabilitação.
AGRAWAL, Shree; AGRAWAL, Ravi R.; WOOD, Hadley M. 2017	Establishing a multidisciplinary approach to the management of neurologic disease affecting the urinary tract.	Urologic Clinics	O monitoramento de lesões cutâneas, urológicas, intestinais, controle da dor, comorbidades gerais e estado de saúde das pessoas com TME pode ser realizado por <u>profissionais da APS e especialmente da enfermagem</u> , que <u>podem identificar uma condição lentamente progressiva evitando agravamentos</u> e necessidade de intervenção de especialistas.
COURA, Alexsandro Silva <i>et al.</i> 2013	Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Os fatores sociodemográficos podem influenciar na capacidade de autocuidado de pessoas com TME, por isso cabe aos enfermeiros da APS considerar esse aspecto e incluí-lo no planejamento e na execução do processo de enfermagem, visando um cuidado de longo prazo, inclusive, com avaliação por meio de visitas domiciliares sistemáticas. Além disso, <u>deve ser estimulada a acessibilidade física e atitudinal</u> , para reinserção desses indivíduos em seu meio social, além da perspectiva inclusiva e do modelo social da deficiência.
VASCONCEL OS, A. S. <i>et al.</i> 2013	Self care in neurogenic intestine in subjects with spinal cord injury: an integrative review.	Online Brazilian Journal of Nursing	<u>Pessoas com TME e intestino neurogênico podem ser beneficiadas com intervenções adotadas por enfermeiros da APS</u> , contribuindo para a promoção do autocuidado, mas, para isso, esse profissional <u>precisa exercer sua prática com base em evidências científicas</u> e

			não fundamentado em experiências individuais.
DE FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier <i>et al.</i> 2012	O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde.	Revista Brasileira de Enfermagem	Os <u>profissionais de saúde da APS não conseguem oferecer serviços de saúde de qualidade aos usuários com TME</u> devido desintegração entre as equipes da APS e aquelas dos serviços de média a alta complexidade, fato que prejudica o encaminhamento e o acompanhamento da evolução do indivíduo; número insuficiente de agentes comunitários para dar cobertura à população adscrita; profissionais sem capacitação para esse tipo de assistência; demanda reprimida, com agendamento de consultas a longo prazo, exames complementares morosos e de qualidade duvidosa, inexistência de planos, projetos programas e/ou ações contínuas destinadas ao cuidado das pessoas TME pós-reabilitado. <u>Sugere-se que a secretaria municipal de saúde implemente um programa de qualificação dos profissionais</u> para o atendimento dessas pessoas, para que esses profissionais possam elaborar planos e projetos de assistência condizentes com as demandas das PcD na APS, fornecendo cuidados interdisciplinares centrados em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
GONZÁLEZ ECHEVERRÍ A, Luís; PRICE, Yocelyn; MUÑOZ, Luz Angélica. 2011	Vivencia de discapacidad por traumatismo de la medula espinal y el proceso de rehabilitación.	Ciencia y enfermería	Percebe-se no estudo a <u>ausência de participação das APS na reabilitação</u> , uma vez que os sujeitos entrevistados com TME não se referem a cuidados ou intervenções realizados neste nível de atenção, demonstrando a ausência destas nesse processo. No entanto, é imprescindível fortalecer essas bases para o desenvolvimento de uma rede de reabilitação baseada na saúde da família e da comunidade, com a presença do <u>enfermeiro</u> , profissional que <u>acompanha a PcD nos diferentes momentos do caminho de aceitação da deficiência à reabilitação</u> , sendo importante nas relações interpessoais, no cuidado e pesquisa futura.
BLOEMEN-VRENCKEN, J. H. A. <i>et al.</i> 2005	Transmural care in the rehabilitation sector: implementation experiences with a transmural care model for people with spinal cord injury.	International journal of integrated care	Estudo sobre a experiência da implementação de um modelo de atenção transmural para pessoas com TME. Trata-se de um modelo de atendimento que consiste em um grupo de enfermeiros transmurais, que faz a ligação entre essas pessoas e os profissionais de saúde da APS e os centros de reabilitação, visando preencher a lacuna entre os diferentes níveis de cuidados, uma vez que se percebeu que <u>não havia a continuidade satisfatória da</u>

		<p><u>reabilitação, devido à ineficiente coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.</u></p> <p>Além disso, a <u>baixa prevalência de pessoas com TME</u> no local <u>dificulta que os profissionais de saúde da APS adquiram conhecimento e experiência suficientes sobre os cuidados específicos</u> que esses pacientes requerem.</p> <p>Percebeu-se com a pesquisa também a <u>importância da enfermagem</u> no acompanhamento dessas pessoas, uma vez que lesão por pressão, problemas urinários e intestinais enquadram-se no escopo da disciplina de enfermagem.</p>
--	--	--

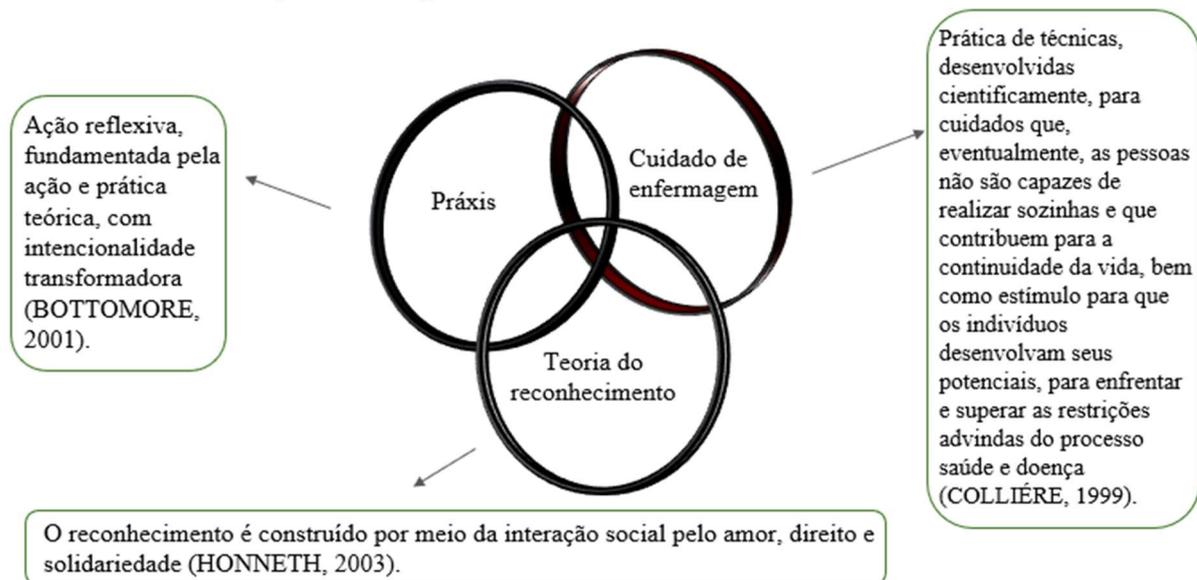
Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

Do total de 11 artigos, alguns temas se destacaram como: cuidados inadequados e/ou insuficientes prestados na APS, presentes em 63,63% dos artigos; a importância do enfermeiro no acompanhamento, cuidado e reabilitação do indivíduo que sofre um TME, exibido em 54,54% dos estudos; a necessidade de qualificação dos profissionais de APS no cuidado voltado a essas pessoas, evidenciado em 27,27% dos textos e falta de acessibilidade, seja arquitetônica e/ou atitudinal, presente em 18,18% dos artigos encontrados.

4 MARCO REFERENCIAL

No referencial teórico, foi realizado um estudo à luz da Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth, da práxis e do cuidado de enfermagem, que resultou no seguinte desenho:

Figura 2 - Representação do marco referencial utilizado



Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

4.1 TEORIA DO RECONHECIMENTO RELACIONADA À SAÚDE

Axel Honneth é professor da Universidade de Frankfurt e sua tese de livre docência deu origem ao livro *Luta por reconhecimento: A gramática moral dos conflitos sociais*, publicado pela primeira vez em 1992 (HONNETH, 2003). Nessa obra, Honneth discorre sobre a Teoria do Reconhecimento, que irá embasar o presente estudo.

O conceito de reconhecimento surge na filosofia principalmente com Hegel, que define o reconhecimento como um modo de autorreconhecimento e de reconhecimento pelo outro. Para o filósofo, o reconhecimento intersubjetivo é obtido por meio de lutas, pois é por meio dos conflitos no convívio social que as identidades se formam e se pode obter a autorrealização. Na obra *Sistema da eticidade*, Hegel discorre, pela primeira vez, sobre três formas de relações, o amor, o direito e o Estado, que serão fundamentais para que os indivíduos desenvolvam suas identidades e conquistem a plena liberdade (HONNETH, 2003).

A partir da obra de Hegel, na filosofia, e de Mead, na psicologia social, Honneth desenvolve sua teoria, entendendo o reconhecimento como base das relações humanas. De

acordo com a Teoria do reconhecimento de Honneth, a falta do reconhecimento intersubjetivo e social engendra conflitos sociais, sendo por meio dos relacionamentos que o indivíduo se desenvolve, pois ele necessita que suas aptidões e virtudes sejam reconhecidas, para se harmonizar com os demais sujeitos e, assim, desenvolver sua identidade, de modo a se destacar dos outros (SCHOELLER *et al.*, 2020).

Para Honneth, portanto, a realidade social surge das relações de reconhecimento, podendo ser suspensas quando não há condições propícias para se adquirir o respeito, sendo o reconhecimento um objetivo coletivo e individual. Para o autor, a construção do indivíduo ocorre por meio das relações intersubjetivas, em três tipos de reconhecimento: o amor, o direito e a solidariedade (SCHOELLER *et al.*, 2020).

4.2 PRÁXIS

Práxis é uma palavra de origem grega, que representa ação, prática, atividade. O termo, a princípio, na mitologia grega, retratava o nome de uma deusa e depois foi empregado de outras maneiras, até que começasse a ser utilizado na filosofia por Platão. No entanto, somente com Aristóteles o vocábulo teve um sentido mais preciso (BOTTOMORE, 2001).

Para Aristóteles, o homem possui três atividades primordiais: a práxis, a teoria e a *poiesis*. Isso acarreta a divisão da ciência em três tipos básicos de conhecimentos, com diferentes propósitos: o teórico, cuja finalidade é a verdade; o prático (práxis), que constitui a ação, subdividido em ético, econômico e político, e a *poiesis* (o ‘produtivo’), a produção de algo. Contudo, o filósofo não segue com exatidão esse entendimento e, por vezes, parece incorporar a *poiesis* na práxis ou simplesmente deixá-la de fora, dentre outras modificações que alteram a compreensão dos termos (BOTTOMORE, 2001).

A atividade humana, na escola do Aristóteles, foi fragmentada em teórica e prática, divisão utilizada também pela filosofia escolástica da Idade Média. No entanto, devido à dificuldade de classificação de algumas atividades dentro dessa dicotomia, o filósofo medieval Hugues de Saint-Victor sugeriu, em um tratado, a diferenciação entre geometria teórica e prática, considerando a prática no sentido de aplicado. Assim, a utilização de práxis com aplicação de uma teoria teve uma boa aceitação na época, o que perdura até hoje (BOTTOMORE, 2001).

O filósofo francês Jean le Rond d'Alembert, segmentou todos os conhecimentos em três áreas: aqueles puramente práticos, os puramente teóricos e os que buscavam obter uma provável finalidade para práxis partindo da análise teórica de seu objeto (BOTTOMORE, 2001).

Immanuel Kant, filósofo prussiano, considerou a práxis em dois sentidos: como uma forma de empregar uma teoria e como um importante comportamento ético do ser humano, sendo este último conceito dividido entre razão pura e razão prática, mas que ao final pode ser entendida simplesmente como razão única. Já o filósofo alemão Friedrich Wilhelm Joseph Schelling sugeriu um terceiro elemento, proveniente da junção entre teoria e prática. Hegel, de maneira diferente, dividiu a filosofia em: lógica, filosofia da natureza e filosofia do espírito, com a distinção entre teoria e prática em cada uma dessas divisões (BOTTOMORE, 2001).

Já Karl Marx pensava que a filosofia deveria ser prática, considerava a práxis como o objetivo da verdadeira filosofia e a revolução como a representação da práxis verdadeira. Para Marx, a prática tem primazia sobre a teoria e na obra Teses sobre Feuerbach, ele apresenta a práxis revolucionária como a responsável pela transformação das conjunturas, da atividade humana e da autotransformação (BOTTOMORE, 2001).

Para Marx, o trabalho deve transformar-se em autoatividade, aspecto não alienado da ocupação do ser humano, apresentada, anteriormente, como práxis. Friedrich Engels restringiu o entendimento marxista de práxis como o desempenho industrial e a experimentação científica, considerando esta última como a forma pura de contemplação. Já Antonio Labriola, filósofo italiano, procurou interpretar o marxismo como uma “filosofia da práxis” (BOTTOMORE, 2001; p.294).

Após a publicação da obra Manuscritos econômicos e filosóficos de Marx ampliou-se o estudo do termo práxis. Marcuse, em 1935, realizou um dos mais relevantes estudos da práxis marxista, reconhecendo a práxis como ação e considerando o trabalho como um modo particular de práxis (BOTTOMORE, 2001).

Filósofos marxistas iugoslavos, durante as décadas de 1950 e 1960, analisando a obra de Marx, entenderam a práxis como a essência do pensamento marxista. Conforme essa compreensão, Karl Marx considerava a práxis como algo essencialmente humano, reconhecendo, assim, “o homem como um ser de práxis”. Esses filósofos fundaram, em 1964,

a revista Praxis, sendo o primeiro exemplar destinado à análise desse conceito (BOTTOMORE, 2001, p.295).

Pensadores mais recentes ainda se dedicam a estudar a práxis, especialmente na Escola de Frankfurt, onde o filósofo e sociólogo Jürgen Habermas, analisando o assunto, concluiu que Marx considerava a práxis social como o trabalho (BOTTOMORE, 2001).

Hodiernamente, há uma anuência de que o conceito de práxis deva ser restrito ao homem, contudo ainda não existe um pensamento uniforme com relação à sua aplicação. Para alguns pensadores, a práxis faz parte “da natureza humana ou da ação humana”, fazendo parte, portanto, da filosofia. No entanto, outros estudiosos entendem que a práxis representa “a atividade humana em todas as suas formas”, apreciação denominada “marxismo antropológico”, porém considerado como ontológico, por aqueles que aderem a este entendimento (BOTTOMORE, 2001, p.295).

Outra controvérsia, com relação à práxis, diz respeito até que ponto seu conceito pode ser elucidado, pois alguns pensadores consideram que esse conceito não pode ser precisado; todavia, outros entendem que, apesar de ser um tema complexo, ele pode ser estudado e definido (BOTTOMORE, 2001).

Assim, a práxis pode ser definida como uma atividade inerente do ser humano e que o possibilita transformar a si mesmo e o mundo à sua volta; também pode ser entendida como uma noção de “liberdade, criatividade, universalidade, história, futuro, revolução”, dentre outras denominações. Pode, ainda, ser considerada “atividade criativa livre”, entendida como revolução, pois, para os autores que defendem essa ideia, a revolução não pode ser considerada somente como uma forma de atividade política ou transformação social radical, até porque, para Marx, a revolução visa extinguir a alienação e desta forma engendrar uma sociedade humana, com pessoas verdadeiramente humanas (BOTTOMORE, 2001, p.296).

4.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM

O termo cuidado, para alguns, tem origem na palavra *cura* em latim, que era utilizada para manifestar uma atitude de cuidado e zelo para com um ente querido ou algum objeto apreciado; para outros, a palavra é proveniente de *cogitare-cogitatus*, e suas derivações, que possui o mesmo significado de cura, ou seja, apresentar um comportamento de interesse e preocupação para alguém estimado. Ante o exposto, o cuidado pode ser considerado em dois

sentidos interligados: como zelo, atenção para com próximo ou no sentido de preocupação, inquietação (BOFF, 1999).

O cuidado tem início com o surgimento da humanidade, observando-se que a alimentação também é um cuidado. Como preconiza Collière (1999, p. 29): “Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”. Já para Boff (1999) o cuidado é ontológico, ou seja, inerente ao ser humano, fazendo parte da sua essência, isto é, o cuidado é parte fundamental do indivíduo e norteia todos os seus atos.

Até à Idade Média, na sociedade ocidental, a prática do cuidado foi atribuída às mulheres, já que ela concebe a criança, a amamenta e a protege, tendo um instinto de proteção e cuidado; enquanto o homem saía em busca de provisões para a família. Assim, essa divisão sexuada do trabalho, nos primórdios da humanidade, para garantia das necessidades fundamentais, acaba influenciando diferentes épocas e sociedades, com a atribuição do cuidado e do lar à mulher, enquanto o homem saía em busca do sustento da casa (COLLIÈRE, 1999).

A atividade do cuidado é essencial para o desenvolvimento da vida e perpetuação da espécie humana e por muito tempo não pertencia a uma profissão, mas sim a qualquer um que auxiliasse o outro. Com o passar do tempo, há uma diferenciação entre o cuidado para a manutenção da vida e o cuidado curativo, que surge com descobertas empíricas e que são substituídos pelos cuidados médicos, considerados os únicos científicos na época. Com isso, modifica-se a forma de cuidar e o foco passa a ser a doença e não mais o doente, assim o homem deixa de ser considerado de modo holístico e começa a ser visto como um objeto de cuidado isolado, separando-se até mesmo sua parte afetada, dessa maneira o cuidar passa a ser o tratamento da patologia, com o surgimento de diversas especialidades médicas (COLLIÈRE, 1999), o que irá originar, posteriormente, o modelo biomédico.

No entanto, tanto o cuidado para conservação da vida como o cuidado curativo irão influenciar a prática da enfermagem. Os cuidados para a manutenção da vida podiam ser observados com as mulheres, encarregadas dos cuidados das crianças, bem como dos doentes e moribundos. Além disso, são elas que acabam descobrindo as propriedades terapêuticas das plantas e empregando-as em seus cuidados do dia a dia (COLLIÈRE, 1999).

Como a caça, a pesca e a guerra faziam parte das atividades dos homens, coube a eles a utilização dos instrumentos de incisão, como lâminas e escalpelo, e de sutura, agulha, além do fogo para os cuidados com o corpo ferido. Dessa forma, a exploração do corpo por dentro passa a ser considerada uma temática exclusiva dos homens, nas profissões de ferreiros, barbeiros e cirurgiões (COLLIÈRE, 1999).

Conforme Collière (1999, p.35), a história da prática da enfermagem, que originou os “cuidados de enfermagem”, está ligada à “história da mulher que presta os cuidados e da sua evolução”.

Algumas circunstâncias, nos tempos longínquos, exigiam que alguns cuidados fossem executados exclusivamente por homens, como aqueles que exigiam demasiada força física, para deslocamento de ossos e articulações ou para conter pessoas agitadas, com problemas mentais ou de embriaguez. Assim, esses cuidados irão influenciar o surgimento de um corpo de enfermeiros constituído por homens, associados ao exército, como os escravos nas legiões romanas, os Cavaleiros de São João de Jerusalém, os Cavaleiros da Ordem Teutônica, os Templários, dentre outros.

Por isso, a princípio, a equipe de enfermagem, que atuava em hospitais psiquiátricos, era formada somente por homens e as mulheres só passaram a atuar nesse campo após surgirem medicamentos capazes de 'neutralizar' a força física dos doentes mentais. Além disso, houve, ainda, ordens religiosas constituídas por homens que cuidavam dos doentes nos lugares onde eram realizados os cultos, onde se reuniam as peregrinações ou em estalagens, pelas quais passavam muitos viajantes (COLLIÈRE, 1999).

No entanto, de modo geral, a prática do cuidado foi atribuída à mulher, responsável pelo lar, pelo menos até o final da Idade Média, na sociedade ocidental. Já da Idade Média ao final do século XIX, o cuidado passa a ser exercido pelas freiras, consideradas dignas de desempenharem essa prática devido ao seu comportamento consagrado. Do início do século XX até o final dos anos sessenta, o exercício do cuidado passa a ser realizado pela enfermeira, mas com a atribuição de auxiliar o médico (COLLIÈRE, 1999).

Durante séculos, as mulheres praticaram seus cuidados de modo empírico, trocando conhecimentos entre si e os passando de mãe para filha, sem qualquer acesso a livros. O cuidado com o corpo, devido à puberdade, parto, maternidade e cuidados com os recém-nascidos, faz com que elas desenvolvam cuidados de higiene; acentuem suas percepções pelo olfato; pelo tato, cheguem à massagem, descobrindo movimentos que aliviam a dor e as sensações cinestésicas. Elas são incumbidas de dar a vida, através do parto, e de auxiliar na passagem da morte, além de serem responsáveis pelo preparo do corpo após a morte. Responsabilidade essa que permanece até hoje com a enfermagem, que efetua os últimos cuidados com o corpo, após a morte; enquanto o médico apenas atesta o óbito (COLLIÈRE, 1999).

Assim, enquanto o homem saía para caçar e pescar, as mulheres ficavam responsáveis pela plantação e colheita. Com o tempo, elas passam a transformar os alimentos em farinhas, bebidas e diversos outros preparos; sendo essas preparações alimentares a origem dos

'manipulados' que engendram a farmacopeia. Diante disso, as plantas passam a ser fundamentais para os cuidados prestados pelas mulheres, com o conhecimento sendo transmitido de geração em geração. Todavia, a “arte da mulher que cuida, imortalizada por ‘Medeia’, mágica lendária, virá a ser a ‘Medicina’, ‘ciência’ atribuída aos homens, muito tardiamente na história da humanidade” (COLLIÉRE, 1999, p.46).

O valor social do cuidado empreendido pelas mulheres, a princípio, destinava-se às mulheres mais velhas, consideradas “mulheres que ajudam”, por já terem passado pela experiência da gestação e do parto. Entretanto, quando surge o cuidado praticado pelas religiosas, acaba essa associação entre o exercício do cuidado com uma vivência no próprio corpo e a idade deixa de ser um quesito para o valor social (COLLIÉRE, 1999, p.47).

Assim, enquanto os nobres, ricos e imperadores possuíam doutores para cuidar deles, a maioria da população dispunha somente dos cuidados das mulheres e do conhecimento delas acerca das plantas curativas. Nessa época, prevalecia a economia de subsistência e o valor econômico, dos cuidados prestados pelas mulheres, baseava-se no sistema de trocas e de reciprocidade, segundo o qual a compensação pelos cuidados poderia se dar por serviços ou pequenos presentes. Esse passado cultural acaba repercutindo até hoje, com a desvalorização econômica das práticas de cuidados efetuados pelas mulheres (COLLIÉRE, 1999).

Com a consolidação da religião cristã, os adeptos das demais religiões escondem-se nos campos e passam a ser denominados de pagãos, que significa aqueles que praticam o culto dos camponeses, e as mulheres, com suas práticas de cuidados, passam a ser consideradas propagadoras da liturgia pagã. Há a valorização da castidade e virgindade e a Igreja passa a desprezar a sexualidade. A mulher é considerada símbolo de impureza e fornicção, a encarnação do mal e o próprio pecado, responsável por desvirtuar o homem. Os mistérios da natureza e a maternidade são objetos de repulsa, a amamentação causa suspeita de volúpia e a ternura passa a ser responsável por esmorecer a criança (COLLIÉRE, 1999).

Desse modo, as novas bases doutrinárias estabelecidas pela Igreja passam a orientar a conduta das pessoas, o casamento, a educação e as novas práticas de criação e cuidados. Esse novo conceito de cuidado nega a conexão entre corpo e espírito, exaltando o espírito e preterindo o corpo, considerado impuro, fonte de fornicção e de malefícios. A liberdade do corpo advém do sofrimento e da dor, pois os corpos atraentes são fontes de desejo (COLLIÉRE, 1999).

Ante o exposto, vão se findando as práticas tradicionais de cuidados, que consideravam a unidade corpo e espírito em relação ao universo. O conhecimento a respeito do que é bom ou ruim para a alma e para o corpo passa a pertencer à Igreja, que restringe até mesmo as práticas

de higiene. Dessa forma, a medicina exercida na Idade Média é controlada pela Igreja e, durante um longo período, exclusiva dos homens da Igreja. Nessa época, a medicina na Europa se torna uma profissão e uma ciência, contudo submetida à Igreja e desprezando todo o conhecimento adquirido pelas mulheres até então (COLLIÉRE, 1999).

As mulheres são proibidas de frequentar as escolas de medicina e aquelas que executam cuidados, sem terem realizado estudos médicos, são consideradas feiticeiras e condenadas à morte, pois seus cuidados eram vistos como uma intromissão nos planos divinos e, por corolário, uma ação do demônio. A Igreja passa a marginalizar e, em seguida, condenar os adivinhos, feiticeiros e curandeiros, sendo as mulheres o principal alvo dos ataques e repressão dos clérigos, devido aos conhecimentos delas com os cuidados do corpo e da utilização das plantas para essa finalidade (COLLIÉRE, 1999).

Nesse período, algumas virgens, bem como as viúvas, como não possuíam obrigações domésticas, empregam seu tempo no auxílio aos pobres e infelizes e, muitas vezes, terminam realizando voto de castidade e dedicando toda a sua vida a Deus e suas obras, sendo denominadas “virgens consagradas”. Com essas mulheres surge o primeiro convento, estabelecido na Gália em 513, elas passam a vestir um traje semelhante e a andar sem adornos, para não serem reconhecidas por sua singularidade, mas sim pela sua submissão à Deus. Entretanto, para que a virgindade não fosse corrompida pelas visões corporais mundanas, capazes de produzir imaginações vergonhosas, foi criada a clausura conventual, distanciando essas mulheres do mundo e as impedindo de sair em público, o que, conseqüentemente, acabou afastando-as de suas obras e dos cuidados que prestavam (COLLIÉRE, 1999, p.59).

Com a Contrarreforma, aparecem muitas congregações e associações civis religiosas não mais adeptas da clausura, que realizam atividades com as comunidades, inclusive no meio rural. Essas religiosas, no decorrer do século XIX, exercem cuidados nos hospitais e domicílios, porém, em sua maioria, dedicam-se à educação. Até aparecerem as primeiras enfermeiras liberais na década de 50 (1950), são essas “irmãs de caridade” as principais responsáveis pelos cuidados prestados em domicílio e, após esse período, elas continuaram a atender aos pobres e desfavorecidos (COLLIÉRE, 1999, p.60).

Dessa forma, a prática de cuidados fundamenta-se em princípios religiosos e estabelece a posição que a mulher deve ocupar na sociedade, assim como sua submissão a Deus, representado pelos homens da Igreja. Com a dissociação do corpo e espírito, dividem-se também os cuidados, tendo prevalência os cuidados espirituais, uma vez que o corpo é visto como causa de pecado. Assim, os cuidados dispensados ao corpo apenas cumprem a função de apoio aos cuidados espirituais. Além disso, as práticas de higiene vão sendo abandonadas e os

cuidados concretos, que demandam maior contato com o paciente, passam a ser executados por subalternos, pois não devem ser prestados pelas religiosas (COLLIÉRE, 1999).

Há um distanciamento entre aquele que cuida com quem recebe esse cuidado, a conversa com os pacientes deixa de ser necessária e os cuidados habituais, para preservação da vida, são menosprezados. Somente os corpos acometidos por inúmeros males são dignos de cuidado, por simbolizarem a imagem de Cristo e perderem a função de oferecer satisfação e prazer. É necessário haver significativa degradação física ou social, bem como perda de integridade, para que o cuidado se faça necessário, pois o sofrimento é visto como um mal imprescindível para se tornar digno das práticas de cuidado das mulheres consagradas. Até porque, os cuidados dessas religiosas têm o intuito de auxiliar os pobres e indigentes a alcançarem a redenção. Mas, para isso, elas devem seguir as ordens dos médicos eclesiásticos, que detêm o conhecimento sobre o que é melhor para o corpo dos doentes (COLLIÉRE, 1999).

O conhecimento das mulheres, nesse período, é combatido e visto como um modo de tentação, pois os mistérios da natureza não têm serventia, apenas exercem o prazer de conhecer, sendo comparados a um vício. Assim, aquelas que prestam cuidados não devem ter espírito crítico, julgamento ou iniciativa, devendo obedecer aos homens detentores do conhecimento e aprender as tarefas por repetição e pela graça de Deus. Somente no início do século XIX, com as primeiras escolas de enfermagem, é que os cuidados passam a ter fundamento em ciência, porém provenientes dos conhecimentos médicos e executados com limitações (COLLIÉRE, 1999).

A valorização social do trabalho dessas religiosas vem da satisfação de contribuir para a missão da Igreja, participando da obra de redenção e na salvação dos pecadores, sendo essas mulheres consideradas modelos sociais. E, apesar da transição da economia de subsistência para a economia de produção, o trabalho prestado pelas mulheres consagradas não tinha um valor monetário, uma vez que elas se encontravam a serviço de Deus, da Igreja e dos necessitados. No entanto, os hospitais, nos quais essas mulheres serviam, recebiam muitas doações, acarretando significativa vantagem econômica, administrada pelos médicos eclesiásticos. Assim, essas religiosas prestam seus serviços gratuitamente durante toda a sua vida e, devido ao labor delas, a Igreja recebe muitas doações, tornando essa prática altamente lucrativa. Isso acaba tendo repercussões no “reconhecimento social e econômico do serviço da enfermagem” até os dias de hoje (COLLIÉRE, 1999, p.73).

Com o desenvolvimento da medicina, no final do século XIX, a prática de cuidados também sofre modificações. Os avanços científicos aumentam a demanda de trabalho dos médicos e faz com que eles deleguem, aos poucos, as tarefas de rotina, como verificar a

temperatura ou analisar a urina; bem como os cuidados médicos mais frequentes, como cataplasma, clisteres, dentre outros. A enfermeira passa a auxiliar o médico em suas tarefas; inicialmente, separando os materiais que ele precisava e, em seguida, efetuando os cuidados por ele prescritos e delegados. Nesse contexto, tem origem a enfermagem, proveniente da dicotomia da prática religiosa, com a vocação de servir, e de auxiliar do médico. A enfermeira, portanto, surge em meio ao desdobramento entre Igreja e Estado, conferindo seguimento ao trabalho que antes era executado pelas mulheres sagradas. Todavia, permanecem sem um domínio específico de saber, até o surgimento de Florence Nightingale (COLLIÉRE, 1999).

Assim, a profissão de enfermagem passa a ser vista como uma vocação para servir os doentes, os médicos e a Instituição. E são os médicos que irão ensinar a essas mulheres o conteúdo profissional da prática dos cuidados e tudo o que eles desejam delas, sempre informando-as que elas não deveriam aspirar substituí-los. Dessa forma, as enfermeiras serão como agentes de informação e de execução, pois comunicam ao médico a evolução do paciente e executam as prescrições passadas por eles. A profissão é vista como uma vocação feminina moralizadora, daquelas que deixam de pensar em si para se preocuparem com o próximo, assim o valor social do trabalho varia entre supervalorizado, por ser incomensurável, e desvalorizado, porque elas apenas cumprem a sua obrigação. Além disso, o fato da enfermeira ser considerada auxiliar do médico trará repercussões no valor social do labor delas (COLLIÉRE, 1999).

Essas mulheres executam os cuidados para manutenção da vida, como alimentação, higiene, auxiliar a vestir-se e a caminhar; entretanto, essas são tarefas para as quais não se exige grande capacitação e, assim, são menosprezadas. Enquanto aos médicos pertence o conhecimento e a ciência do corpo humano para tratar as doenças e, de certa forma, o enaltecimento desse profissional acaba desvalorizando ainda mais o trabalho da enfermeira, que tem a função apenas de auxiliá-lo. Porém, o fato de fundamentar seu conhecimento na fonte médica faz com que elas acabem se aproximando dessa ciência, buscando uma capacitação técnica cada vez maior e, conseqüentemente, melhorando sua imagem (COLLIÉRE, 1999).

Mas, diferentemente de outras profissões, como a Escola de Medicina, a Escola de Química ou a Escola de Artes, as preparatórias de enfermagem eram designadas Escola de enfermeiras, na qual a aluna entrava em regime de internato no hospital, como se fosse um convento (COLLIÉRE, 1999).

Até a Segunda Guerra Mundial, os cuidados permaneciam voltados a assistir os pobres, de maneira gratuita, recebendo em troca apenas compensações como: alimentos, roupas e estalagem (muitas vezes nos sótãos dos hospitais). O valor econômico da prática de

enfermagem terá início apenas a partir do exercício liberal da profissão, com o pagamento de salários (COLLIÉRE, 1999).

Nessa conjuntura, a enfermagem foi se desenvolvendo, apesar dos obstáculos, como a dificuldade de diferenciação entre ‘cuidar’ e ‘tratar’, pois tudo o que era prescrito pelo médico e realizado pela enfermeira era designado como cuidados de enfermagem, sem diferenciar os cuidados de manutenção da vida dos cuidados de tratamento. Outra dificuldade foi distinguir a natureza dos cuidados de enfermagem dos cuidados médicos, para criar uma identidade própria para a profissão que se iniciava (COLLIÉRE, 1999).

Para o desenvolvimento da enfermagem, foram fundamentais os programas de formação universitária, que permitiram o acesso dessas mulheres à ciência, ampliando sua visão de mundo e fazendo com que elas constituíssem novos tipos de relações com os doentes e com os médicos. Ademais, a instrução universitária propiciou às enfermeiras desenvolverem suas percepções interrogativa, questionadora e argumentativa, transformando a formação em enfermagem em um processo científico (COLLIÉRE, 1999).

Florence Nightingale, já em 1852, percebeu que as boas práticas de medidas sanitárias poderiam minimizar as doenças e que o saneamento deveria ser analisado a partir das condições de vida das pessoas, percebendo que para os cuidados de enfermagem não bastava a caridade, sendo necessária também a reflexão por parte da enfermeira, introduzindo assim uma nova concepção de cuidado. A partir de então, começam a surgir os princípios científicos dos cuidados de enfermagem, engendrando as teorias de enfermagem, que servirão de instrumento para a prática do cuidado (COLLIÉRE, 1999).

Com a evolução da enfermagem, surge a necessidade de se definir os cuidados de enfermagem, para se elucidar o processo pelo qual seriam ministrados esses cuidados e, assim, estabelecer suas dimensões sociais e econômicas. Conforme Collière (1999, p.235), o “cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia”, mas, também, um ato de reciprocidade para com o próximo. Há, ainda, a diferenciação entre os cuidados para a continuidade da vida e os cuidados de reparação ou tratamento. Os cuidados para a manutenção da vida são aqueles executados no dia a dia, para garantir a duração da vida, como, por exemplo, alimentação, higiene, proteção das intempéries, dentre outros. Esses cuidados também se modificam de acordo com os costumes e crenças da sociedade. Já os cuidados de tratamento servem para garantir a continuidade da vida quando esta se depara com adversidades, como as doenças, acidentes, guerras, dentre outras (COLLIÉRE, 1999).

Com a predominância do modelo biomédico, direcionado para a patologia, seu diagnóstico e tratamento, os cuidados para a manutenção da vida foram menosprezados, o que

acabou prejudicando a prática da enfermagem. Pois, a prática de enfermagem fundamenta-se em tudo aquilo que pode restabelecer e melhorar as condições de saúde, revitalizar o paciente e prevenir doenças (COLLIÉRE, 1999; IVO; MALTA; FREITAS, 2019).

Não obstante, faz-se necessário estabelecer a diferença entre ‘cuidar’ e ‘tratar’, pois cuidar abrange o impulsionamento das capacidades de vida, porém mediante o modelo biomédico adotado, os cuidados passaram a priorizar o tratamento, relegando a relevância dos cuidados habituais para a conservação da vida e combate às doenças, assim, pode-se dizer que, cuidar passou a adotar o significado de tratar, entretanto o tratamento não pode ser considerado equivalente ao cuidado (COLLIÉRE, 1999).

De acordo com Collière (1999, p 287):

O campo de competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada tríplice que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio.

Ante o exposto, duas pessoas podem ter a mesma enfermidade, com gravidade semelhante, mas com diferentes necessidades de cuidados, uma vez que devem ser consideradas as individualidades de cada um, bem como o meio em que estão inseridos. Devido a isso, os cuidados de enfermagem devem considerar a pessoa em sua integralidade e não somente a patologia que a acomete (COLLIÉRE, 1999).

A competência da enfermagem abrange os cuidados que as pessoas não são capazes de realizar por si só, ocasionalmente, isto é, aqueles que permitem a continuidade da vida, mesmo diante das adversidades, estimulando os indivíduos a desenvolverem seus potenciais, além de enfrentar e superar as restrições advindas da doença. Mas, não se deve olvidar do contexto social nos quais os cuidados de enfermagem se inserem, bem como da ampla importância social desses cuidados, pois o “cuidar é um ato social que só atinge sua plenitude se tiver em conta um conjunto de dimensões sociais” (COLLIÉRE, 1999, p.324).

Nos serviços hospitalares, entretanto, devido ao modelo biomédico, o tratamento se sobressai ao cuidado, sendo este depreciado e com menor valor econômico, além do fato de ser prestado, em sua maioria, por mulheres que, em uma sociedade patriarcal, acabam auferindo menos que os homens (COLLIÉRE, 1999).

Mas, ao longo do desenvolvimento da enfermagem, os cuidados foram deixando de ser tecnicista e passando a ser centrados na pessoa e em seu ambiente, integrada no seu processo relacional e isso estabeleceu a necessidade do enfermeiro entender e conhecer esse ambiente, ampliando, assim, o campo de competência da enfermagem, que deixa de se basear no

cumprimento das determinações médicas e passa a dar a devida importância para os cuidados de continuidade da vida (COLLIÈRE, 1999).

Dentro do cuidado de enfermagem, há também o cuidado de enfermagem de reabilitação. A reabilitação tem como base conhecimentos e práticas que auxiliam as pessoas a potencializarem suas funcionalidades motoras, visando a independência e melhorando, assim, a autoestima. Desse modo, o enfermeiro de reabilitação executa seu trabalho de forma diferenciada, com fulcro nos problemas existentes e naqueles que poderão surgir no futuro, objetivando a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (PORTUGAL, 2019).

Dessa forma, a práxis desse profissional aperfeiçoa as funções residuais e diminui as repercussões das incapacidades instaladas, proporcionando a preservação das capacidades funcionais que permanecem e evitando complicações e incapacidades futuras, além de reintegrar a independência nas atividades do dia a dia. Para isso, o enfermeiro de reabilitação deve constantemente se atualizar e basear seus procedimentos e técnicas em evidências. Ademais, há um foco também na educação em saúde do usuário, que será o protagonista do seu cuidado, para melhorar sua qualidade de vida (PORTUGAL, 2019).

O art. 4.º, do Regulamento nº 392, de Portugal (2019), preconiza as competências específicas do enfermeiro de reabilitação:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Os enfermeiros de reabilitação atuam de forma holística, ou seja, consideram o sujeito como um todo, satisfazendo ao princípio da integralidade. Assim, a reabilitação auxilia a pessoa não só do ponto de vista físico, mas também no aspecto mental, espiritual, educacional, vocacional, ambiental, social e econômico; permitindo uma vida com mais dignidade, autoestima e independência (ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO, 2005). Além disso, esses profissionais trabalham não somente com o indivíduo, mas também com os familiares e prestadores de cuidados, ou seja, atuam no ambiente em que a pessoa está inserida, com cuidados que podem ser ministrados para todas as idades e nos mais diversos ambientes, como a residência do usuário e em todos os níveis de assistência (ASSOCIAÇÃO BELGA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, 2020).

Diferentemente do que acontece no modelo tradicional de enfermagem, o cuidado prestado pelo enfermeiro de reabilitação busca, de maneira proativa, atender às necessidades do usuário nos mais diferentes aspectos, para que ele possa viver de modo mais independente, mesmo que de uma forma distinta dos demais. Assim, a enfermagem de reabilitação suplanta o cuidado prestado pela enfermagem generalista, uma vez que instiga o sujeito a retomar sua autonomia e desenvolver suas capacidades, diante da nova realidade, a partir do autocuidado e autocontrole, aspirando um melhor bem viver (SCHOELLER *et al.*, 2020).

Para isso, o enfermeiro de reabilitação desenvolve estratégias de cuidado não só com usuário, mas também com a família dele e o meio em que ele vive, para que este volte a ter o reconhecimento social, desenvolvendo suas potencialidades para atuar na sociedade. Pode-se dizer, portanto, que a enfermagem de reabilitação também possui um papel político e social, já que estimula a capacidade do usuário, fazendo com que ele receba reconhecimento social, dignidade e respeito que merece para continuar sua vida (SCHOELLER *et al.*, 2020). Até porque, o processo de reabilitação envolve não só desenvolver novas habilidades, mas também superar adversidades, preconceitos e o estigma social frente à nova condição e o enfermeiro de reabilitação irá auxiliar nesse processo, impulsionando a independência do indivíduo por meio do autocuidado (ZUCHETTO *et al.*, 2020).

Com a enfermagem de reabilitação, portanto, o indivíduo deixa de ser um “objeto passivo de manipulação e extirpação do mal” e passa a ter autonomia nas tomadas de decisões e a trabalhar ativamente, juntamente com o enfermeiro e demais profissionais da saúde, no autocuidado, para aumentar sua independência e, corolariamente, sua qualidade de vida, até porque o protagonista do cuidado deve ser o indivíduo, sendo os profissionais da saúde auxiliares desse processo. Trata-se, dessa maneira, de uma relação ativa, com troca de experiências, conhecimentos e cultura (SCHOELLER *et al.*, 2020, p.5).

Ademais, com o aumento da expectativa de vida hodierno, cresce também a quantidade de pessoas que necessitam de cuidados; desse modo, o cuidado passa a ser fundamental para uma melhor qualidade de vida e o modelo biológico de saúde, com fulcro “na figura do médico que cura”, passa a ser questionado; sendo estimulado o trabalho interdisciplinar, que visa um cuidado integral. Isso acaba influenciando a atuação da enfermagem, profissão voltada para os cuidados da vida diária, diante das potencialidades do indivíduo, sem considerar a cura como uma realidade fundamental (SCHOELLER *et al.*, 2020, p.5).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso único, com triangulação dos dados: entrevista com o enfermeiro; observação da consulta de enfermagem do profissional entrevistado, observação arquitetônica do ambiente e análise de protocolos e documentos municipais que direcionam o atendimento do enfermeiro com relação às pessoas com TME.

O enfoque qualitativo analisa profundamente a essência das ações sociais, a partir do sentido conferido pelos seus agentes, dentro de um contexto histórico e cultural, sendo a forma mais adequada de interpretar esses dados, nos termos da presente pesquisa, pois permite esmiuçar o entendimento e intenção do sujeito, inserido em uma estrutura social. Até porque, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, na área da saúde, não se pode olvidar que se trata de um setor que também é formado por uma prática social, fundamentada em determinada cultura, que serve de base para esperar, sendo, portanto, essencial na recuperação do ser (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020).

A pesquisa qualitativa diz respeito a questões singulares, abordando realidades que não podem ser quantificadas, pois

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002, p. 21 e 22).

Além disso, a análise qualitativa vem sendo muito utilizada em artigos científicos que tratam das pessoas com deficiência, em contrapartida do que estabelece o modelo biomédico (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020).

5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo foi a APS do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, composta por 12 USF nos bairros: Barra da Lagoa, Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena (FLORIANÓPOLIS, 2021). A população ativa - pessoas diferentes atendidas no local nos últimos 2 anos – em todos os serviços nessas 12 unidades é de 380.656 e em consultas de enfermagem de 189.516 (FLORIANÓPOLIS, 2022a).

A APS é considerada porta de entrada preferencial do SUS, fazendo parte das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visa o cuidado integral e voltado para as necessidades da população, tendo como estratégia, para o crescimento da atenção básica, a Saúde da Família (BRASIL, 2017).

A atenção primária é de suma importância na saúde da população, pois avalia o indivíduo no seu território, inserido em seu contexto sociocultural, objetivando auxiliá-lo de modo holístico, na sua integralidade (BRASIL, 2017). Até porque, a proximidade com o território do usuário, no ambiente em que se encontra, facilita entender sua cultura e, assim, prestar um cuidado mais adequado para as suas necessidades. Além disso, uma atenção primária bem estruturada, com profissionais da saúde qualificados e em número satisfatório, contribui para a melhora da saúde da população adscrita (DAUMAS et al., 2020).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 16 enfermeiros lotados nas USF da APS do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, tendo como critério de inclusão estar em exercício no momento da pesquisa e exclusão estar afastado do trabalho por qualquer motivo durante o período de coleta dos dados. Como as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) são compostas por enfermeiros e a base é o atendimento da população próximo ao domicílio, os incluídos foram esses profissionais da ESF.

A estratégia de fortalecer a Atenção Básica no SUS se dá por meio da Equipe de Saúde da Família, que deve ser integrada por enfermeiro, de preferência especialista em saúde da família (BRASIL, 2017).

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada após ciência e concordância da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis (ANEXO B) e da aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob número CAAE 45216721.3.0000.0121 e parecer favorável nº 4.680.644 (ANEXO A).

Os dados foram coletados no período compreendido entre julho e dezembro de 2021. Foram selecionados 16 enfermeiros que atuam na APS do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, sendo escolhidos aqueles que já atuam na APS há mais de dois anos. Foi realizada entrevista presencial com o enfermeiro, gravada em áudio com autorização, com base em roteiro estruturado (APÊNDICE A); observação de consulta de enfermagem efetuada pelo

profissional entrevistado e observação arquitetônica do ambiente com base em checklist (APÊNDICE B); além de busca e análise de protocolos e documentos municipais que direcionassem o atendimento do enfermeiro com relação às pessoas com TME.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foi utilizado o proposto por Minayo (2002, p. 26), de acordo com o qual há um “ciclo da pesquisa”, que se inicia com um problema ou uma indagação e é finalizado com uma análise provisória, que pode originar novas questões. Para a pesquisadora, o labor é iniciado com a fase exploratória, na qual se estrutura o projeto de investigação. Logo após, vem o trabalho de campo, período que demanda entrevistas, observações, inventário de materiais documentais, bibliográficos, dentre outros pertinentes ao tema, sendo um período muito relevante para ratificar ou denegar a hipótese ou teoria inicial. Para finalizar, há o tratamento do material obtido em campo, com as etapas de: ordenar, classificar e analisar. A autora considera que o ciclo não se encerra, uma vez que a pesquisa produz conhecimentos e gera indagações que serão aprofundadas posteriormente.

Para Minayo (2012), para que haja uma análise fidedigna na pesquisa qualitativa é preciso uma estruturação na investigação, por meio da compreensão e interpretação. A compreensão deve considerar as particularidades do indivíduo, uma vez que sua subjetividade é influenciada pelo meio em que vive, pela cultura da comunidade em que está inserido. Ademais, para a autora supracitada toda “compreensão é parcial e inacabada”, tanto para o entrevistado, que tem um discernimento incompleto de sua própria vida e do mundo no qual se insere, como para os pesquisadores que possuem restrições naquilo que compreendem e interpretam. Já a interpretação é realizada após a compreensão e refere-se ao desenvolvimento das alternativas do que foi compreendido, como uma forma de apropriação do que foi compreendido (MINAYO, 2012, p.623).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido em consonância com a Resolução nº 466, de 2012, que estabelece normas para as pesquisas que envolvem seres humanos, objetivando garantir os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado; abrangendo referenciais da bioética, “como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros” (BRASIL, 2012, p.1).

Também acata o Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que estabelece orientações para procedimentos em pesquisas que tenham alguma etapa em ambiente virtual

(BRASIL, 2021). Além da Resolução nº 510, de 2016, que apresenta diretrizes para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que utilizam dados obtidos diretamente com os participantes (BRASIL, 2016).

Foi apresentado aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - APÊNDICE C e com o aceite e assinatura do termo, as entrevistas foram realizadas. No TCLE foi fornecido o contato da pesquisadora para que, a qualquer momento, o entrevistado sanasse dúvidas e/ou desistisse de participar do estudo; sendo informado também sobre a liberdade de participar ou não da pesquisa, sem qualquer ônus. Os participantes foram comunicados sobre os objetivos, benefícios e riscos da pesquisa e com o comprometimento dos pesquisadores com o máximo possível de benefícios e mínimo de danos e/ou riscos aos entrevistados.

Os dados obtidos foram tratados com segurança, visando preservar a confidencialidade e sigilo em todas as etapas do estudo. Na apresentação dos resultados, eles foram identificados pela letra “P” seguida por números sequenciais cardinais na ordem de participação.

6 RESULTADOS

Os resultados deste estudo são apresentados em forma de um manuscrito, em conformidade com a Instrução Normativa para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), de 2017, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

6.1 MANUSCRITO

PRÁXIS DO ENFERMEIRO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM TRAUMATISMO DA MEDULA ESPINAL

Deisimeri Francisca Alves

Soraia Dornelles Schoeller

Resumo

Introdução: O trauma da medula espinal acarreta alterações físicas, psicológicas e socioeconômicas, deixando as pessoas mais vulneráveis e suscetíveis a desenvolver agravamentos, por isso precisam de um acompanhamento frequente e a atenção primária à saúde é ideal para isso, por estar no território de moradia do indivíduo. **Objetivo:** Analisar a práxis do enfermeiro da atenção primária junto às pessoas com traumatismo da medula espinal. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com enfoque qualitativo do tipo estudo de caso, realizada na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis, no período de julho a dezembro de 2021, com 16 enfermeiros mediante entrevista presencial, observação da consulta de enfermagem efetuada pelo profissional entrevistado, observação arquitetônica do local e análise de documentos e protocolos municipais acerca da temática. **Resultados:** Dos profissionais entrevistados, 10 haviam atendido ou atendem pessoas com traumatismo da medula espinal, enquanto 6 nunca atenderam pessoas com essa condição. Foram identificadas três categorias de cuidado: cuidado reabilitador; cuidado fundamentado em preconceitos e cuidado com dificuldades. Verificou-se a falta de acessibilidade em todas as unidades de saúde de família, além da carência de documentos ou protocolos municipais que orientem o atendimento dessas pessoas. **Conclusão:** Inferiu-se que a maioria dos enfermeiros da atenção primária à saúde realizam um cuidado reabilitador, apesar de ainda haver um grande número que executam um cuidado fundamentado em preconceito. Todavia, um dos grandes problemas ainda é a falta de acessibilidade. Portanto, é preciso trabalhar a favor da inclusão.

Palavras-chave: Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Cuidados de Enfermagem; Traumatismos da Medula Espinal.

INTRODUÇÃO

O traumatismo da medula espinal (TME) é uma síndrome neurológica que provoca consequências fisiológicas, emocionais, sociais e econômicas ao indivíduo, com necessidade de uma reabilitação complexa, para atender às demandas de adaptação desse indivíduo, visando uma melhor qualidade de vida e reinserção social (CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021).

Estima-se que no Brasil a incidência dessa situação no Brasil seja de aproximadamente 6 a 8 mil novos casos por ano, sendo 80% das vítimas do sexo masculino e 60% delas entre as idades de 10 a 30 anos, a maior parte de origem traumática, decorrente especialmente de acidentes com motocicletas, automobilísticos, ferimentos por projétil de arma de fogo e quedas, sendo uma patologia com grande impacto socioeconômico para o país (BRASIL, 2015).

As pessoas que sofrem TME necessitam de uma reabilitação formada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, sendo o enfermeiro essencial nesse processo para reconhecer as demandas de cuidado e desenvolver diagnósticos de enfermagem, por meio do raciocínio clínico, que embasará as intervenções de cuidado que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas (CLARES; GUEDES; FREITAS, 2021). Além disso, a maioria dos profissionais que trabalham na área da saúde faz parte da equipe de enfermagem, trabalhadores essenciais para o tratamento integral, para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e para auxiliar na adaptação da reabilitação (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é a união de medidas que auxiliam as pessoas com deficiência (PcD) ou aquelas em iminência de apresentar deficiência a terem e preservarem uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente à sua volta. Além disso, a reabilitação pode ser entendida ainda como um processo educativo, assistencial e multiprofissional, que objetiva um esforço conjunto para o desenvolvimento das habilidades, prevenção do agravamento de incapacidades e do surgimento de complicações, incentivando a inclusão social, por meio da educação, de forma a modificar os pensamentos e ações dos indivíduos com relação à temática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012; SCHOELLER *et al.*, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS), uma das portas de entradas do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Estratégia Saúde da Família, com equipes multiprofissionais, serve como centro de comunicação dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é fundamental na reabilitação, na assistência e na continuidade do cuidado, pois é o nível de atenção à saúde mais próximo da população, uma vez que se encontra no território de moradia do usuário, (GIOVANELLA *et al.*, 2020; SCHOELLER *et al.*, 2021). É constituída pela Unidade Básica de Saúde (UBS), estabelecimento que não possui equipe de Saúde da Família, e Unidade de Saúde da Família (USF), local com pelo menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2020).

Todavia, muitas vezes, as pessoas com TME não têm o devido acompanhamento nesse nível de atenção e deixam para tratar algo que poderia ser acompanhado neste local, como, por exemplo, a lesão por pressão (LPP) em centros especializados, como o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR). Diante disso, a presente pesquisa teve o intuito de identificar como se dá a práxis do enfermeiro da atenção primária com relação a essas pessoas, além de analisar a acessibilidade nesses locais, para tentar identificar o porquê da situação supracitada, uma vez que o atendimento nas USF é mais próximo à residência do usuário e, portanto, presume-se, de maior facilidade de acesso, o que minimiza os agravamentos de saúde, favorece o prognóstico e minimiza os custos da assistência à saúde.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa em saúde permite que o pesquisador se aprofunde nos pensamentos e significações dos fenômenos, dando voz às pessoas e levando em consideração sua conjuntura e subjetividade ao analisar o objeto de pesquisa, de modo a integrar a pesquisa em saúde e as ciências sociais, mas sem olvidar da relevância do rigor científico (OLIVEIRA; BRASIL; HIGA, 2021).

Até porque, não obstante o progresso tecnológico e científico no setor da saúde, trata-se de uma área constituída também por uma prática social, estabelecida a partir da cultura do indivíduo e que será fundamental na recuperação da saúde dele. Além disso, trata-se ainda de uma modalidade de estudo muito utilizada em pesquisas com pessoas com deficiências, em contrapartida do que preconiza o modelo biomédico (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020).

Na coleta de dados, foi utilizada a proposta metodológica de Yin para o estudo de caso, que se deu a partir da seguinte triangulação: entrevista com o enfermeiro com base em roteiro estruturado; observação da consulta de enfermagem realizada pelo entrevistado, observação arquitetônica do ambiente, com base em checklist, e análise de protocolos e documentos municipais que orientem o atendimento do enfermeiro com relação às pessoas com TME (BRUNING; GODRI; TAKAHASHI, 2018).

Nas entrevistas foi abordado se há pessoas com essa condição no território; se elas são atendidas nas USF, se o profissional já as atendeu, como foi essa assistência, motivos que as levaram a buscar o local, principais problemas de saúde, facilidades e dificuldades, adesão ao

tratamento, complicações; se buscam algum tipo de material e fluxo para que os consigam; acessibilidade. A observação do atendimento teve como ponto central buscar compreender se o cuidado efetuado pelo enfermeiro condiz com sua fala, com relação ao acolhimento e à reabilitação. O checklist para a acessibilidade pautou-se na norma técnica vigente - NBR 9050:2020.

O local de estudo foi a APS do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, composto por 12 USF distribuídas nos seguintes bairros: Barra da Lagoa, Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande e Vargem Pequena (FLORIANÓPOLIS, 2021). Os participantes da pesquisa foram 16 enfermeiros lotados nas USF supramencionadas, tendo como critério de inclusão estar em exercício profissional no momento do estudo e como critério de exclusão estar afastado do serviço, em gozo de férias ou licença.

Após aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH), sob número CAAE 45216721.3.0000.0121 e parecer favorável nº 4.680.644 (ANEXO A), e autorização da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a coleta de dados foi efetuada entre os meses de julho a dezembro de 2021, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante para que dessem seu aceite na participação da presente pesquisa.

Para análise dos dados foi empregado a proposta de Minayo (2002), segundo o qual o estudo se inicia com a fase exploratória, com a elaboração do projeto de pesquisa; seguida pelo trabalho em campo, onde se implementa esse projeto, neste caso com entrevista, observação e estudo de documentos sobre a temática; finalizando com a análise e tratamento do material empírico e documental identificado. Para Minayo, isso gera um ciclo de pesquisa, que tem início com um problema ou questionamento e que finda numa análise provisória, que pode levar a novas indagações a serem respondidas posteriormente, levando a um ciclo contínuo (MINAYO, 2002).

RESULTADOS

Foram entrevistados 16 enfermeiros do Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, com o perfil descrito na tabela a seguir:

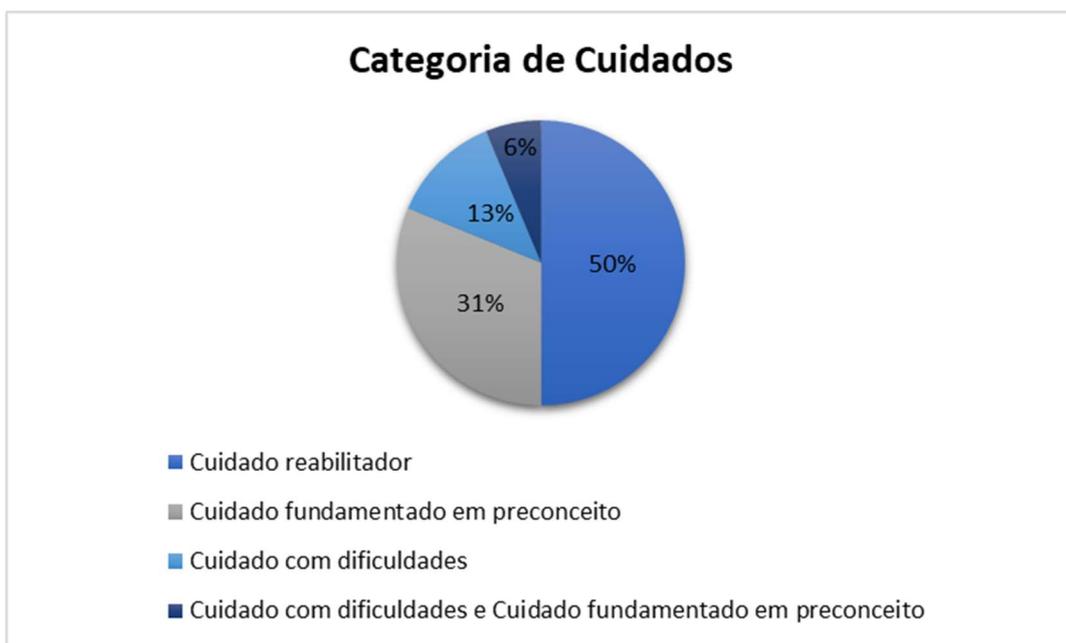
Tabela 1 - Perfil dos entrevistados

Sexo	Porcentagem %
Feminino	93,75
Masculino	6,25
Idade	Porcentagem %
20-29	12,5
30-39	50
40-49	37,5
Tempo de APS	Porcentagem %
1 a 5 anos	37,5
6 a 10 anos	25
11 a 15 anos	18,75
16 a 20 anos	18,75
Tempo de formação da graduação	Porcentagem %
1 a 5 anos	12,5
6 a 10 anos	37,5
11 a 15 anos	25
16 a 20 anos	12,5
21 a 25 anos	12,5
Possui pós-graduação <i>lato sensu</i>	Porcentagem %
16 enfermeiros	100
Possui pós-graduação <i>stricto sensu</i> - mestrado	Porcentagem %
3 enfermeiros	18,75
Possui pós-graduação <i>stricto sensu</i> - doutorado	Porcentagem %
1 enfermeiro	6,25
Possui capacitação voltada para reabilitação	Porcentagem %
Sim	25
Não	75

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

Dos entrevistados, 10 já haviam atendido ou atendem no momento usuários com TME, e 6 nunca atenderam pessoas com essa condição. Após análise das entrevistas e observação da consulta de enfermagem, para verificar se na prática o profissional agia como no discurso, exercendo ou não um cuidado reabilitador, emergiram três categorias, sendo que alguns profissionais se enquadraram em mais de uma categoria: Cuidado reabilitador; Cuidado fundamentado em preconceitos e Cuidado com dificuldades, por falta de conhecimento sobre o assunto, conforme gráfico a seguir:

Figura 3 - Gráfico representativo das categorias de cuidados



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

O cuidado reabilitador, percebido em 50% dos casos, auxilia o indivíduo a adquirir e manter a funcionalidade ideal em interação com o ambiente a sua volta, buscando desenvolver capacidades, com sua nova condição, prevenir agravamentos e complicações, para que a pessoa adquira uma melhor qualidade de vida (SCHOELLER *et al.*, 2021). Nesse sentido, tivemos frases dos participantes como:

O que é reabilitação para mim? Eu acho que é tu capacitar, tu dar meios para o paciente, para o autocuidado dele, para ele conseguir melhorar uma situação que ele está vivendo, melhorar até algum processo crônico que ele tem vivenciado, que ele possa conviver melhor com aquela doença, de alguma forma, com ferramentas que a gente mostra para ele que existem. Que ele olhe para aquele processo crônico, para aquela dor de uma outra forma né, tentando conviver da melhor forma possível com aquele processo [...]. Eu acho que é (...) olhar esse todo né, conseguir ressignificar um

pouco aquele processo [...] tentar amenizar o que já está instalado e tentar reverter tudo aquilo que é possível [...]; P. 16

[...] vem muito paciente com dor crônica, [...] por exemplo, do trapézio né, daí já não consegue mais elevar o braço e tal, aí vai orientando massagem, alongamentos e a postura com que tu trabalha, a postura que tu dorme, a posição que tu dorme, compressa, aurículo [...] [sobre cuidado reabilitador]; P. 14

[...] a intenção é sempre promover que a pessoa tenha maior autonomia, que ela tenha o máximo do domínio das funções que ela ainda tem [...] minhas orientações sempre estão voltadas a fazer com que a pessoa consiga utilizar de todas as funções do seu organismo através de reabilitação direta [...] retomar função ou de mecanismos que ajudem ela a fazer essas atividades de outra forma [...] [sobre cuidados gerais de reabilitação]; P. 3

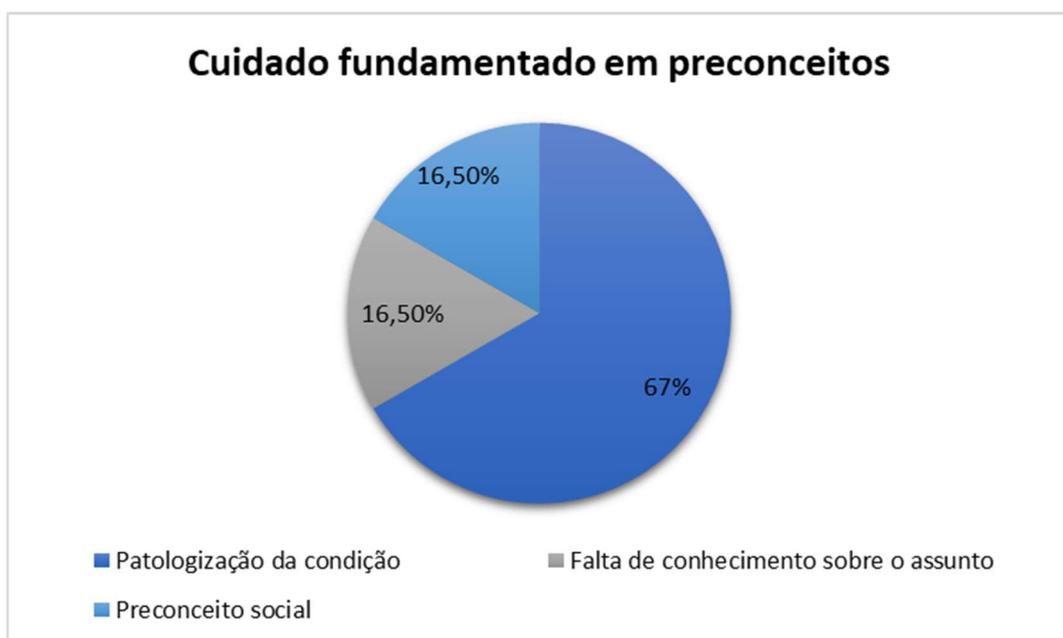
Já no cuidado com dificuldade, 13% das situações, percebeu-se muitas vezes o desconhecimento e falta de capacitação do profissional a respeito da temática, o que foi identificado, por exemplo, nas seguintes falas:

[...] apesar de ser tetraplégico, ele senta [...]; P. 2

Mas eu acho que, essa falta de conhecimento mesmo, é algo muito específico [...] não tem capacitação específica, se for pensar em lidar com esses pacientes assim, que usam cadeira de rodas, que tem essa paraplegia, tetraplegia. Eu não me sinto capacitada. P. 4

O cuidado fundamentado em preconceitos, 31% dos casos, subdividiu-se em: patologização da condição, preconceito social e falta de conhecimento sobre o assunto, conforme demonstrado no gráfico abaixo:

Figura 4 - Gráfico dos tipos de cuidado fundamentado em preconceitos



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

A situação do cuidado fundamentado em preconceitos pode ser identificada com relação ao preconceito social no trecho: "a percepção que a gente tinha é que ele era um inválido" - P. 9. Já no que se refere à falta de conhecimento sobre o assunto, isso ocorre quando o enfermeiro acredita que demanda muito tempo para realizar um atendimento com reabilitação, identificada na fala:

[...] acho que teríamos um papel muito importante na questão de reabilitação, [...] se a gente tivesse mais tempo para isso [...] a gente não conseguia fazer esse cuidado com os usuários [...] seja por falta de tempo, até por oportunidade também, a gente **não** tinha muita demanda lá na unidade que eu atendia [...], então eu não me vejo muito fazendo esse cuidado, assim, sabe. Tenho uma certa dificuldade com relação a isso [destacou-se]; P. 12

Além do fato de se contradizer no próprio discurso, pois diz que não realizava a reabilitação por falta de tempo e depois diz que não realizava porque a demanda era pequena, mas se a demanda é pequena pressupõe-se que haja mais tempo para os atendimentos individuais e, por corolário, para realizar um cuidado reabilitador.

A patologização da condição foi a área de maior destaque dentro do cuidado fundamentado em preconceitos, atingindo 67% das situações, circunstâncias nas quais os profissionais acreditam que a pessoa com TME, devido sua 'patologia', devem ser atendidas prioritariamente pelo médico da equipe, em falas como:

[...] as coisas deles são mais para a [médica] do que meu tá [...] pela patologia né [ocultou-se o nome da profissional]; P. 1

[...] eu não conheço, [...] a doutora [...] tem mais esse contato, ela conversa direto [...]; P. 13

[...] alguns pacientes são atendidos pelo médico só; P. 11

Em 6% dos casos houve uma mescla entre o cuidado com dificuldades e o cuidado fundamentado em preconceitos, devido à patologização da situação, quando o profissional afirmava que era a médica que fazia o acompanhamento do usuário e devido a frases como:

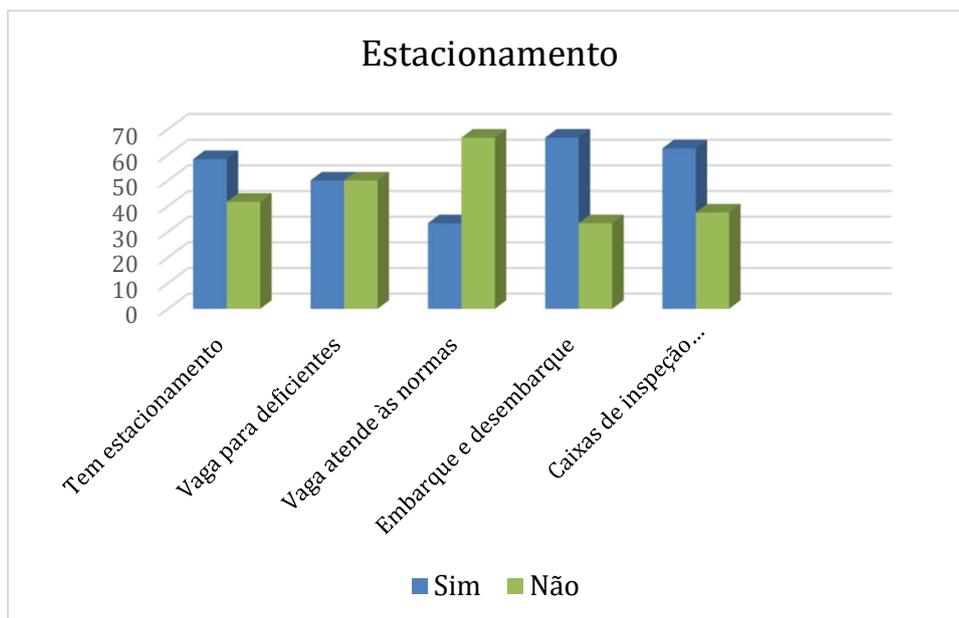
[...] um paciente levou um tiro e ficou com paralisia, mas não sei se ele é considerado lesão medular? [...] ele ia para a sonda e para a avaliação, quando abria essa ferida, assim. Ele era um paciente que ia quase toda semana. P. 10

Apesar da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis possuir uma comissão permanente para a Sistematização da Enfermagem, responsável por desenvolver protocolos que norteiam o atendimento dos enfermeiros na APS, não há nada referente ao atendimento de pessoas com essa condição (FLORIANÓPOLIS, 2022b). Também há o PACK, programa desenvolvido para melhoria dos sistemas de saúde, elaborado para auxiliar o labor dos

profissionais de saúde da atenção primária, que consiste numa estratégia de treinamento para esses profissionais, visando fortalecer os serviços de saúde e servindo como base para que se atinja melhores resultados para os usuários, todavia esse programa também não abarca as especificidades do atendimento a essas pessoas (BRASIL, 2022).

No que se refere à observação arquitetônica, foi utilizado um roteiro de observação (APÊNDICE B) elaborado com base na norma técnica ABNT NBR 9050:2020, que dispõe a respeito da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, para avaliar a acessibilidade nas USF (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020), sendo encontrada a seguinte situação:

Figura 5 - Gráfico da acessibilidade para estacionar¹



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

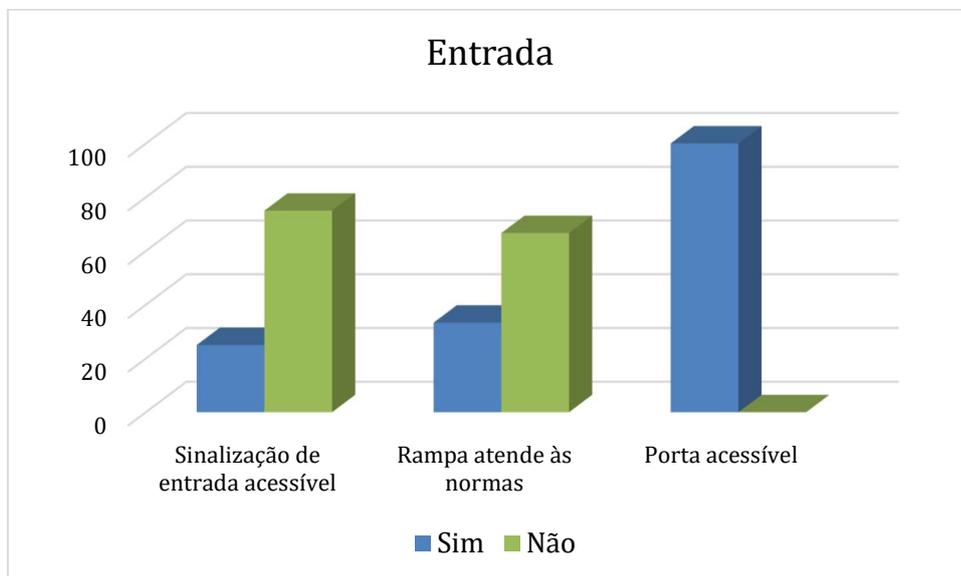
Com relação ao estacionamento foram encontrados os seguintes parâmetros: 58,33% dos estabelecimentos possuem estacionamento, destas 50% possuem vagas reservadas para deficientes e das que possuem estas vagas, apenas 33,33% estão em conformidade com o que estabelece a norma. Além disso, somente em 66,67% das unidades há local para embarque e desembarque.

¹ Números da figura referem-se a porcentagem.

O local de embarque e desembarque é essencial para uma pessoa com mobilidade reduzida, uma vez que lhe permite ficar mais próxima ao local de destino, todavia o estacionamento também é relevante, pois possibilita que o indivíduo com deficiência possa ir dirigindo sozinho e pare próximo ao local de destino, o que lhe proporciona maior independência.

Ademais, 37,50% das USF não possuem caixa de inspeção niveladas com o piso, o que pode dificultar o trânsito do cadeirante, por se tornar mais um obstáculo na via que ele precisará transpor.

Figura 6 - Gráfico das entradas e recepções



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

Com relação à entrada, 100% delas possuem portas acessíveis, mas em apenas 25% há sinalização informativa, indicativa e direcional da localização das entradas acessíveis e apenas 33,33% das rampas de acesso estão adequadas com a normativa.

A sinalização é interessante para informar a direção em que a pessoa deve seguir, mas não é imprescindível. Entretanto, a rampa adequada às normas é de suma importância, pois se ela existe é porque há escadas no local, o que dificulta o acesso, sendo a rampa a via que permitirá à pessoa em cadeira de rodas (P.C.R.) adentrar ao local.

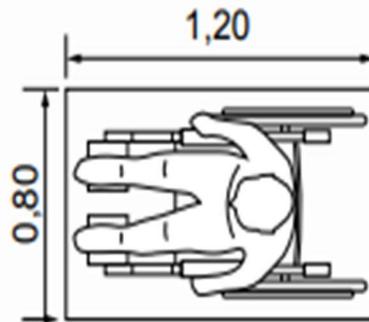
Já na recepção, 83,33% das mesas e/ou balcões de serviços estão adequados, permitindo à P.C.R. aproximar-se e ser atendida de modo apropriado, em vez de ter que chamar

a atenção, muitas vezes, quando o atendimento se dá em balcão mais alto, que impossibilita a visualização dela.

Em 91,67% dos estabelecimentos há um módulo de referência (M.R.) para cadeirantes na sala de espera. Se a pessoa vai a um serviço de saúde e precisa esperar, é relevante que haja um local satisfatório para que ela possa permanecer enquanto aguarda.

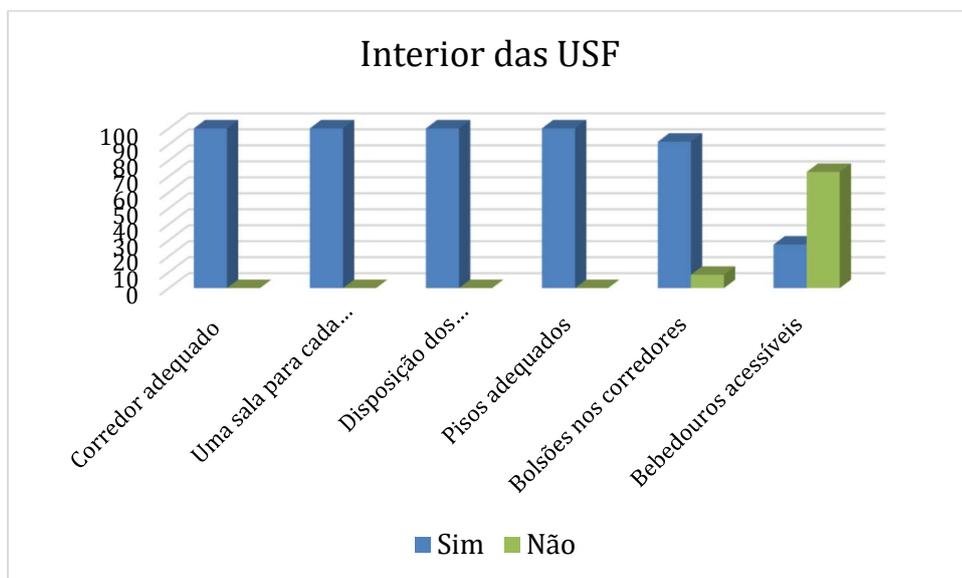
O módulo de referência, conforme normativa supracitada, refere-se à projeção de 0,80 m por 1,20 m no piso, ocupada por uma pessoa em cadeira de rodas motorizadas ou não, conforme figura abaixo:

Figura 7 - Módulo de referência



Fonte: (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020).

Figura 8 - Gráfico do interior das unidades de saúde

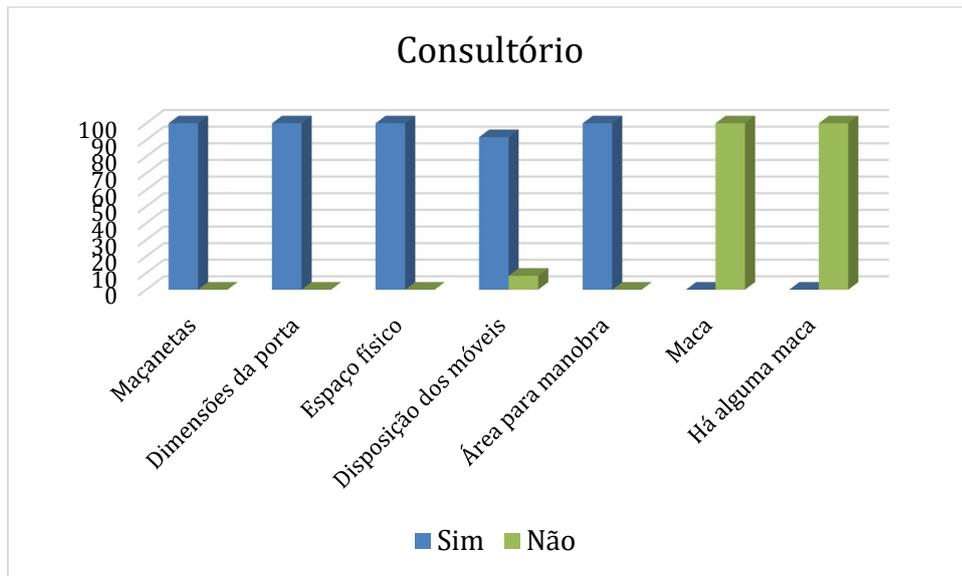


Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

Em 100% das USF pesquisadas existem: corredores com largura adequada para o trânsito de pessoas com cadeiras de rodas; ao menos uma das salas para cada tipo de serviço acessível; disposição dos móveis que possibilita a circulação de cadeirantes e pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante. No entanto, em 8,33% não há bolsões de retorno nos corredores com dimensões que permitam a manobra completa de uma cadeira de rodas, além de 72,73% deles não possuir bebedouros acessíveis.

Se não há bolsões de retorno nos corredores, com dimensões que permitam a manobra completa de uma cadeira de rodas, a P.C.R. teria que voltar de ré pelo corredor, o que seria mais complicado ainda no caso de uma pessoa com tetraplegia. Outro dado significativo foi a quantidade de bebedouros inacessíveis, o que faz com que o sujeito tenha que solicitar ajuda toda vez que quiser tomar um pouco de água.

Figura 9 - Gráfico dos consultórios



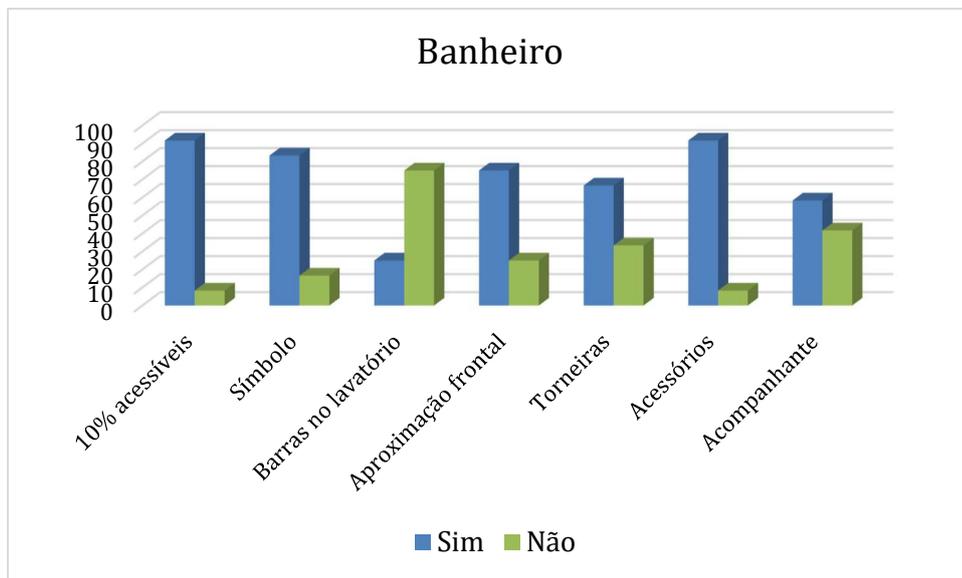
Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

No consultório onde ocorrem as consultas de enfermagem, conforme figura acima, em 100% deles existem: portas com possibilidade de serem abertas com um único movimento, com maçanetas do tipo alavanca; dimensões da porta adequadas e espaço físico que permitem a entrada de um cadeirante, além de área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento. Todavia, em 8,33% deles a disposição dos móveis no consultório dificulta a circulação da cadeira de rodas, além do fato de que em 100%, inclusive nas unidades construídas recentemente, não há maca acessível, no consultório ou em qualquer outro setor da unidade de

saúde. A maca acessível não faz parte da NBR 9050:2020, todavia a pesquisadora a incluiu por considerar um fator importante para a acessibilidade.

No que se refere aos consultórios de atendimento, apenas em um deles a disposição dos móveis impossibilitava a circulação de cadeirantes, isso até pode ser remanejado com a mudança da posição dos móveis, porém outro dado que merece destaque é o fato de nenhum dos locais pesquisados possuírem maca que possa ser baixada para pessoas impossibilitadas de subirem nela, seja no consultório do enfermeiro ou em qualquer outro local da unidade de saúde. A maca já é alta para uma pessoa sem limitações, tanto é que há escadas para auxiliar o usuário a subir, no caso de um cadeirante teriam que ter várias pessoas para auxiliar nesse intento.

Figura 10 - Gráfico dos banheiros



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

A norma técnica prevê que ao menos 10% dos banheiros das USF devem ser acessíveis, entretanto 8,33% dos locais não atendem a esse requisito e em 16,67% deles sequer há o símbolo internacional de indicação de sanitário acessível nas portas, para que o deficiente possa identificar o local facilmente (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020).

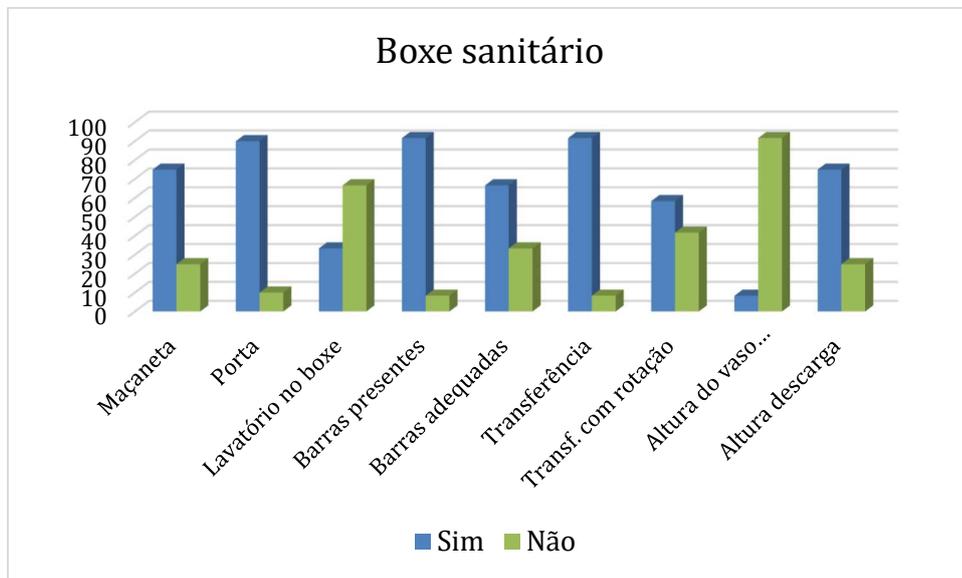
Além disso, apenas 25% dos banheiros possuem barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo, ou, no caso de lavatórios embutidos em bancadas, barras de apoio fixadas nas paredes laterais aos lavatórios das extremidades, itens importantes para essas pessoas, pois

proporcionam maior segurança e independência. Em 75% dos lavatórios há área de aproximação frontal para P.C.R. estender-se até o mínimo de 0,25 m sob ele, ou seja, em 25% dos locais os cadeirantes têm dificuldade em acessar a pia para lavar as mãos.

Em 66,67% desses sanitários, as torneiras dos lavatórios podem ser acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes, pois muitos indivíduos com essa condição não têm força ou não conseguem fazer o movimento para abrir uma torneira de rosquear, por exemplo. Já os acessórios para sanitários, tais como saboneteiras e toalheiros, têm sua área de utilização dentro de faixa de alcance confortável para um cadeirante em 91,67% das situações, nas demais a pessoa precisaria de auxílio para alcançar esses itens.

Ainda com relação aos banheiros acessíveis, 58,33% deles podem ser utilizados por uma P.C.R. com acompanhante de sexo diferente, nas demais circunstâncias seria necessário solicitar auxílio de um profissional do local ou de um estranho, o que pode gerar constrangimento.

Figura 11 - Gráfico dos boxes sanitários



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

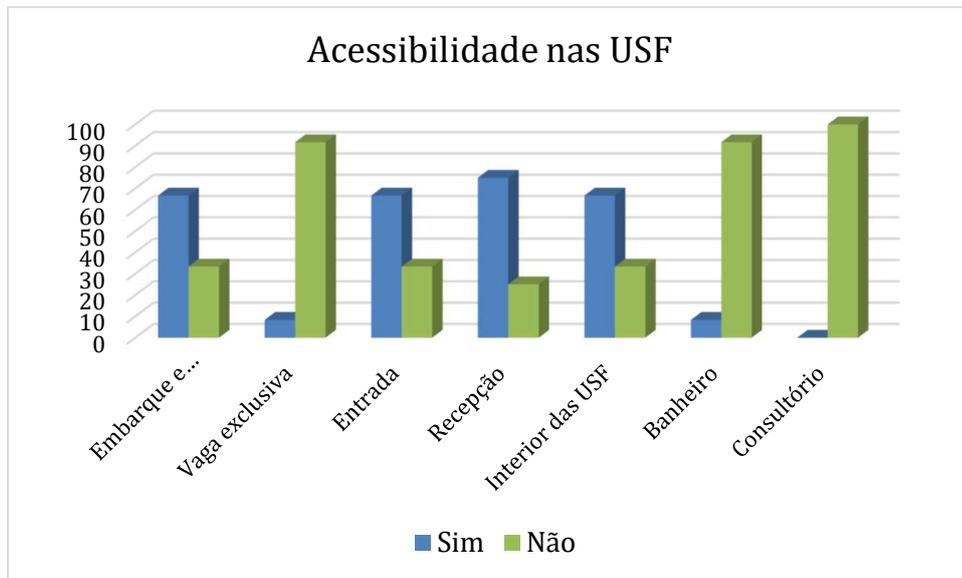
Nos boxes sanitários, 75% dispõem de maçanetas de fácil abertura (tipo alavanca), o que é interessante pelo mesmo motivo da torneira, uma vez que a maçaneta de girar ou outro modelo de parecida dificuldade de abertura restringe o acesso. Em 90% dos locais quando a

porta instalada é do tipo de eixo vertical, ela abre para o lado externo do boxe sanitário, fator importante para facilitar o acesso da cadeira de rodas.

Fato significativo é que apenas 33,33% desses sanitários acessíveis possuem lavatório no boxe, o que é um número baixo, uma vez que grande parte dessas pessoas fazem autocateterismo para esvaziar a bexiga e esse fato dificulta a higiene, podendo aumentar a incidência de infecções do trato urinário (ITU), uma das principais patologias que acometem essa população.

Com relação às barras de apoio, 91,67% dos banheiros para deficientes as apresentam junto ao vaso sanitário, contudo em apenas 66,67% dos casos elas estão em conformidade com a norma, sendo essenciais para proporcionar apoio e segurança para o usuário que precisar fazer a transferência para o vaso sanitário. Outro fator que dificulta essa transferência é que 91,67% dos sanitários possuem áreas de transferência ao lado das bacias sanitárias, mas somente 58,33% garantem as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180° para a cadeira de rodas, importante para abranger as diversidades de deficiência.

A altura das bacias sanitárias, já contando com as que possuem ajustes, estão adequadas em apenas 8,33%. A altura do assento do local para será realizada a transferência deve ser semelhante à do assento da cadeira de rodas, para evitar quedas ou traumatismos. Já a altura do acionamento da descarga encontra-se apropriada em 75% dos locais, o que equivale dizer que em 25% dos banheiros o indivíduo necessita de ajuda até mesmo para acionar a descarga.

Figura 12 - Gráfico da acessibilidade nas unidades de saúde

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho deste trabalho.

Em suma, quanto à acessibilidade, o cenário encontrado foi de que 66,67% das USF possuem local de embarque e desembarque, conforme supracitado, e apenas 8,33% possuem vaga reservada adequada para deficiente em estacionamento, fator que dificulta a chegada dessas pessoas até o local. Considerando as rampas e portas principais de acesso, 66,67% das entradas são acessíveis, assim como 75% das recepções, levando em conta a adequação das mesas e/ou balcões de atendimento ao público e garantia de um M.R. ao lado dos assentos fixos, em rotas acessíveis, para que possam aguardar o atendimento.

Já no interior dos estabelecimentos, 66,67% são adequados, tendo como principal problema a falta de um bebedouro que possibilite que o indivíduo cadeirante se aproxime e se sirva sozinho. Além disso, somente 8,33% dos banheiros atendem de forma integral à normativa, havendo muita inadequação à norma e principalmente a falta de um lavatório no boxe sanitário destinado a essas pessoas, fator fundamental para diminuir a incidência de ITU de repetição, uma vez que muitas dessas pessoas realizam o autocateterismo.

Outro fato notório é que 100% dos consultórios não são acessíveis, por possuírem macas altas, que não podem ser baixadas e por não existir sequer uma com tal função por unidade de saúde, o que dificulta, muitas vezes, atendimentos básicos, como, por exemplo, a realização de um exame preventivo de câncer de colo de útero em uma mulher cadeirante.

Portanto, o resultado encontrado é de que nenhuma das USF, do Distrito Norte de Florianópolis, encontra-se 100% acessível, o que mais se aproximou dessa possibilidade só não atingiu a integralidade por não possuir maca acessível no local, mas estava totalmente em conformidade com a norma técnica, considerando que a maca adequada não faz parte dela. Também não houve um estabelecimento 100% inacessível, mas tiveram três que estavam apropriados somente em um dos sete locais considerados (local de embarque e desembarque, vaga reservada, entrada, recepção, interior das USF, banheiro e consultório), sendo nestas três unidades: duas acessíveis somente o local de embarque e desembarque e em outra só a entrada.

DISCUSSÃO

O cuidado de enfermagem realizado pelos enfermeiros da APS contribui para que as pessoas desenvolvam seus potenciais para enfrentar e superar as restrições e adversidades provenientes da nova condição decorrente do processo saúde doença. A maioria desses profissionais (50%) executam um cuidado reabilitador cuja práxis tem uma intenção transformadora na vida daquele indivíduo, visando maior independência por meio da prevenção do agravamento de incapacidades e do surgimento de complicações, preservação e restauração da funcionalidade residual e incentivo à inclusão social, para que eles obtenham o reconhecimento desenvolvido por meio da interação social pelo amor, direito e solidariedade, conforme Teoria do Reconhecimento de Axel Honneth, apesar de existirem alguns profissionais que não têm consciência de que realizam um cuidado reabilitador (HONNETH, 2003). Todavia, um dos maiores entraves para esse atendimento e para a devida frequência das pessoas com TME na APS é a dificuldade com relação à acessibilidade.

A Lei Complementar Municipal nº. 597/2001, prevê no art. 2º que todos os estabelecimentos de acesso ao público devem garantir um local apropriado para estacionamento, além de embarque e desembarque das pessoas com deficiência, de acordo com as especificações legais existentes. O art. 4º da referida Lei também expõe que essas especificações devem ser levadas em consideração “para a concessão de alvará de funcionamento, e sua inobservância poderá ocasionar seu indeferimento” (FLORIANÓPOLIS, 2001).

Antes mesmo da aprovação da Constituição Federal (CF) vigente, em 1984 foi promulgada a Lei Municipal nº. 2.513, de Florianópolis, visando assegurar direitos das pessoas

com deficiência, posteriormente alterada em alguns artigos pela Lei nº. 9.164 de 2013. Essa lei tem o intuito de promover, proteger e garantir “o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as PcD e promover o respeito pela sua dignidade” na cidade de Florianópolis, conforme estabelece seu art. 1º. Além disso, o mesmo dispositivo legal prevê que essas pessoas devem ter suas necessidades especiais consideradas para o planejamento físico, de acordo com seu art. 3º, devendo os prédios públicos serem acessíveis a essas pessoas - art. 20 (FLORIANÓPOLIS, 1984).

O art. 20 B, § único, inc. IV, da Lei nº. 2.513/1984 também dispõe que os prédios públicos destinados ao uso coletivo, durante a construção, ampliação ou reforma devem garantir pelo menos um banheiro acessível para os indivíduos com deficiência ou mobilidade reduzida. E que hospitais e locais similares devem conferir acessibilidade para as PcD em todas as suas dependências - art. 22 (FLORIANÓPOLIS, 1984).

Atualmente, encontra-se em tramitação na Câmara dos deputados, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº. 33/2021, que teve origem no senado com a PEC nº 19/2014, que objetiva inserir o direito à acessibilidade e à mobilidade entre os direitos individuais e coletivos do art. 5º da Carta Magna Federal (BRASIL, 2021).

Irrefutável a importância da inclusão dos direitos à acessibilidade e à mobilidade dentre as cláusulas pétreas, todavia um dos maiores problemas que encontramos é a falta de aplicabilidade da legislação vigente. Conforme supracitado, há legislação municipal na cidade de Florianópolis desde 1984 estabelecendo acessibilidades que até hoje não foram implantadas, sem contar as legislações estaduais e federais que tratam do mesmo tema.

A NBR 9050:2020, que trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, estabelece como deveriam ser os espaços acessíveis, todavia também não é seguida em itens básicos, como por exemplo, a presença de um lavatório no boxe sanitário destinado a PcD (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2020). Além disso, essa norma técnica ainda carece de adequações, como o fato de não abranger maca acessível nos serviços de saúde pública, item considerado essencial pela pesquisadora para o devido atendimento desses usuários e por isso acrescentado na observação para consideração da acessibilidade.

Como esperar que uma pessoa com TME se dirija até a APS para realizar um curativo de LPP, por exemplo, se não tem uma maca adequada para o atendimento dele? Terão os

profissionais de saúde desses locais que reunir as pessoas presentes para auxiliar esse indivíduo a subir na maca? E quando não houver ninguém no local que possa auxiliar, terão que reagendar o atendimento? Como realizar um cuidado reabilitador com nessas condições? Essa pessoa precisará de auxílio toda vez que necessitar saciar sua sede ou ir ao banheiro?

A acessibilidade é de suma importância para aumentar a autoestima e favorecer a independência e liberdade da pessoa com deficiência. Até quando elas terão seus direitos suprimidos pela inobservância e inaplicabilidade da legislação vigente? A legislação de um país visa garantir segurança jurídica aos seus cidadãos, especialmente no que se refere a direitos fundamentais, como a saúde, mas para que haja efetividade desses direitos as normas precisam ser seguidas e, com relação à acessibilidade, o Brasil ainda se encontra longe desse intento.

Em um estudo recente, realizado por pesquisadores brasileiros com pessoas com essa condição, muitos participantes referiram que não houve mudanças significativas na rotina deles devido à pandemia advinda do novo coronavírus (SARS-CoV-2), isso porque já vivenciavam o isolamento social, sendo impedidos de participar da sociedade devidos aos desafios da acessibilidade existentes no Brasil (FALEIROS *et al.*, 2021).

A inclusão se propõe a engendrar condições para que as PcD possam relacionar-se naturalmente, participar do meio social em que vivem, com meios de se deslocarem e adentrarem em qualquer edificação, seja pública ou privada, avançando rumo à igualdade de direitos de integrar e participar de todos os ambientes sociais, sem ter que experienciar qualquer tipo de discriminação ou preconceito e a acessibilidade, em suas diferentes formas, promove essa inclusão, seja ela atitudinal, arquitetônica, nos transportes, nas comunicações, digital, dentre outras (CANTORANI *et al.*, 2020).

No entanto, com a presente pesquisa, percebemos que essa inclusão ainda está longe de ser alcançada, pois se a PcD não consegue acessibilidade adequada no serviço de saúde, o que dirá nos demais locais? Outro fato notado neste estudo é que os enfermeiros da APS, em sua maioria, realizam um cuidado voltado para a reabilitação, com a intenção de promover a recuperação funcional, o autocuidado e melhorar a qualidade de vida do usuário, fator importante, pois como se trata do primeiro nível de atenção, encontrando-se no território do usuário, pode sanar as necessidades básicas e mais frequentes de cuidado, sendo uma base importante de apoio à pessoa com TME e evitando agravamentos, mas para isso é preciso que essas pessoas consigam acessar o serviço (SCHOELLER, 2021).

Apesar da grande maioria (50%) dos enfermeiros exercer um cuidado integral e habitador, é preciso ressaltar houve um grande contingente de profissionais (31 %) - segunda maior categoria encontrada - que ainda exercem um cuidado fundamentado em preconceito, seja ele social (16,50%), por falta de conhecimento do assunto (16,50%) ou, em sua maioria, pela patologização da condição (67%).

A patologização da condição pode ser considerada uma consequência da cultura centrada no modelo biomédico, pois de acordo com esse modelo a deficiência é considerada um problema de saúde/doença que a pessoa possui, sendo a falha de um sistema ou função corporal que se encontra anormal e patológica e, corolariamente, deve ser tratada por um médico, pensamento presente na fala de muitos enfermeiros entrevistados (SCHOELLER, 2021).

O modelo biomédico preponderou por muito tempo no âmbito da saúde, com intenção de descobrir a doença que acometia a pessoa e muitas vezes esta era caracterizada pela própria doença, com um tratamento hospitalocêntrico e com foco na medicalização (RIBEIRO *et al.*, 2019). No entanto, ao longo dos anos, houve uma modificação no cuidado de enfermagem, que passou a considerar a pessoa de modo holístico, proporcionando um cuidado científico integral, colaborativo e participativo, que respeita e pondera o contexto socioeconômico e cultural no qual a pessoa está inserida, mas como pôde ser percebido, ainda há muitos profissionais que seguem o modelo supramencionado.

CONCLUSÃO

O estudo verificou que a maioria dos enfermeiros da APS realizam um cuidado reflexivo reabilitador, visando a integralidade do usuário com TME, buscando a melhoria da funcionalidade individual, para promover a independência, reinserção social e melhoria da qualidade de vida. Contudo, um grande óbice para isso ainda é a falta de acessibilidade das USF, apesar de toda a legislação existente a respeito da temática. Assim, percebe-se que ainda é preciso trabalhar a favor da inclusão da PcD na sociedade.

Além disso, também é preciso lutar para vencer o preconceito, uma vez que grande parte dos profissionais de saúde participantes da pesquisa ainda são adeptos do modelo biomédico, considerando a deficiência como patologia que deve ter o tratamento realizado pelo

médico, em vez de um cuidado holístico realizado pela enfermagem de reabilitação, que vai ao encontro do que preconiza o Princípio da Integralidade do SUS.

Os limites do estudo foram que este se concentrou somente no Distrito Sanitário Norte de Florianópolis, não incluindo o Distrito Sanitário Centro, Continente e Sul.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 4. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. 147 p. Disponível em: https://www.cairn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Proposta de Emenda à Constituição nº 19, de 2014**. Altera o art. 5º da Constituição Federal para prever o direito fundamental à acessibilidade e à mobilidade. 2021. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pec-19-2014-sf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Programa PACK Brasil Adulto- Ferramentas para profissionais de saúde**. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/06/27/programa-pack-brasil-adulto-ferramentas-para-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf. Acesso em: 19 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 397, de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 16 mar. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRUNING, Camila; GODRI, Luciana; TAKAHASHI, Adriana Roseli Wünsch. Triangulação em estudos de caso: incidência, apropriações e mal-entendidos em pesquisas da área de administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 277-307, 19 fev. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5335/533557910004/533557910004.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

CANTORANI, José Roberto Herrera *et al.* A acessibilidade e a inclusão em uma Instituição Federal de Ensino Superior a partir da lei n. 13.409. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-26, 30 mar. 2020. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782020000100214. Acesso em: 05 jan. 2022.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FREITAS, Maria Célia de. Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 55, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/PRy5PhP8c9Gnxrv9yBDnKNq/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

FALEIROS, Fabiana *et al.* What Will the Post-Pandemic World Be Like?: a qualitative study on the perceptions of brazilians with spinal cord injury. **Middle East J Rehabil Health Stud. In Press**, Irã, p. 1-6, 22 nov. 2021. Trimestral. Disponível em: <https://brief.land/mejrh/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Lei nº 2153, de outubro de 1984**. Assegura direitos às pessoas com deficiência e dá outras providências. Florianópolis, SC, 24 out. 1984. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/1984/215/2153/lei-ordinaria-n-2153-1984-assegura-direitos-as-pessoas-deficientes-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Lei nº 597, de setembro de 2001**. Determina a obrigatoriedade do uso do símbolo internacional de acesso à pessoa portadora de deficiências, e dá outras providências. Florianópolis, SC, 11 set. 2001. Disponível em: https://www.conede.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=69:lei-complementar-municipal-no-5972001fln-&catid=1:municipais&Itemid=3. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Centros de saúde**. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 19 dez. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. (org.). **Protocolos de enfermagem**. 2022b. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=12&submenuid=1478>. Acesso em: 04 jan. 2022.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-20, 01 out. 2020. Trimestral. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286/2009>. Acesso em: 19 dez. 2021.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. As abordagens qualitativas na Revista Ciência & Saúde Coletiva (1996-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 12, p. 4703-4714, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.18142020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n12/4703-4714/pt/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de; BRASIL, Christina César Praça; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplas possibilidades e olhares. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 384-384, 12 fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n2/384-385/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2012. 334 p. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011 sob o título World Report on Disability. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* O enfermeiro e a implementação do cuidado a família do cliente com Câncer. **Revista Pró-Universus**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 86-92, 28 jun. 2019. Universidade Severino Sombra. <http://dx.doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1658>. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1658>. Acesso em: 18 dez. 2021.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* **Enfermagem de reabilitação**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2021. 240 p.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC

Com a revisão de literatura realizada, foi possível encontrar 11 artigos a respeito da temática nos quais se destacou a relevância do enfermeiro (54,54%) no cuidado da pessoa que sofre um TME, contudo também se evidenciou que os cuidados administrados na APS pelos profissionais de saúde são inadequados e/ou insuficientes (63,63%), existindo a necessidade de qualificação (27,27%) desses profissionais, além da falta de acessibilidade (18,18%) seja arquitetônica e/ou atitudinal.

Já na presente pesquisa o resultado encontrado foi diferente, uma vez que se percebeu que a maioria dos enfermeiros entrevistados efetuam um cuidado reabilitador (50%) com essas pessoas, buscando a inclusão e melhoria de vida delas. Entretanto, ainda há uma grande parcela de profissionais que efetuam um cuidado fundamentado em diversas formas de preconceito (31%).

Mas, o grande realce se deu na falta de acessibilidade desses locais, uma vez que nenhuma das USF pesquisadas encontrava-se totalmente adequada para receber essas pessoas, apesar de que uma delas estava completamente de acordo com a NBR 9050:2020, mas a pesquisadora acrescentou a necessidade de uma maca que possa ser baixada para que o sujeito com TME possa se transferir com maior facilidade.

A falta de acessibilidade, portanto, ainda é um grande problema na cidade de Florianópolis - e no país como um todo - com presença de muitas ruas estreitas, postes no meio das calçadas impedindo a passagem, semáforos com tempo inadequado para a passagem de PcD, falta de banheiros acessíveis, dentre inúmeros outros obstáculos que essas pessoas precisam enfrentar todos os dias, o que faz com que muitas fiquem reclusas em suas residências.

Como esperar a inclusão dessas pessoas se nem os serviços de saúde encontram-se adequados para recebê-las? Até quando essas pessoas precisarão de auxílio para ir ao banheiro ou até mesmo beber água porque o local não está em adequação com a Norma vigente? E como o fato de sequer haver uma maca acessível dificulta o atendimento dos enfermeiros? O que se percebe muitas vezes é uma acessibilidade velada, uma vez que se propaga que há acessibilidade, como nos casos dos banheiros, por exemplo, presentes em quase todas as USF como sendo acessíveis, mas que se encontram inadequados na maioria dos casos (91,67%).

Há uma gama de legislação a respeito do tema, visando proteger e garantir a acessibilidade, porém ainda não há a eficácia de muitas dessas normas, uma vez que não são aplicadas à prática como deveriam, restando como letra morta no papel.

Muito se fala do impacto socioeconômico que essas pessoas geram ao erário, uma vez que são em maioria homens jovens em idade produtiva, que passam muitas vezes a depender da previdência, além dos gastos de saúde. Então, porque não fornecer meios para que eles também possam contribuir para a sociedade, para que possam sair de suas casas e ir para qualquer local sem se preocupar com coisas básicas, como um bebedouro ou banheiro adequado, por exemplo.

Percebe-se que os princípios do SUS da integralidade, equidade e universalidade não estão sendo atendidos, uma vez que as PcD não conseguem acessar a APS devido às barreiras arquitetônicas, resultando nos agravamentos de condições que poderiam ser evitados se tratado precocemente.

Sugere-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis se atente para esse problema, de modo a adequar os estabelecimentos com a norma vigente e garantir o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, de maneira que seja garantido um cuidado humanizado em conformidade com os Princípios que regem o SUS. Além disso, também seria interessante atentar para a capacitação dos profissionais de saúde da APS com cursos específicos voltados para reabilitação e protocolos direcionados, pois isso iria minimizar preconceitos e melhorar significativamente a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 4 ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. 147 p. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 21 dez. 2021.
- AGRAWAL, Shree; AGRAWAL, Ravi R.; WOOD, Hadley M. Establishing a multidisciplinary approach to the management of neurologic disease affecting the urinary tract. **Urologic Clinics**, v. 44, n. 3, p. 377-389, 2017. Disponível em: [https://www.urologic.theclinics.com/article/S0094-0143\(17\)30023-X/fulltext](https://www.urologic.theclinics.com/article/S0094-0143(17)30023-X/fulltext). Acesso em: 30 dez. 2021.
- AIKMAN, Kirsten. Sexual health in men with traumatic spinal cord injuries: a review and recommendations for primary health-care providers. **American journal of men's health**, v. 12, n. 6, p. 2044-2054, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1557988318790883>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- ALBUQUERQUE, Geyslane Pereira Melo de *et al.* Scientific production of patient nursing care spinal cord injury: a bibliometric analysis / Produção científica dos cuidados de enfermagem ao paciente com traumatismo da medula espinhal. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S. l.], v. 13, p. 568-574, 1 maio 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9322>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1179477?src=similardocs>. Acesso em: 18 maio 2021.
- ASSOCIAÇÃO BELGA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. (Bélgica). **BVRV**. 2020. Disponível em: <http://www.bvrv.be/>. Acesso em: 30 dez. 2021.
- ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. (Estados Unidos). **Enfermeiros de reabilitação**. 2005. Disponível em: <http://www.oarn.ca/about.php>. Acesso em: 16 dez. 2021.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
- BLOEMEN-VRENCKEN, J. H. A. *et al.* Transmural care in the rehabilitation sector: implementation experiences with a transmural care model for people with spinal cord injury. **International journal of integrated care**, v. 5, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395505/>. Acesso em: 14 out. 2021.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199 p.
- BOTTOMORE, Tom (ed.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. Disponível em: <https://intelectuaisculturaepolitica.files.wordpress.com/2016/02/dicionc3a1rio-pensamento-marxista1.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Proposta de Emenda à Constituição nº 19, de 2014**. Altera o art. 5º da Constituição Federal para prever o direito fundamental à acessibilidade e à mobilidade. 2021. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pec-19-2014-sf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Programa PACK Brasil Adulto- Ferramentas para profissionais de saúde**. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/06/27/programa-pack-brasil-adulto-ferramentas-para-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Ofício Circular nº 2, de 24 de fevereiro de 2021**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Portaria nº 397, de 2020**. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 16 mar. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. **Resolução COFEN nº 568, de 2018**. Brasília, DF, 09 fev. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF, 24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRUNING, Camila; GODRI, Luciana; TAKAHASHI, Adriana Roseli Wünsch. Triangulação em estudos de caso: incidência, apropriações e mal-entendidos em pesquisas da área de

administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 277-307, 19 fev. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5335/533557910004/533557910004.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

BURKHART, Lisa *et al.* Developing a decision support tool to prevent community-acquired pressure injuries in spinal cord injury in ambulatory care: A nurse-led protocol for mix methods research. **Nursing Outlook**, v. 69, n. 2, p. 127-135, 2021. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655421000063?casa_token=MZJRf4L8EncAAAAA:ZPLRLcKPLmhrPGARXjaslPO2Zdd_ZR0pnpofbjRh73zWiVC7SYsSXpFYGGMtHWQXnkScNs-b1Pk. Acesso em: 19 nov. 2021.

CANTORANI, José Roberto Herrera *et al.* A acessibilidade e a inclusão em uma Instituição Federal de Ensino Superior a partir da lei n. 13.409. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-26, 30 mar. 2020. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782020000100214. Acesso em: 05 jan. 2022.

CARPENITO, Lynda Juall. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 15. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 1156 p.

CAMPOS, Maria do Socorro de Vasconcelos; RACHED, Roberto del Valhe Abi. O papel da enfermagem na reabilitação física. **International Journal Of Health Management Review**, S.L., v. 3, n. 1, 28 maio 2017. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/viewFile/116/57>. Acesso em: 12 nov. 2020.

CANTORANI, José Roberto Herrera *et al.* A acessibilidade e a inclusão em uma Instituição Federal de Ensino Superior a partir da lei n. 13.409. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-26, 30 mar. 2020. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782020000100214. Acesso em: 05 jan. 2022.

CLARES, Jorge Wilker Bezerra; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FREITAS, Maria Célia de. Construção de diagnósticos de enfermagem para pessoas com lesão medular em reabilitação. **Rev Esc Enferm USP**, [S. l.], v. 55, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/PRy5PhP8c9Gnxrv9yBDnKNq/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, Regis Clemente da. A práxis marxista e o intelectual orgânico em Gramsci: a emancipação humana como horizonte. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, [S. l.], v. 11, n. 3, p. 235-247, 21 abr. 2020. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/gmed.v11i3.33635>. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/33635>. Acesso em: 29 abr. 2021.

COURA, Alexsandro Silva *et al.* Capacidade de autocuidado e sua associação com os fatores sociodemográficos de pessoas com lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1150-1157, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/wMnzjwYMJ9jRc58bT3nDXKL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

CRIVELARO, Patrícia Maria da Silva *et al.* Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. **Braz. J. of Develop.** Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49310-49321, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13629/11418>. Acesso em: 31 jan. 2022.

DAUMAS, Regina Paiva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 6, p. 1-2, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/>. Acesso em: 16 maio 2021.

DE FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier *et al.* O des-cuidar do lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 236-243, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267028449006.pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

FALEIROS, Fabiana *et al.* What Will the Post-Pandemic World Be Like?: a qualitative study on the perceptions of brazilians with spinal cord injury. **Middle East J Rehabil Health Stud. In Press**, Irã, p. 1-6, 22 nov. 2021. Trimestral. Disponível em: <https://brief.land/mejrh/>. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Lei nº 2153, de outubro de 1984**. Assegura direitos às pessoas com deficiência e dá outras providências. Florianópolis, SC, 24 out. 1984. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-ordinaria/1984/215/2153/lei-ordinaria-n-2153-1984-assegura-direitos-as-pessoas-deficientes-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS (Município). **Lei nº 597, de setembro de 2001**. Determina a obrigatoriedade do uso do símbolo internacional de acesso à pessoa portadora de deficiências, e dá outras providências. Florianópolis, SC, 11 set. 2001. Disponível em: https://www.conede.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=69:lei-complementar-municipal-no-5972001fln-&catid=1:municipais&Itemid=3. Acesso em: 04 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Centros de saúde**. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>. Acesso em: 19 dez. 2021.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **População ativa**: pessoas diferentes atendidas na aps nos últimos 2 anos. Pessoas diferentes atendidas na APS nos últimos 2 anos. 2022a. Disponível em: https://datastudio.google.com/u/0/reporting/2b3acb44-2ce4-4181-addf-2524006e0a6f/page/p_khcnk9b1oc. Acesso em: 18 jan. 2022.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. (org.). **Protocolos de enfermagem**. 2022b. Disponível em:

<https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=12&submenuid=1478>. Acesso em: 04 jan. 2022.

GARCIA, Marta. Centro Nacional de Informações de Reabilitação - NARIC. **Enfermeiros de reabilitação: quem são e o que fazem?** 2019. Disponível em:

<https://naric.com/?q=es/FAQ/enfermeras-de-rehabilitaci%C3%B3n-%C2%BFqui%C3%A9nes-son-y-qu%C3%A9-hacen>. Acesso em: 17 dez. 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-20, 01 out. 2020.

Trimestral. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286/2009>. Acesso em: 19 dez. 2021.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. As abordagens qualitativas na Revista *Ciência & Saúde Coletiva* (1996-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 12, p. 4703-4714, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.18142020>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n12/4703-4714/pt/>. Acesso em: 16 maio 2021.

GONZÁLEZ ECHEVERRÍA, Luís; PRICE, Yocelyn; MUÑOZ, Luz Angélica. Vivencia de discapacidad por traumatismo de la medula espinal y el proceso de rehabilitación. **Ciencia y enfermería**, v. 17, n. 1, p. 81-94, 2011. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000100009&script=sci_arttext.

Acesso em: 19 dez. 2021.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. São Paulo: Editora 34, 2003. 296 p.

IVO, Ana Mônica Serakides; MALTA, Deborah Carvalho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Modos de pensar dos profissionais do Programa Academia da Saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas ações de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 29, n. 1, e290110, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290110>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n1/e290110/>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 23 out. 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, Ellen Synthia Fernandes de; BRASIL, Christina César Praça; HIGA, Elza de Fátima Ribeiro. Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplas possibilidades e olhares. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 384-384, 12 fev. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n2/384-385/>. Acesso em: 19 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2012. 334 p. Tradução Lexicus Serviços

Linguísticos. Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2011 sob o título World Report on Disability. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

PILUSA, Sonti; MYEZWA, Hellen; POTTERTON, Joanne. Prevention strategies for secondary health conditions in people with spinal cord injury: a scoping review protocol. **JBIEvidence synthesis**, v. 18, n. 3, p. 626-632, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2020/03000/prevention_strategies_for_secondary_health.17.aspx. Acesso em: 20 set. 2021.

PORTUGAL. **Regulamento nº 392, de 2019**. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Portugal, 2019. p. 13565-13568. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/122216893/details/normal?l=1>. Acesso em: 16 dez. 2020.

PORTUGAL. **Regulamento nº 125, de 18 de fevereiro de 2011**. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Portugal, 2011. Disponível em: <https://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20do%20enfermeiro%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2020.

RAMOS, Adriana Roese *et al.* COVID-19: repercussões para enfermagem, estruturação e resolutividade de sistemas nacionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, [S. l.], v. 42(esp):e20200332, 29 abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200332>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2179/version/2312>. Acesso em: 16 maio 2021.

REZAEI, Mojtaba *et al.* Home-based rehabilitation programs: Promising field to maximize function of patients with traumatic spinal cord injury. **Asian journal of neurosurgery**, v. 14, n. 3, p. 634, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6703054/>. Acesso em: 14 out. 2021.

RIBEIRO, Wanderson Alves *et al.* O enfermeiro e a implementação do cuidado a família do cliente com Câncer. **Revista Pró-Universus**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 86-92, 28 jun. 2019. Universidade Severino Sombra. <http://dx.doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1658>. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1658>. Acesso em: 18 maio 2021.

RINA PIJPKER, R. N.; JILL WILKINSON, R. N. Experiences of district nurses working with people with spinal cord injury in the community: A descriptive account. **Nursing Praxis in New Zealand**, v. 35, n. 2, p. 30-40, 2019. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/d26ad1bdac068095051027a56a2dc337/1?cbl=646371&pq-origsite=gscholar>. Acesso em: 14 out. 2021.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 5, n. 2, p. 1-7, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2021.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* **Enfermagem de reabilitação**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2021. 240 p.

THOLL, Adriana Dutra *et al.* Strengths and limits in the daily life of the adherence to rehabilitation of people with spinal cord injury and their families. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 1-16, jan. Disponível em: 2020. <https://www.scielo.br/j/tce/a/w7GTVrVPprX7dKxnwB78QGM/abstract/?lang=en>. Acesso em: 08 nov. 2021.

VASCONCELOS, A. S. *et al.* Self care in neurogenic intestine in subjects with spinal cord injury: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 998-1010, 2013. Disponível em: 2020. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7887/1/2013_art_fssousa4.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

ZUCHETTO, Milena Amorim. **Cuidado de enfermagem de reabilitação como processo emancipatório**. 2019. 202 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215072/PNFR1136-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 18 maio 2021.

ZUCHETTO, Milena Amorim *et al.* O cuidado de enfermagem de reabilitação à luz do princípio da esperança: aplicando conhecimentos da neuromarketing. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 47033-47046, jul. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/deisi/Downloads/document.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

ZUCHETTO, Milena Amorim *et al.* Reflecting rehabilitation nursing care: theory of recognition crossed by the principle of hope. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 42, e20200093, p. 1-7, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200093>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472021000100701&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 18 maio 2021.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Pesquisa: Reabilitação na APS: práxis do enfermeiro.

Autoras: Dr^a. Soraia Dornelles Schoeller, Indiana Acordi e Deisimeri Alves

- 1) Nome completo:
- 2) Idade:
- 3) Tempo de APS:
- 4) Possui alguma especialização? Qual? Há quanto tempo?
- 5) Tempo de formação. Possui alguma capacitação voltada à reabilitação?
- 6) O que é reabilitação para você?
- 7) O que é cuidado reabilitador para você?
- 8) É possível realizar cuidado reabilitador na APS? Como?
- 9) Você se percebe como enfermeiro reabilitador no seu cotidiano de trabalho?
- 10) Quais ações da sua prática diária de cuidado são voltadas à reabilitação?
- 11) Como você avalia o papel do cuidado reabilitador na sua prática como enfermeiro na Atenção Primária?
- 12) Você realizou ou percebe a necessidade de alguma capacitação voltada aos cuidados de reabilitação na APS?
- 13) Tem pessoas com traumatismo da medula espinal no território em que você trabalha? Fale um pouco sobre elas? Eles procuram a Unidade de Saúde? Você já atendeu alguém com esse tipo de lesão? (Saber: onde moram, se há dificuldade para que elas se desloquem até a USF)
- 15) (Se sim na anterior) Como foi o atendimento, teve alguma particularidade (facilidades/dificuldades)? (saber sobre: acessibilidade, adesão ao tratamento)
- 16) Que tipos de problemas de saúde essas pessoas têm? (saber sobre: bexiga neurogênica, intestino neurogênico, LPP)
- 16-a) Elas vêm até aqui fazer curativo de lesão por pressão?
- 16-b) Elas vêm até aqui para aprender a passar sonda de alívio?
- 20) Pessoas com traumatismo da medula espinal vêm até aqui para pegar material de sondagem, curativo ou qualquer outro tipo de material? Como é o processo para que elas consigam esses materiais?
- 21) Alguma vez já veio até aqui alguma pessoa com TME que apresentou alguma complicação?

APÊNDICE B - Roteiro de observação arquitetônica

ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES EM CAMPO

ESTACIONAMENTO

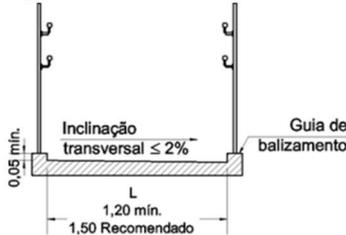
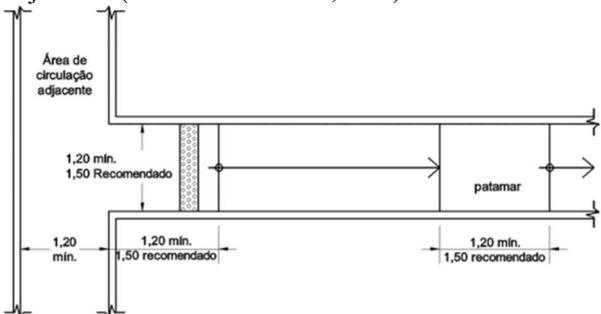
	BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS	S	N	n n	Observa ção
	<p>GERAL</p> <p>A Unidade de Saúde da Família (USF) possui estacionamento? (se não pular as próximas questões)</p>				
	Há área acessível de embarque/desembarque para deficientes?				
	Há reserva de vagas para idosos no estacionamento de veículos ou próximo à USF?				
	Há reserva de vagas para pessoas com deficiência no estacionamento de veículos ou próximo à USF? (se não houver, pule para questão 9)				
	<p>As vagas para estacionamento de veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas com deficiência:</p> <p>a) têm sinalização horizontal conforme figura:</p> <p>Paralela à calçada</p> <p>Em 90°</p> <p>Em 45°</p>				
5	b) contam com um espaço adicional de circulação com no mínimo 1,20 m de largura, quando afastada da faixa de travessia de pedestres?				

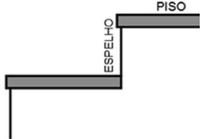
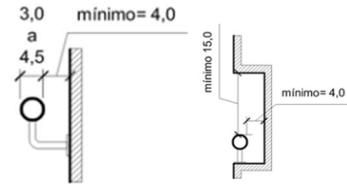
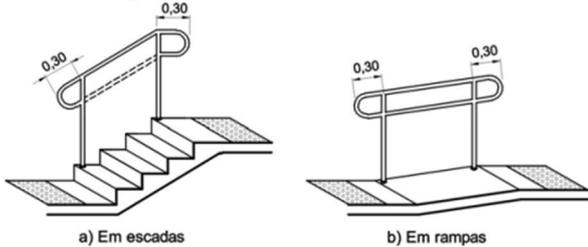
	Obs.:Esse espaço pode ser compartilhado por duas vagas, no caso de estacionamento paralelo, ou perpendicular ao meio fio, não sendo recomendável o compartilhamento em estacionamentos oblíquos;				
6	c) têm sinalização vertical para vagas em via pública, conforme figura 109, e para vagas fora da via pública, conforme figura 110; 				
7	e) estão vinculadas a rota acessível que as interligue à USF;				
8	f) estão localizadas de forma a evitar a circulação entre veículos.				
	d) quando afastadas da faixa de travessia de pedestres, contêm espaço adicional para circulação de cadeira de rodas e estão associadas à rampa de acesso à calçada;				
9	As tampas de caixas de inspeção e de visita estão niveladas com o piso onde se encontram? As tampas são firmes, estáveis e antiderrapantes sob qualquer condição e a eventual textura de sua superfície não é similar à dos pisos táteis de alerta ou direcionais? 				

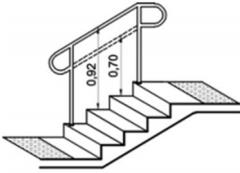
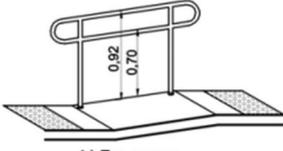
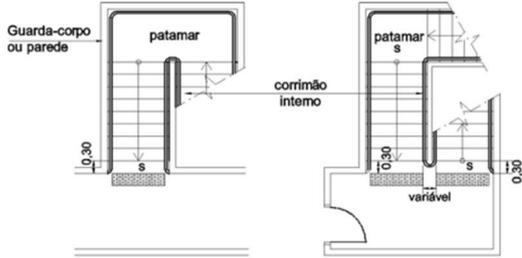
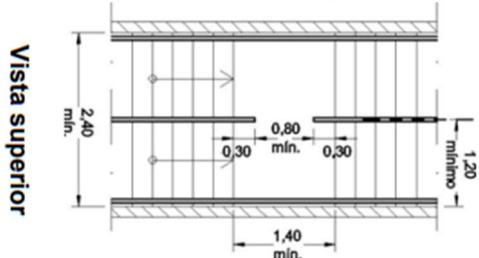
ENTRADA

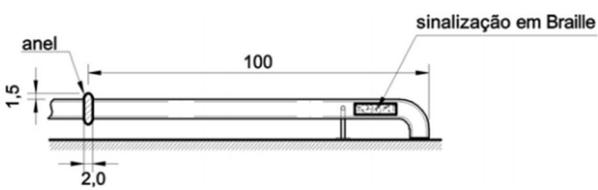
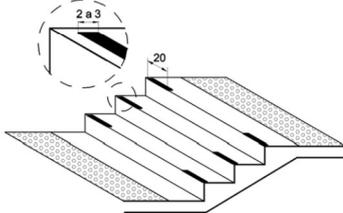
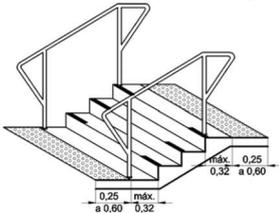
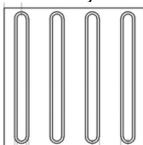
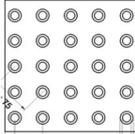
Obs. As informações referentes às escadas da entrada devem ser observadas com relação às escadas no interior da unidade também (entre andares), caso existirem.

	BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS	S	N	n n	Observação
	GERAL				
	Há sinalização informativa, indicativa e direcional da localização das entradas acessíveis?				
	A entrada principal é acessível, bem como a rota de interligação dela às principais funções do edifício?				
	Na adaptação de edificações existentes é previsto no mínimo um acesso, vinculado através de rota acessível à circulação principal e às circulações de emergência, quando existirem. (Nestes casos a distância entre cada entrada acessível e as demais não pode ser superior a 50 m).				
	RAMPA				
	Há rampa de acesso para a Unidade?				

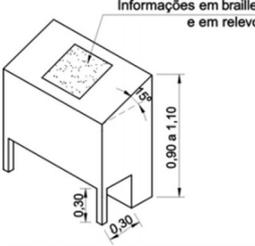
	A inclinação da rampa dificulta o acesso?			
	Há corrimão na rampa de acesso? (se sim responder também os itens do corrimão)			
	A largura das rampas (L) é de mínimo 1,20 m? (recomendável para as rampas em rotas acessíveis é de 1,50 m) Obs.: Em edificações existentes, quando a construção de rampas nas larguras indicadas ou a adaptação da largura das rampas for impraticável, podem ser executadas rampas com largura mínima de 0,90 m com segmentos de no máximo 4,00 m, medidos na sua projeção horizontal.			
	Quando não houver paredes laterais as rampas devem incorporar guias de balizamento com altura mínima de 0,05 m, instaladas ou construídas nos limites da largura da rampa e na projeção dos guarda-corpos, conforme figura: 			
	No início e no término da rampa são previstos patamares com dimensão longitudinal mínima admissível de 1,20 m, além da área de circulação adjacente. (recomendável de 1,50 m)  Vista superior			
	Entre os segmentos de rampa são previstos patamares com dimensão longitudinal mínima de 1,20 m (local para descanso)?			
	Os patamares de rampa situados em mudanças de direção têm dimensões iguais à largura da rampa?			
	Nas rampas, um pouco mais íngremes, são previstas áreas de descanso nos patamares, a cada 50 m de percurso? Estas áreas estão dimensionadas para permitir também a manobra de cadeiras de rodas?			
	ESCADAS A USF possui escadas? (se não pular as questões abaixo)			
	As escadas da USF possuem degraus muito altos (que dificultam a transposição)?			
	As escadas da USF possuem corrimão?			

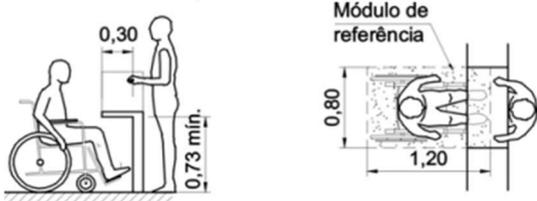
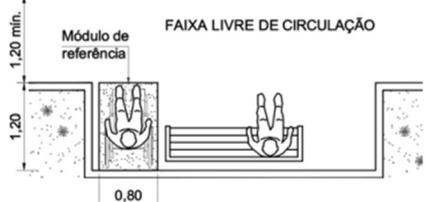
	<p>Nas rotas acessíveis, os degraus e escadas fixas possuem espelhos vazados?</p> 			
	<p>As dimensões dos pisos e espelhos são constantes em toda a escada?</p>			
	<p>A largura para escadas fixas em rotas acessíveis é de no mínimo 1,20 m (recomendável 1,50 m)?</p>			
	<p>O primeiro e o último degraus de um lance de escada distam no mínimo 0,30 m da área de circulação adjacente?</p>			
	<p>As escadas fixas têm no mínimo um patamar a cada 3,20 m de desnível?</p>			
	<p>CORRIMÃO (RAMPAS E ESCADAS)</p>			
	<p>As extremidades dos corrimãos têm acabamento recurvado, estão fixadas ou justapostas à parede ou piso, ou têm desenho contínuo, sem protuberâncias?</p>			
	<p>Os corrimãos e barras de apoio têm seção circular? Permitem uma boa empunhadura e deslizamento?</p> 			
	<p>Os corrimãos e guarda-corpos são construídos com materiais rígidos, firmemente fixados às paredes, barras de suporte ou guarda-corpos, oferecendo condições seguras de utilização, e sinalizados?</p>			
	<p>Os corrimãos estão instalados em ambos os lados dos degraus isolados, das escadas fixas e das rampas?</p>			
	<p>Os corrimãos laterais prolongam-se pelo menos 30 cm antes do início e após o término da rampa ou escada, sem interferir com áreas de circulação ou prejudicar a vazão?</p> <p>Obs.: Em edificações existentes, onde for impraticável promover o prolongamento do corrimão no sentido do caminhamento, este pode ser feito ao longo da área de circulação ou fixado na parede adjacente, conforme figura:</p> 			
	<p>Para degraus isolados e escadas, a altura dos corrimãos é de 0,92 m do piso, medidos de sua geratriz superior?</p>			

	 <p>a) Em escadas</p>			
	<p>Para rampas (opcionalmente para escadas), os corrimãos laterais estão instalados a duas alturas: 0,92 m e 0,70 m do piso, medidos da geratriz superior.</p>  <p>b) Em rampas</p>			
	<p>Os corrimãos laterais são contínuos, sem interrupção, nos patamares das escadas ou rampas?</p> 			
	<p>Quando se tratar de escadas ou rampas com largura superior a 2,40 m, há corrimão intermediário?</p> <p>Os corrimãos intermediários somente são interrompidos quando o comprimento do patamar for superior a 1,40 m, garantindo o espaçamento mínimo de 0,80 m entre o término de um segmento e o início do seguinte, conforme figura:</p>  <p>Vista superior</p>			
	<p>As escadas e rampas, que não forem isoladas das áreas adjacentes por paredes, dispõem de guarda-corpo associado ao corrimão (1,05m)?</p>			
	<p>Degraus e escadas fixas em rotas acessíveis estão associados à rampa ou ao equipamento de transporte vertical (elevador)?</p>			
	<p>Há sinalização tátil nos corrimãos?</p> <p>a) anel com textura contrastante com a superfície do corrimão, instalado 1,00 m antes das extremidades;</p> <p>b) sinalização em Braille, informando sobre os pavimentos no início e no final das escadas fixas e rampas, instalada na geratriz superior do prolongamento horizontal do corrimão.</p>			

				
	<p>Todo degrau ou escada têm sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento (medindo entre 0,02 m e 0,03 m de largura)? Essa sinalização está presente à projeção dos corrimãos laterais (com no mínimo 0,20 m de extensão)?</p> 			
	<p>A sinalização tátil de alerta está instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento no início e término de escadas fixas e rampas, em cor contrastante com a do piso?</p> 			
	<p>PISO TÁTIL</p> <p>Há piso tátil direcional, para deficiente visual, entrar na USF?</p>			
	<p>A sinalização tátil direcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) tem textura com seção trapezoidal, qualquer que seja o piso adjacente; b) está instalada no sentido do deslocamento; d) é cromodiferenciada em relação ao piso adjacente. <p>NOTA Quando o piso adjacente tiver textura, recomenda-se que a sinalização tátil direcional seja lisa.</p> 			
	<p>Há informações em Braille, sobre o fluxo de atendimento, na entrada da Unidade?</p>			
	<p>A textura da sinalização tátil de alerta consiste em um conjunto de relevos tronco-cônicos?</p> 			
	<p>O piso tátil de alerta é cromo diferenciado ou está associado à faixa de cor contrastante com o piso adjacente?</p>			

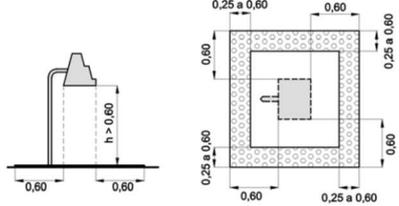
RECEPÇÃO

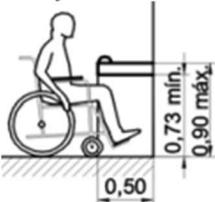
	BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS	S	N	n n	Observação
	PORTAS				
	Quando as portas forem acionadas por sensores ópticos , estes devem estar ajustados para detectar pessoas de baixa estatura, crianças e usuários de cadeiras de rodas. Deve também ser previsto dispositivo de segurança que impeça o fechamento da porta sobre a pessoa.				
	Em portas de correr , recomenda-se a instalação de trilhos na sua parte superior. Os trilhos ou as guias inferiores devem estar nivelados com a superfície do piso, e eventuais frestas resultantes da guia inferior devem ter largura de no máximo 15 mm.				
	Portas e paredes envidraçadas , localizadas nas áreas de circulação, devem ser claramente identificadas com sinalização visual de forma contínua, para permitir a fácil identificação visual da barreira física. Para isto também devem ser consideradas as diferentes condições de iluminação de ambos os lados das paredes ou portas de vidro.				
	SINALIZAÇÃO EM BRAILLE				
	A USF possui sinalização em Braille? (se não pule as próximas questões)				
	A sinalização vertical em Braille ou texto em relevo tem a respectiva correspondência com o piso tátil?				
	Os planos e mapas táteis, contendo informações em Braille, estão instalados à altura entre 0,90 m e 1,10 m?				
	Os planos e mapas táteis, contendo informações em Braille, possuem reentrância na parte inferior, com no mínimo 0,30 m de altura e 0,30 m de profundidade, para permitir a aproximação frontal de uma pessoa em cadeira de rodas? 				
	RECEPÇÃO				
	Nos locais em que o atendimento ao público for realizado em mesas, pelo menos 5% do total de mesas, com no mínimo uma, são acessíveis?				
	Os balcões de serviços são acessíveis a P.C.R., estando localizados em rotas acessíveis?				
	(Uma parte da superfície do balcão, com extensão de no mínimo 0,90 m, tem altura de no máximo 0,90 m do piso.) É garantido um M.R. posicionado para a aproximação frontal ao balcão?				
	Quando prevista a aproximação frontal, o balcão possui altura livre				

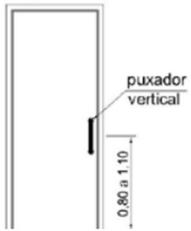
	<p>inferior de no mínimo 0,73 m do piso e profundidade livre inferior de no mínimo 0,30 m. É garantido um M.R., posicionado para a aproximação frontal ao balcão, podendo avançar sob o balcão até no máximo 0,30 m?</p>  <p>Vista lateral Vista superior</p>				
	<p>Ao lado dos assentos fixos em rotas acessíveis é garantido um M.R., sem interferir com a faixa livre de circulação, conforme figura:</p>  <p>FAIXA LIVRE DE CIRCULAÇÃO</p>				
	<p>OUTROS</p>				
	<p>Há poltronas mais largas destinadas a pessoas obesas?</p>				
	<p>Há área de recuo para cadeirantes na sala de espera?</p>				

INTERIOR DAS U

	<p>BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS</p>	<p>S</p>	<p>N</p>	<p>n n</p>	<p>Observação</p>
	<p>GERAL</p>				
	<p>O piso utiliza padronagem na superfície que possa causar sensação de insegurança (por exemplo, estampas que pelo contraste de cores possam causar a impressão de tridimensionalidade)?</p>				
	<p>A largura mínima de corredor em rota acessível é de 0,90 m?</p>				
	<p>Pelo menos uma das salas para cada tipo de serviço prestado na USF é acessível e está em rota acessível?</p>				
	<p>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</p>				
	<p>Há <u> sinalização permanente </u> nas áreas e espaços cuja função já esteja definida (identificando os diferentes espaços ou elementos de um ambiente ou de uma edificação) <u> visual </u> (através de textos ou figuras)?</p>				
	<p>Há <u> sinalização direcional </u> (indica a direção de um percurso ou a distribuição espacial dos diferentes elementos de um edifício) <u> visual </u> (associa setas indicativas de direção a textos, figuras ou símbolos)?</p> 				
	<p>Há <u> sinalização de emergência </u> (utilizada para indicar as rotas de fuga e saídas de emergência das edificações, dos espaços e do ambiente urbano,</p>				

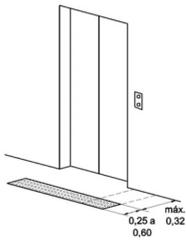
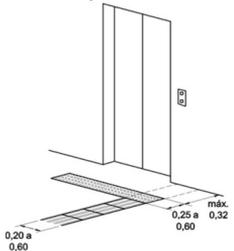
	ou para alertar quanto a um perigo iminente) <u>visual</u> ?			
	Há <u> sinalização temporária</u> (indica informações provisórias ou que podem ser alteradas periodicamente) <u>visual</u> ?			
	Nas portas há informação visual (número da sala, função etc.), localizada no centro da porta ou na parede adjacente?			
	DEFICIÊNCIA VISUAL			
	Há piso tátil direcional no interior da USF, para facilitar a locomoção?			
	A sinalização tátil no piso (do tipo de alerta ou direcional) possui cor contrastante com a do piso adjacente?			
	<p>Caso haja obstáculos suspensos (entre 0,60 m e 2,10 m de altura do piso acabado, que tenham o volume maior na parte superior do que na base) na USF, a sinalização tátil de alerta está instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento?</p>  <p>Vista lateral Vista superior</p>			
	A iluminação do ambiente da USF é suficiente para boa legibilidade das informações visuais?			
	As informações importantes expostas estão adequadas para as pessoas com baixa visão (fonte tamanho 16, com traços simples e uniformes, letras sem serifa, algarismos arábicos, em cor preta sobre fundo branco)?			
	Há contraste entre a sinalização visual (texto ou figura e fundo) e a superfície sobre a qual ela está afixada?			
	Há informações em Braille posicionadas abaixo dos caracteres ou figura sem relevo (exceto quando se tratar de folheto informativo)?			
	Há sinalização <u>permanente</u> nas áreas e espaços cuja função já esteja definida (identificando os diferentes espaços ou elementos de um ambiente ou de uma edificação) <u>tátil</u> (através de caracteres em relevo, Braille ou figuras em relevo)?			
	Há sinalização <u>direcional</u> (indica a direção de um percurso ou a distribuição espacial dos diferentes elementos de um edifício) <u>tátil</u> (linha-guia ou piso tátil - no piso)?			
	Há sinalização de <u>emergência tátil</u> (não precisa ser no piso)?			
	Há sinalização de <u>emergência sonora</u> (através de recursos auditivos)?			
	As mensagens sonoras (se existirem) são precedidas de um prefixo ou de um ruído característico para chamar a atenção do ouvinte?			
	Os alarmes sonoros, bem como os alarmes vibratórios, estão associados e sincronizados aos alarmes visuais intermitentes, de maneira a alertar as			

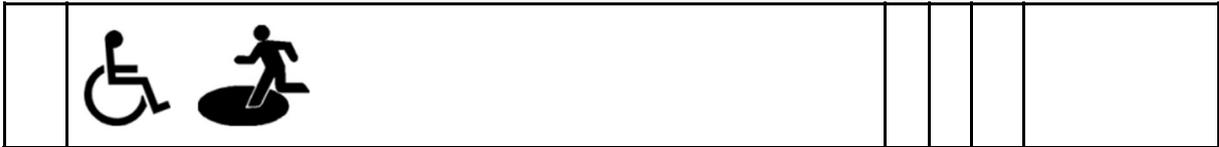
	<p>peças com deficiência visual e as peças com <u>deficiência auditiva</u> (surdez)?</p>			
	<p>As rotas de fuga e as saídas de emergência são sinalizadas com informações <u>visuais</u> e sonoras?</p>			
	<p>Nas saídas de emergência estão instalados alarmes sonoros e <u>visuais</u>?</p>			
	<p>Os mecanismos e dispositivos de emergência contêm informações táteis e <u>visuais</u>, representadas através de símbolos?</p>			
	<p>Nas portas, a sinalização tátil (em Braille ou texto em relevo) está instalada nos batentes ou vedo adjacente (parede, divisória ou painel), no lado onde estiver a maçaneta?</p> 			
	<p>P.C.R. – PESSOA EM CADEIRA DE RODAS</p>			
	<p>A disposição dos móveis na USF possibilita a circulação de cadeirantes?</p>			
	<p>Os corredores têm largura suficiente para livre circulação de cadeirantes?</p>			
	<p>Os pisos têm superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas (cadeiras de rodas)?</p>			
	<p>Nas edificações, há bolsões de retorno nos corredores com dimensões que permitam a manobra completa de uma cadeira de rodas (180°), sendo no mínimo um bolsão a cada 15,00 m?</p>			
	<p>Há instalação de 50% de bebedouros acessíveis por pavimento, respeitando o mínimo de um, e eles estão localizados em rotas acessíveis?</p>			
	<p>A bica do bebedouro está localizada no lado frontal do bebedouro e permite a utilização por meio de copo?</p>			
	<p>Os controles do bebedouro estão localizados na frente do bebedouro ou na lateral, próximo à borda frontal?</p>			
	<p>O bebedouro acessível possui altura livre inferior (de no mínimo 0,73 m do piso). Um M.R., para a aproximação frontal ao bebedouro, pode avançar sob o bebedouro (até no máximo 0,50), conforme figura:</p>  <p>Vista lateral</p>			
	<p>O acionamento de bebedouros do tipo garrafão, filtros com célula fotoelétrica ou outros modelos, assim como o manuseio dos copos, estão</p>			

	posicionados na altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso acabado, localizados de modo a permitir a aproximação lateral de uma P.C.R.?				
	Quando houver copos descartáveis, o local para retirada deles está à altura de no máximo 1,20 m do piso?				
	Os elementos de acionamento para abertura de portas devem possuir formato de fácil pega, não exigindo firmeza, precisão ou torção do pulso para seu acionamento?				
	<p>O puxador vertical da porta tem comprimento mínimo de 0,30 m, afastado 0,10 m do batente. São instalados a uma altura medida da metade do puxador até o piso acabado de 0,80 m a 1,10 m, conforme Figura:</p> 				
	O puxador horizontal tem comprimento mínimo de 0,40 m, afastado 0,10 m do batente (do lado das dobradiças). São instalados na altura da maçaneta?				

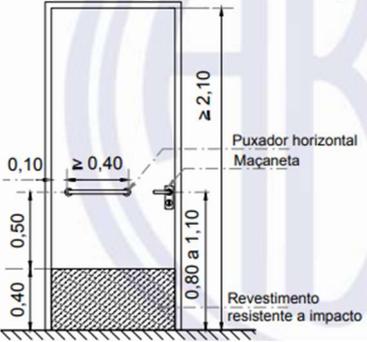
ESCADA/ELEVADOR (entre andares)

	BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS	S	N	n n	Observação
	ELEVADORES				
	A unidade possui mais de um andar? (se não pular as próximas questões)				
	Caso a unidade não seja térrea, tem elevador?				
	Em elevadores verticais ou inclinados há dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio nos pavimentos e no equipamento?				
	Quando há equipamento eletromecânico de circulação (esteiras rolantes, elevadores verticais ou inclinados, plataformas elevatórias de percurso vertical), há pessoal treinado para auxílio o da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida?				
	Quando há equipamento eletromecânico de circulação, este está sinalizado?				
	Quando houver equipamento eletromecânico com utilização assistida ou acompanhada, há dispositivo de comunicação para solicitação de auxílio? É informada a disponibilidade de acessibilidade assistida?				
	A sinalização tátil de alerta está instalada perpendicularmente ao sentido de deslocamento junto às portas dos elevadores, em cor contrastante com a do piso?				

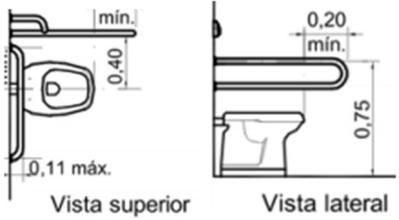
				
	<p>Para a composição da sinalização tátil de alerta e direcional, nas portas de elevadores, quando houver sinalização tátil direcional, esta encontrar a sinalização tátil de alerta, na direção da botoeira (botões do elevador)?</p> 			
	<p>Externamente ao elevador há sinalização tátil e <u>visual</u> informando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) instrução de uso, fixada próximo à botoeira; b) indicação da posição para embarque; c) indicação dos pavimentos atendidos. 			
	<p>Nas escadas que interligam os diversos pavimentos, inclusive nas de emergência, junto à porta corta-fogo, há sinalização tátil e visual informando o número do pavimento, conforme figura:</p> 			
	<p>ÁREA DE RESGATE</p> <p>Tem área de resgate na USF? (se não pule as próximas questões)</p>			
	<p>Se houver área de resgate, a porta de acesso às áreas de resgate está identificada com sinalização em material fotoluminescente ou é retroiluminada (luz incide na parte de trás)?</p>			
	<p>Quando as rotas de fuga incorporarem escadas de emergência, são previstas áreas de resgate com espaço reservado e demarcado para o posicionamento de pessoas em cadeiras de rodas? A área deve ser ventilada e fora do fluxo principal de circulação.</p>  <p>a) Áreas reservadas para cadeiras de rodas junto às escadas - Exemplo</p>			
	<p>A área de resgate está sinalizada conforme figura:</p>			

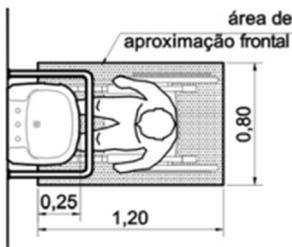
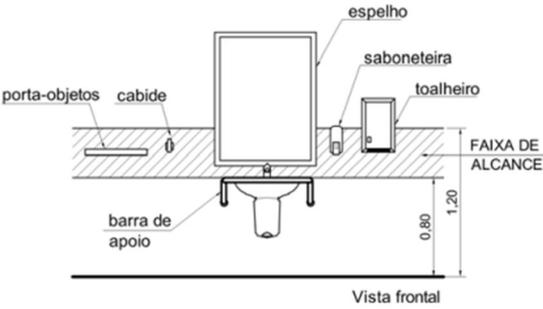
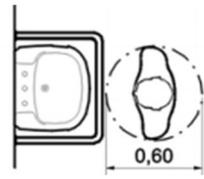
**BANHEIRO**

	BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS	S	N	n n	Observação
	GERAL				
	<p>As barras de apoio utilizadas em sanitários estão firmemente fixadas em paredes ou divisórias? Suas extremidades estão fixadas ou justapostas nas paredes ou têm desenvolvimento contínuo até o ponto de fixação com formato recurvado.? Quando necessários, os suportes intermediários de fixação estão sob a área de empunhadura, garantindo a continuidade de deslocamento das mãos?</p> <p>vista superior vista superior</p> <p>corte corte</p>				
	<p>Há barras de apoio junto ao lavatório, na altura do mesmo?</p> <p>Vista superior</p>				
	<p>No caso de lavatórios embutidos em bancadas, têm barras de apoio fixadas nas paredes laterais aos lavatórios das extremidades?</p> <p>Vista superior Vista frontal</p>				
	<p>A USF tem pelo menos 10% de sanitários acessíveis, sendo no mínimo um por pavimento?</p>				
	DEFICIÊNCIA VISUAL				
	<p>Há informações em Braille para identificação do banheiro (masculino/feminino)?</p>				
	P.C.R. – PESSOA EM CADEIRA DE RODAS				
	<p>Existe banheiro adaptado para cadeirante? (com pia)</p>				

	<p>Há um símbolo internacional de sanitário acessível nos banheiros?</p> 				
	<p>As portas do banheiro possuem maçaneta de fácil abertura (tipo alavanca)?</p>				
	<p>Quando a porta instalada for do tipo de eixo vertical, ela abre para o lado externo do boxe sanitário?</p>				
	<p>As portas dos sanitários têm um puxador horizontal associado à maçaneta (localizado a uma distância de 10 cm da face onde se encontra a dobradiça e com comprimento igual à metade da largura da porta)? Elas têm um revestimento resistente a impactos (recomendado) e estas portas ou batentes têm cor contrastante com a da parede e do piso de forma a facilitar sua localização?</p>				
	<p>As portas têm condições de serem abertas com um único movimento, e suas maçanetas são do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,80 m e 1,10 m. As portas têm (recomendado), na sua parte inferior, no lado oposto ao lado da abertura da porta, revestimento resistente a impactos provocados por bengalas, muletas e cadeiras de rodas, até a altura de 0,40 m a partir do piso, conforme Figura:</p> 				
	<p>Os sanitários acessíveis estão localizados em rotas acessíveis, próximos à circulação principal e são sinalizados?</p>				
	<p>Há sanitário acessível que possa ser utilizado por uma pessoa em cadeira de rodas com acompanhante, de sexos diferentes? Este sanitário possui entrada independente e é anexo aos demais sanitários?</p>				
	<p>Em sanitários acessíveis isolados (sem outros banheiros por perto, há dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia, para acionamento em caso de queda?</p>				
	<p>Há áreas de transferência (lateral, perpendicular e diagonal) ao lado das bacias sanitárias, conforme figura:</p>				

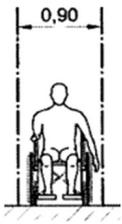
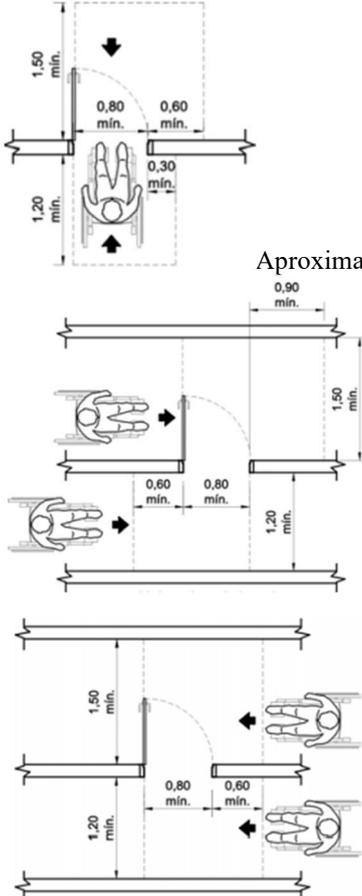
	<p>a) Transferência lateral b) Transferência perpendicular</p> <p>c) Transferência diagonal d) Transferência diagonal</p>			
	<p>Os boxes para bacia sanitária garantem as áreas para transferência diagonal, lateral e perpendicular, bem como área de manobra para rotação de 180°?</p> <p>VISTA SUPERIOR</p>			
	<p>Há uma barra reta com comprimento mínimo de 0,70 m, posicionada verticalmente, a 0,10 m acima da barra horizontal e 0,30 m da borda frontal da bacia sanitária?</p>			
	<p>A localização das barras de apoio atende às seguintes condições: a) junto à bacia sanitária, na lateral e no fundo (barras horizontais para apoio e transferência)?</p> <p>Vista superior</p>			
	<p>A localização das barras de apoio atende às seguintes condições: b) na impossibilidade de instalação de barras nas paredes laterais, são admitidas barras laterais articuladas ou fixas (com fixação na parede de fundo), desde que estas e seus apoios não interfiram na área de giro e transferência.</p>			

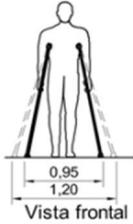
	 <p>Vista superior Vista lateral</p>				
	<p>A localização das barras de apoio atende às seguintes condições: c) no caso de bacias com caixa acoplada, há barra na parede do fundo, de forma a se evitar que a caixa seja utilizada como apoio.</p>				
	<p>As bacias sanitárias estão a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior, sem o assento. Com o assento, esta altura é de no máximo 0,46 m?</p> 				
	<p>Quando a bacia tiver altura inferior à estipulada no item acima, há os seguintes ajustes: a) instalação de sóculo na base da bacia, devendo acompanhar a projeção da base da bacia não ultrapassando em 0,05 m o seu contorno; b) utilização de assento que ajuste a altura final da bacia para a medida estipulada.</p> 				
	<p>O acionamento da descarga está a uma altura de 1,00 m, do seu eixo ao piso acabado, e é (<u>preferencialmente</u>) do tipo alavanca ou com mecanismos automáticos?</p>				
	<p>Quando há mais de um boxe acessível, as bacias sanitárias, áreas de transferência e barras de apoio estão posicionadas de lados diferentes, contemplando todas as formas de transferência para a bacia?</p>				
	<p>Há um lavatório dentro do boxe sanitário, em local que não interfira na área de transferência?</p>				
	<p>As torneiras dos lavatórios são acionadas por alavanca, sensor eletrônico ou dispositivos equivalentes?</p>				
	<p>Os lavatórios estão suspensos, nos boxes sanitários acessíveis?</p>				
	<p>Há área de aproximação frontal no lavatório para P.C.R. (pessoa em cadeira de rodas), estender-se até o mínimo de 0,25 m sob o lavatório?</p>				

	 <p>área de aproximação frontal</p> <p>0,25 1,20 0,80</p>				
	<p>Nos lavatórios, dos boxes sanitários acessíveis, há colunas até o piso ou gabinetes?</p>				
	<p>Sob o lavatório, dos boxes sanitários acessíveis, há elementos com superfícies cortantes ou abrasivas?</p>				
	<p>Os acessórios para sanitários, tais como saboneteiras e toalheiros, têm sua área de utilização dentro de faixa de alcance confortável?</p>  <p>porta-objetos cabide barra de apoio espelho saboneteira toalheiro FAIXA DE ALCANCE</p> <p>0 0,80 1,20</p> <p>Vista frontal</p>				
	<p>Há espelho nos boxes sanitários acessíveis que permitem a visualização por P.C.R.?</p>				
	<p>OUTROS</p>				
	<p>Existe banheiro adaptado para ostomizados?</p>				
	<p>Há instalação de uma bacia infantil para uso de pessoas com baixa estatura?</p>				
	<p>Há área de aproximação frontal no lavatório para P.M.R. (pessoa com mobilidade reduzida)?</p>  <p>0,60</p> <p>Vista superior</p>				

SALA DE ATENDIMENTO/CONSULTÓRIO

	<p>BARREIRAS E FACILITADORES ARQUITETÔNICOS</p>	<p>S</p>	<p>N</p>	<p>n n</p>	<p>Observação</p>
	<p>O espaço físico, onde o enfermeiro atende, possibilita a entrada de um cadeirante?</p>				

				
	<p>As dimensões da porta são adequadas para cadeirantes?</p>  <p>Aproximação de porta frontal</p> <p>Aproximação de porta lateral</p>			
	<p>A disposição dos móveis no consultório do enfermeiro possibilita a circulação de cadeirantes?</p>			
	<p>Há área para manobra de cadeiras de rodas sem deslocamento, no consultório?</p> <p>a) para rotação de 90° = 1,20 m x 1,20 m;</p> <p>b) para rotação de 180° = 1,50 m x 1,20 m;</p> <p>c) para rotação de 360° = diâmetro de 1,50 m.</p>			
	<p>Quando as dimensões acima não forem possíveis, as portas têm um puxador horizontal associado à maçaneta?</p>			
	<p>As portas devem ter condições de serem abertas com um único movimento e suas maçanetas são do tipo alavanca, instaladas a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m?</p>			
	<p>O espaço físico, onde o enfermeiro atende, possibilita a entrada de uma pessoa obesa?</p>			
	<p>A maca de atendimento, no consultório, pode ser baixada para pessoas</p>			

	impossibilitadas de subir nela?			
	<p>O espaço físico, onde o enfermeiro atende, possibilita a entrada de uma pessoa com muletas?</p>  <p>Vista frontal</p>			
	Se a maca de atendimento não pode ser baixada, há algum local na Unidade onde isso é possível (para realizar atendimento com esse tipo de necessidade)?			
	O espaço físico, onde o enfermeiro atende, tem maca adequada para pessoa obesa?			

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

S - sim;

N - não;

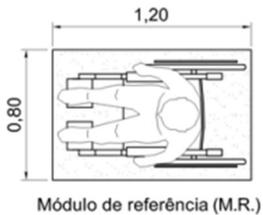
nn - Adequado para pessoa com nanismo;

P.C.R. – Pessoa em cadeira de rodas;

P.M.R. – Pessoa com mobilidade reduzida;

M.R. – Módulo de referência;

Considera-se o módulo de referência a projeção de 0,80 m por 1,20 m no piso, ocupada por uma pessoa utilizando cadeira de rodas:



APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Reabilitação na Atenção Primária em Saúde: práxis do enfermeiro”. Esta pesquisa é parte da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) da mestrandia Indiana Acordi e do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da graduanda Deisimeri Alves, também da UFSC, ambas sob orientação da professora Dr^a Soraia Dornelles Schoeller, docente do Departamento de Enfermagem da UFSC.

O objetivo dessa pesquisa é promover a reflexão sobre o cuidado em reabilitação na prática do enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde, identificando as potencialidades e desafios no desenvolvimento do mesmo buscando seu fortalecimento.

Os instrumentos que serão utilizados para a coleta dos dados serão um roteiro de entrevista semiestruturada e um roteiro de observação. Durante a pesquisa você será entrevistado, onde responderá um questionário. Em outro momento a pesquisadora começará observar o desenvolvimento do cuidado voltado à reabilitação na sua prática.

É de escolha do entrevistado participar ou não desta pesquisa. Caso participe e depois mude de ideia, é só entrar em contato com as pesquisadoras e pedir para não mais participar da pesquisa, sem prejuízo algum. Depois de aceito o consentimento livre e esclarecido, a pesquisadora começará a gravar (áudio) a entrevista, que será composta por questões sobre o desenvolvimento do cuidado voltado à reabilitação na prática diária do enfermeiro. Possivelmente você não sentirá desconforto durante a entrevista, mas caso você sinta é importante que você diga. Entretanto se sentir desconforto será o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos sentir incômodo em falar. Não precisa responder a qualquer pergunta se achar que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar.

No momento da observação, que não coincidirá com a entrevista, a pesquisadora começará observar o desenvolvimento do cuidado voltado à reabilitação na prática diária do enfermeiro. Possivelmente você não sentirá desconforto durante a observação, mas caso você sinta é importante que você diga. Não serão realizadas filmagens ou fotografias, e sua imagem não será utilizada em nenhum momento.

Asseguramos que este estudo não trará nenhum risco de natureza física. Entretanto podem surgir desconfortos relacionados ao constrangimento em função do fornecimento de

informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes. No entanto, estes serão potencialmente reduzidos pela pesquisadora pelo cuidado com o manuseio e socialização das informações. Você tem o direito de indenização por danos comprovadamente decorrentes dessa pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisas, mas você será ressarcido por despesas previstas ou imprevistas comprovadamente decorrentes da pesquisa, para participar da pesquisa você terá algumas despesas de transporte e alimentação que serão integralmente ressarcidas pelos pesquisadores.

São assegurados o seu anonimato e a confidencialidade de suas informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Os benefícios dessa pesquisa estão no desenvolvimento de ações que valorizem a atuação do enfermeiro da APS frente ao seu trabalho em reabilitação. Esperamos que este trabalho de pesquisa venha contribuir de maneira positiva para a consolidação do cuidado em enfermagem voltado à reabilitação na APS.

As informações colhidas serão utilizadas somente pelas pesquisadoras e de forma alguma será exposta a identidade dos participantes da pesquisa. As informações fornecidas por você poderão ser acessadas sempre que desejar, mediante solicitação. Poderá em qualquer momento, se assim desejar, desistir sem prejuízo algum. Para isso, deve apenas comunicar as pesquisadoras. Salientamos que sua participação é voluntária, sendo que não haverá retorno financeiro. Se tiveres qualquer dúvida sobre a pesquisa, podemos conversar sobre ela agora ou você pode entrar em contato com uma das pesquisadoras.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Se você tiver alguma dúvida ou desejar mais informações sobre o Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH-UFSC), pode entrar em contato através do telefone: (48) 3721-9206 ou pessoalmente no endereço: Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis.

As pesquisadoras colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelos contatos informados neste termo ou pessoalmente. Após estas informações, caso aceite participar, pedimos que assine ao final o documento e rubrique as demais páginas. Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, sendo uma via sua e outra das pesquisadoras, com todas as páginas numeradas e rubricadas pelas partes. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e

garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Agradecemos sua atenção.

Pesquisadora: Soraia Dornelles Schoeller

E-mail: soraiadornelleschoeller@gmail.com

Telefone: (48) 9908-8384

Endereço: Rua Jacinto Ferreira de Macedo, 46 - Caminho Novo, Palhoça

Pesquisadora: Indiana Acordi

E-mail: indiacordi@hotmail.com

Telefone: (48) 99603-7693

Endereço: Rua Brisamar, 420. Residencial Ilha Bela – Ingleses, Florianópolis.

Pesquisadora: Deisimeri Alves

E-mail: deisi.ufsc@gmail.com

Telefone: (48) 99824-4828

Endereço: Rua Jaú Guedes da Fonseca, 63, aptº 202 - Coqueiros, Florianópolis.

Li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido. Entendo que minha participação é totalmente voluntária e que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Florianópolis, _____ de _____ de 2021.

ANEXO A - Parecer substanciado do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
Práxis do enfermeiro

Pesquisador: soraia dornelles schoeller

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45216721.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.644

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: Práxis do enfermeiro", trata-se de uma abordagem qualitativa tipo estudo de caso que será realizado com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família que atuam na Atenção Primária em Saúde pertencente ao Distrito Sanitário Norte do município de Florianópolis. A metodologia proposta para coleta de dados do estudo de caso se dará através da proposta metodológica de Yin, onde neste estudo serão adotadas três tipos de fonte de evidências: documentação, entrevista e observação direta. A análise dos dados seguirá a proposta metodológica de Análise temática de Minayo obedecendo as três etapas de análise. Resultados Esperados: Esperamos que esta pesquisa venha contribuir de maneira positiva para a consolidação do cuidado em enfermagem voltado à reabilitação na Atenção Primária em Saúde através da análise da práxis do enfermeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a práxis de reabilitação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde.

Objetivo Secundário:

- Descrever como o enfermeiro de Atenção Primária em Saúde pratica o cuidado reabilitador. - Identificar como o enfermeiro da Atenção Primária em Saúde percebe o cuidado em reabilitação.
- Conhecer estratégias de busca do conhecimento em reabilitação desenvolvidas pelo enfermeiro

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.680.644

de Atenção Primária em Saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Asseguramos que este estudo não trará nenhum risco de natureza física. Entretanto podem surgir desconfortos relacionados ao constrangimento em função do fornecimento de informações sobre o cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes. No entanto, estes serão potencialmente reduzidos pela pesquisadora pelo cuidado com o manuseio e socialização das informações.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa estão no desenvolvimento de ações que valorizem a atuação do enfermeiro da APS frente ao seu trabalho em reabilitação. Esperamos que este trabalho de pesquisa venha contribuir de maneira positiva para a consolidação do cuidado em enfermagem voltado à reabilitação na APS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP SH-UFSC.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP SH-UFSC dá ciência do TCLE apresentado com as devidas alterações incluindo eventual indenização, ressarcimento, nova formatação nas páginas e endereço do CEP SH-UFSC. Solicitamos que seja colocado o número de telefone correto do CEP SH, a saber, 3721-6094.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.590.644

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1719098.pdf	16/04/2021 20:07:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_MESTRADO.pdf	16/04/2021 20:07:10	soraia dormelles schoeller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AJUSTADO.pdf	16/04/2021 20:06:10	soraia dormelles schoeller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_ANUENCIA.pdf	26/03/2021 09:28:44	soraia dormelles schoeller	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado_assinado.pdf	26/03/2021 09:23:47	soraia dormelles schoeller	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/03/2021 11:20:09	soraia dormelles schoeller	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/03/2021 11:14:26	soraia dormelles schoeller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 29 de Abril de 2021

 Assinado por:
 Nelson Canzian da Silva
 (Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - Parecer da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Prefeitura de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

CI 18/SMS/GAB/ESP/2021

Florianópolis, 25 de Maio de 2021.

DE: COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE - CAPPs
PARA: DISTRITO SANITÁRIO NORTE
ASSUNTO: EXECUÇÃO DE PESQUISA

Prezados,

Informamos que a Pesquisa intitulada *"Reabilitação na Atenção Primária em Saúde: Práxis do Enfermeiro"* da pesquisadora responsável INDIANA ACORDI foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde em conjunto com o Departamento de Atenção Primária e está autorizada para execução com as unidades de saúde do Distrito Sanitário NORTE.

De posse do Ofício OE 042/SMS/GAB/ESP/2021, a pesquisadora deverá entrar em contato com a coordenação do Distritos Sanitário NORTE pelo e-mail institucional para solicitar os e-mails das unidades de saúde sob gerência deles. O convite da pesquisa deverá ser enviado para estes e-mails, com solicitação de divulgação para os Enfermeiros (as) das unidades.

Todo o processo deverá ser realizado **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa**. O período autorizado para coleta de dados é de **28/05/2021 a 28/11/2021**.

Caso seja necessária a prorrogação do prazo de coleta, o pesquisador deve entrar em contato com a comissão de pesquisa. Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço esfloripapesquisa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
Evelise Ribeiro Gonçalves
Data: 27/05/2021 08:48:02-0300
CPF: 843.870.239-00

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs/SMS
Escola de Saúde Pública de Florianópolis

Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100
CEP 88036-700 | Trindade - Florianópolis – SC
esfloripapesquisa@gmail.com
F: 3239.1593



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

INFORMAÇÕES SOBRE O PROJETO DE PESQUISA

Título: Reabilitação na Atenção Primária em Saúde: Práxis do Enfermeiro

Autor(a): Indiana Acordi

Email: indiacordi@hotmail.com

Telefone: 48 9 9603-7693

Professor(a) Orientador(a): Sorala Schoeller

Instituição: UFSC

Nível Acadêmico: Mestrado Enfermagem

Local de Coleta de Dados e Metodologia de coleta

- Centros de Saúde Distrito Norte
- Entrevista com Enfermeiros deste distrito
- Observação dos atendimentos de alguns destes enfermeiros – a combinar localmente.

Todo o processo deve acontecer de acordo com a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa.

Período autorizado para início da coleta de dados: 28/05/2021 a 28/11/2021.

Resumo da Pesquisa (fornecido pelo pesquisador):

Atenção Primária em Saúde (APS) possibilita o acesso universal aos serviços e a atenção integral, de forma sistemática e articulada. A enfermagem vem diferenciando o seu espaço de atuação na área da saúde nos diferentes cenários em que é inserida, dentre eles a APS. O cuidado em reabilitação reduz o impacto de uma ampla gama de condições de saúde e pode envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma equipe, além de promover autonomia e a integralidade do sujeito como fundamento do próprio cuidado. Assim, o objetivo deste estudo visa analisar a práxis de reabilitação do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde através da metodologia de estudo de caso.

ANEXO C - Parecer do orientador sobre o trabalho de conclusão de curso**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO
DE CURSO**

O trabalho desenvolvido oportunizou clarificar a práxis do enfermeiro da Atenção Primária à saúde com relação às pessoas com traumatismo da medula espinal. Neste aspecto, cabe salientar que os dados encontrados enfatizam a necessidade de inclusão e falta de acessibilidade com que essas pessoas convivem no dia a dia.

Para tal, com o desenvolvimento e responsabilidade do acadêmico, o estudo foi elaborado dentro dos critérios da pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso. Ao final, o acadêmico foi instruído pelas orientadoras e banca examinadora e atendeu às sugestões que viabilizaram um rigor metodológico maciço e pertinente à área.

Florianópolis, 24 de janeiro de 2022.

Prof^ª. Dr^ª. Soraia Dornelles Schoeller.